



Instituto
Elisa de Castro

**RELATÓRIO DE
DESEMPENHO
ASSISTENCIAL
SETEMBRO/2024
UPA24H-ITAGUAÍ**



ÍNDICE	PAG.
1. APRESENTAÇÃO	3
2. INTRODUÇÃO	4
3. RELATÓRIO ASSISTENCIAL	10
3.1. QUADRO DE METAS/ INDICADORES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	10
3.2. NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM CLÍNICA MÉDICA E PEDIATRIA	12
3.3. ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO POR CATEGORIA PROFISSIONAL	14
3.4. TAXA DE PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS CLASSIFICADOS QUANTO AO RISCO POR ENFERMEIRO.	14
3.5. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SALA AMARELA. (≤ 30 MIN DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS COMO AMARELO)	17
3.6. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SALA AZUL E VERDE. (≤ 120 MIN DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS COMO AZUIS E VERDES.)	17
3.7. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.	17
3.8. TAXA DE MORTALIDADE NA UPA	18
3.9. REGULAÇÃO DOS PACIENTES DAS SALAS AMARELAS EM TEMPO INFERIOR A 12 HORA.	18
3.10. REGULAÇÃO DOS PACIENTES DAS SALA VERMELHA EM TEMPO INFERIOR A 12 HORAS	18
3.11. FATURAMENTO SUS	19
3.12. TAXA DE EVASÃO DE PACIENTES	19
3.13. RESOLUTIVIDADE DA OUVIDORIA	20
4. COMISSÕES DA UNIDADE	22
5. EDUCAÇÃO CONTINUADA	22
ANEXOS	23



1. APRESENTAÇÃO

O **Instituto Elisa de Castro** apresenta o relatório de gestão da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H de Itaguaí, referente ao mês de setembro/2024 desta unidade.

Este relatório é parte integrante das obrigações contratuais estabelecidas entre a Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaí e o Instituto Elisa de Castro, sob o nº do contrato de gestão 249/21, que objetiva o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na UPA 24 H de Itaguaí.

Neste relatório submetemos um quadro síntese dos indicadores de desempenho do referido mês de competência, à comissão de acompanhamento da contratualização e o respectivo confronto com as metas pactuadas no referido contrato de gestão para avaliação do desempenho e das atividades desenvolvidas.

Gestores da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24H de Itaguaí:

Joice da Costa e Silva – Coordenadora Administrativa;

Diego da Silva Seferin – Coordenadora de Enfermagem;

Roque Anderson Guimarães – Coordenador Médico.



2. INTRODUÇÃO

O Instituto Elisa de Castro, é uma associação Civil de Direito Privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sobo nº 05.624.609/0001-55, sede na Avenida Ayrton Senna, nº 2.500, Office 01, sala 320 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22.775-003.

Nossa Missão

Nossa Visão

Nossa Valores

Oferecer excelência em gestão e assistência multidisciplinar em saúde qualificada e focada às necessidades dos clientes, garantindo a integralização dos sistemas de saúde.

Ser referência como Organização Social, em serviços de assistência à saúde.

- **Ética** – Agir de acordo com os valores morais, respeitando as pessoas e o Instituto;
- **Qualidade Assistencial** – Segurança para os pacientes e profissionais de forma eficiente;
- **Humanização** – Promover a qualidade das relações entre as pessoas no serviço de saúde;
- **Valorização dos profissionais** – Condição Fundamental é um dos feixes para alcançar uma saúde de qualidade
- **Responsabilidade Social** – Ações voltadas para promover o bem estar do público interno e externo eo compromisso com os valores humanos.





Estrutura Organizacional

O Instituto Elisa de Castro entende que a estrutura organizacional é fundamental para avaliar as conexões dos processos nos setores, melhorando os indicadores de desempenho através da participação e integração dos colaboradores aumentando sua motivação e engajamento. Neste sentido nossa estrutura institucional foi dividida em departamentos dentro de uma estratégia para permitir o desenvolvimento do trabalho.

Estrutura

O Instituto Elisa de Castro entende que a estrutura é fundamental para avaliar as conexões dos processos nos setores, melhorando os indicadores de desempenho através da participação e integração dos colaboradores aumentando sua motivação e engajamento. Neste sentido nossa estrutura institucional foi dividida em departamentos dentro de uma estratégia para permitir o desenvolvimento do trabalho.

ITAGUAÍ

Itaguaí é um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no estado



do Rio de Janeiro, no Brasil.

Localiza-se a 73 quilômetros de distância da capital do estado. Ocupa uma área de 271 563 km², e sua população



foi estimada no ano de 2019 em 133.019 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo o 25º mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião. O seu índice de desenvolvimento humano é de 0,715, considerado como alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

O território no qual está instalada a cidade de Itaguaí foi desbravado no século XVII, aproximadamente, pelos índios Jaguaremenon. A tribo dos Y-tingas se desenvolveu, prosperou e passou a rechaçar a presença dos jesuítas, o que produziu vários conflitos. Num deles, um pequeno índio de dez anos foi ferido e pego por futuros brasileiros, sendo batizado com o nome de José Pires Tavares.

Tavares cresceu entre os futuros brasileiros, mas sempre pensou em defender seu povo. Quando fez trinta anos, já casado com uma índia, embarcou rumo a Portugal buscando uma carta de proteção para aldeia Y-tinga junto à Coroa Portuguesa. Foi recebido no Paço Real pela rainha Dona Maria I. Os futuros brasileiros, sabendo da alta chance de o indígena conseguir a proteção régia, não perderam tempo: atacaram a aldeia durante sua viagem, não distinguindo sexo ou idade. Os sobreviventes foram amarrados a barcos com furos e lançados ao mar, morrendo todos afogados.

José Tavares retornou de Portugal juntamente com o Conde de Resende tendo como ordem da Rainha dona Maria I que restituísse as terras dos indígenas. José Pires ainda reivindicou a posse efetiva das terras indígenas em



1804, tendo em vista a possível arrematação do Engenho de Taguay localizado dentro das mesmas. Morreu em 1805. O Engenho de Taguay foi arrematado por proprietários, entre eles Antônio Gomes Barroso (primeiro alcaide-mor de Itaguaí). Mesmo com esse fato, os nativos ainda permaneceram ali por algum tempo.

CIDADE DE ITAGUAÍ

Depois da Independência do Brasil, Itaguaí desenvolveu a sua agricultura, sendo, em tempos diversos, o maior produtor de milho, quiabo, goiaba, laranja e banana do Brasil. Recebeu inicialmente o uso de trabalho escravo de negros, que foi gradualmente substituído por mão de obra estrangeira, mais especificamente de japoneses, em 1938 e, em menor número, de alemães. Ainda hoje, é uma das maiores colônias japonesas do estado do Rio de Janeiro.

Em 1938, começou a ser construída a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro no distrito de Seropédica, utilizando as instalações de uma antiga fábrica de seda.

Até a década de 1950, a má administração pública gerou diversos problemas sociais, resultando em surtos recorrentes de malária, cólera e outras doenças erradicadas das cidades vizinhas. Tal fato trouxe má fama à cidade, que ganhou o apelido de "Município Abandonado".

A partir da década de 1960, a cidade começou a se industrializar com a construção de fábricas como a Ingá Mercantil (zinco), a Nuclep (material termonuclear) e de outras empresas no Distrito Industrial de Santa Cruz. Em



1960, o distrito de Paracambi foi emancipado da cidade e, em 1995, o distrito de Seropédica também se separou. Muitas partes do município também foram perdidas para Mangaratiba e para a cidade do Rio de Janeiro.

Na década de 1970, a cidade passou a ter ligação mais fácil com o litoral através da construção da Rodovia Rio-Santos.

SERVIÇOS DISPONÍVEIS NAS UPAS



ASSISTÊNCIAS DE EMERGÊNCIA – Estratégias e atividades básicas:

- Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada, integrante da humanização da atenção, baseada no paciente e em suas necessidades de saúde;
- Atendimento de emergência;



-
- Acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas, vermelhas e de observação individual, tanto adulto quanto pediátrica;
-
- Solicitação de internação, transferência, exames e procedimentos compatíveis com a complexidade da UPA;
-
- Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, laudo e atualização dos mesmos, vinculados a Central Estadual de Regulação;
-
- Seguimento de ações assistenciais;
-
- Referência garantida e responsável pelo direcionamento para unidade da região para os atendimentos com perfil de atenção básica;
-
- Transporte inter-hospitalar dos pacientes que necessitem de continuidade dos cuidados de emergência e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção às urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
-
- Referência garantida de retaguarda e acolhimento aos casos agudos demandados de serviços de saúde dos diversos pontos de atenção, que necessitem de seguimento de urgência e emergência de maior complexidade.
-
- Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência às demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade; Protocolos clínicos e assistenciais e procedimentos operacionais padronizados – POP de todos os serviços da UPA;
-
- Organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locais regionais, identificando os principais agravos, além da análise situacional de saúde, usada como subsídio para a identificação de riscos coletivos, ambientais e para a definição de prioridade das ações de saúde;
-
- Gestão baseada em resultado: gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos ótimos e assim
-



aumentar a eficiência; diminuindo os riscos para os usuários, pacientes e profissionais;

- Realização de auditoria clínica;
- Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;
- Utilização de sistema logístico da informação, possibilitando a articulação e integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde que efetivamente atendam às necessidades dos usuários e pacientes, tendo e mantendo conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais demandados pela Prefeitura e que possibilitam e orientam a tomada de decisão;

3. RELATÓRIO ASSISTENCIAL

3.1. QUADRO DE METAS/ INDICADORES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

INDICADOR QUANTITATIVO	MÉTODO DE CÁLCULO	SETEMBRO	
		QTD	PERCENTUAL
NOME DO INDICADOR			
Nº de Atendimento Médico (Clínica Médica e Pediatria)	Meta de Atendimento	10.000	113%
	Atendimento Realizado	11.284	
Nº de Atendimento em Clínica Médica	Atendimento Realizado	7.751	
Nº de Atendimento em Pediatria	Atendimento Realizado	3.533	
Nº de Atendimento Odontológico	Atendimento Realizado	337	



INDICADOR QUALITATIVO	MÉTODO DE CÁLCULO	SETEMBRO	
		QTD	PERCENTUAL
NOME DO INDICADOR			
Índice de absenteísmo por categoria profissional	Horas Líquidas Faltantes	0	0,00%
	Horas Líquidas Disponíveis	29.940	
Taxa de pacientes adultos e pediátricos classificados quanto ao risco por enfermeiro.	Total de Pacientes Classificados	11.875	95,08%
	Total de Pacientes Registrados	12.489	
Tempo médio de espera na Urgência e Emergência - sala amarela. (≤ 30 min dos usuários classificados como amarelo)	Tempo (min) de Atendimento de Pacientes Classificados como Amarelos	12.093	6
	Número de Atendimentos de Pacientes Classificados como amarelos	1.961	
Tempo médio de espera na Urgência e Emergência - sala azul e verde. (≤ 120 min dos usuários classificados como azuis e verdes.)	Tempo (min) de Atendimento de Pacientes Classificados como Azuis e Verdes	168.853	18
	Número de Atendimentos de Pacientes Classificados como Azuis e Verdes	9.534	
Acolhimento com Classificação de Risco.	Nº de Pacientes Classificados	11.875	105,24%
	Nº de Pacientes Admitidos por médicos	11.284	
Taxa de Mortalidade nas UPAS	Nº de Óbitos ≥ 24h de internação	4	3,81%
	Nº de Saídas no Período	105	
Regulação dos pacientes das salas amarelas em tempo inferior a 24 horas	Nº de Pacientes da Sala Amarela Regulados	49	100,0%
	Total de Pacientes Inseridos na Regulação	49	
Regulação dos pacientes das sala vermelha em tempo inferior a 12 horas	Nº de Pacientes da Sala Vermelha Regulados	18	100,0%
	Total de Pacientes Inseridos na Regulação	18	
Faturamento SUS	Total de Atendimentos no SAI	11.284	100,0%
	Total de Pacientes Atendidos por médicos	11.284	
Taxa de evasão de pacientes	Total de Pacientes Acolhidos - Total de Pacientes Atendidos por médicos	596	5,0%
	Total de Pacientes Acolhidos	11.880	
Resolutividade da Ouvidoria	Total de Manifestações Resolvidas	179	100,0%
	Total de Ouvidorias	179	



3.2. NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM CLÍNICA MÁDICA E PEDIATRIA

A UPA 24 H de Itaguaí é uma unidade pré-hospitalar fixa de porte III que se propõe ao pronto atendimento de urgência e emergência 24 horas, sendo referência para tal atendimento na região.

No mês de setembro de 2024, a unidade realizou o total de 11.284 consultas médicas, sendo 7.751 em clínica médica, 3.533 em pediatria, 337 em odontologia e houve 02 encaminhamentos de paciente para inserção na rede básica de saúde após classificação de risco.

Cabe ressaltar, que todos os pacientes que buscaram atendimento médico na UPA 24 H de Itaguaí no período informado, foram acolhidos e classificados, pela equipe de enfermagem.

Quantitativo de pacientes atendidos por médicos no mês de **setembro de 2024:**

ACOLHIDOS	CLASSIFICADOS	ATENDIDOS POR MÉDICO	REDIRECIONADOS
11.880	11.875	11.284	02

No tocante ao fechamento dos dados assistenciais contratados e realizados, o IEC tem como principal objetivo garantir atendimento qualificado e de excelência a todos os usuários da unidade de forma ininterrupta.



Neste conceito estão consolidadas as atividades de produção assistencial da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, conforme dados a seguir:

ATENDIMENTOS REALIZADOS - SETEMBRO/2024		
CLÍNICA MÉDICA	7.751	66,70%
PEDIATRIA	3.533	30,40%
ODONTOLOGIA	337	2,90%
TOTAL	11.621	100,00%





3.3. ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

O Objetivo do indicador é medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

INDICADOR QUALITATIVO	MÉTODO DE CÁLCULO	SETEMBRO	
		QTD	PERCENTUAL
NOME DO INDICADOR			
Índice de absenteísmo por categoria profissional	Horas Líquidas Faltantes	0	0,00%
	Horas Líquidas Disponíveis	29.940	

É uma porcentagem determinada através da razão entre o total de horas líquidas faltantes divididas pelas horas líquidas disponível. Têm no numerador as horas líquidas faltantes que corresponde ao total de horas faltantes (exceto licença de saúde com menos até 15 dias).

As licenças de saúde acima de 15 dias, férias e licença maternidade terão os profissionais substituídos pelo tempo necessário. No denominador temos as horas líquidas disponíveis que correspondem ao total de horas brutas mensais (jornada contratual) excetuando-se o repouso remunerado.

Segue anexo planilha para ciência e verificação.

3.4. TAXA DE PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS CLASSIFICADOS QUANTO AO RISCO POR ENFERMEIRO.

O objetivo deste indicador e medir o acesso rápido ao atendimento médico priorizando os pacientes sob risco de risco de vida.



Classificação de Risco	Protocolo do tempo médio de espera por gravidade
VERMELHO	Imediato
AMARELO	< 30 minutos
VERDE	≤ 60 minutos
AZUL	≤120 minutos

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO: PRIORIDADE ZERO – emergência, necessidade de atendimento imediato. Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato.

AMARELO: Urgência, atendimento o mais rápido possível. Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco – espera de até 30 minutos.

VERDE: Prioridade pouco urgente. Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 120 minutos.

AZUL: Prioridade não urgente. Pacientes em condições não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 240 minutos.

Na Classificação de Risco realizada no referido mês, **31 pacientes foram identificados como vermelho**, sendo que 100% dos atendimentos ocorreram dentro do tempo determinado (imediato).



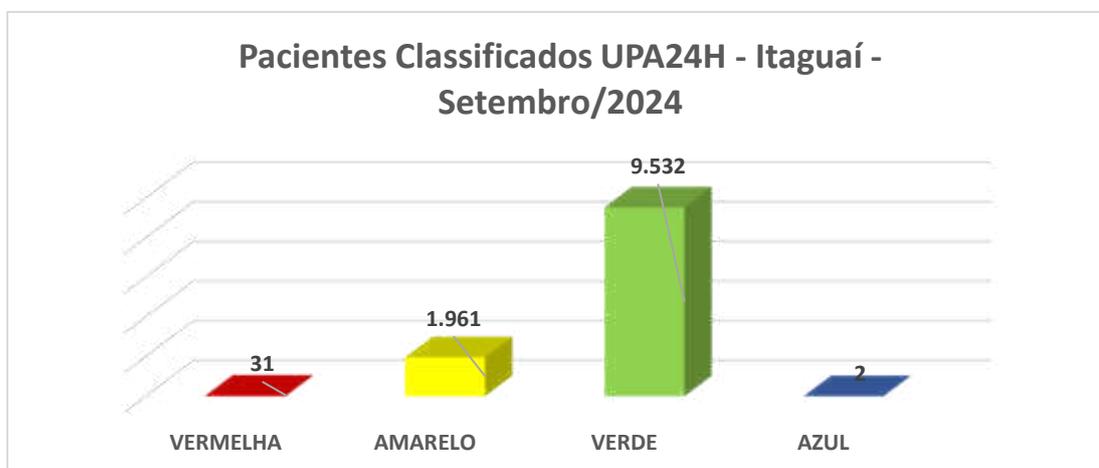
O total de pacientes classificados como **amarelo** foi de **1.961**, sendo que todos foram atendidos dentro do tempo recomendado (inferior a 30 minutos).

O total de pacientes classificados como **verde** foi de **9.532**, estes também foram atendidos no tempo recomendado (inferior a 60 minutos).

O total de pacientes classificados como azul foi de **02**, estes foram encaminhados para inserção na rede básica de saúde após classificação de risco.

O gráfico abaixo se refere ao percentual de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco. Durante o mês de setembro de 2024:

PACIENTES CLASSIFICADOS - UPA ITAGUAI	
MÊS: SETEMBRO DE 2024	
TOTAL DE ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
VERMELHA	31
AMARELO	1.961
VERDE	9.532
AZUL	02
TOTAL PACIENTES CLASSIFICADOS	11.526





3.5. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SALA AMARELA. (≤ 30 MIN DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS COMO AMARELO)

Segue anexo dados comprobatórios do sistema para análise e verificação.

3.6. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SALA AZUL E VERDE. (≤ 120 MIN DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS COMO AZUIS E VERDES.)

Segue anexo dados comprobatórios do sistema para análise e verificação.

3.7. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Seguem anexos dados comprobatórios do sistema para análise e verificação.

INDICADOR QUALITATIVO	MÉTODO DE CÁLCULO	SETEMBRO	
		QTD	PERCENTUAL
NOME DO INDICADOR			
Taxa de pacientes adultos e pediátricos classificados quanto ao risco por enfermeiro.	Total de Pacientes Classificados	11.875	95,08%
	Total de Pacientes Registrados	12.489	



3.8. TAXA DE MORTALIDADE NA UPA

Os óbitos que ocorreram na unidade foram analisados pela comissão de óbito, análise feita sob forma de ata.

A taxa de mortalidade institucional é a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida até 24 horas após a internação hospitalar, pois em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetiva.

Na tabela abaixo, verificamos a taxa de mortalidade da UPA 24H Itaguaí no mês de setembro/2024. À saber:

Ocorrência de Óbitos	Setembro
Total de Saídas	105
Óbitos \geq 24h	4
Taxa de Mortalidade	3,81%

Segue anexo dados comprobatórios do sistema e planilhas de controles para análise e verificação.

3.9. REGULAÇÃO DOS PACIENTES DAS SALAS AMARELAS EM TEMPO INFERIOR A 12 HORA.

Seguem anexas planilhas de controles para análise e verificação.

3.10. REGULAÇÃO DOS PACIENTES DAS SALA VERMELHA EM TEMPO INFERIOR A 12 HORAS.

Seguem anexas planilhas de controles para análise e verificação.



3.11. FATURAMENTO SUS

Informamos que a Coordenação administrativa da unidade, encaminha mensalmente por e-mail as informações para esta secretaria municipal de saúde, segue anexo e-mail referente a esta verificação.

PRODUÇÃO DE 01/09/2024 a 30/09/2024.

UPA ITAGUAI	
CÓDIGO UNIDADE GERENCIADA: 6629385	
PRODUÇÃO	
ATIVIDADES	SETEMBRO
Acolhimento com Classificação de Risco	11.861
Atendimento de Urgência c/ Observação até 24h em Atenção Especializa	3.458
Atendimento Médico Adulto e Criança	7.895
Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	1.827
Procedimentos	10.816
Exames (RX/ECG/LAB/ODONTO)	9.255
Dispensação de Medicamentos nas 24 Horas	23.279
TOTAL	68.391

Segue anexa planilha de controle para análise e verificação.

3.12. TAXA DE EVASÃO DE PACIENTES

Seguem anexos dados comprobatórios do sistema para análise e verificação.



3.13. RESOLUTIVIDADE DA OUVIDORIA

Este indicador tem por objetivo a centralidade no paciente. Este indicador nos ajuda na avaliação e melhoria contínua a partir das reclamações, solicitações e denúncias dos usuários.



A pesquisa de satisfação foi iniciada no dia 01/09/2024, é realizada com os usuários para que eles expressem suas opiniões, ressaltando seus elogios, críticas e sugestões sobre o atendimento prestado nos variados setores da UPA 24H de Itaguaí. Durante o período 179 usuários realizaram a pesquisa de satisfação, um total de 1.253 respostas e, obtivemos, 1.249 respostas positivas (excelente e bom), com índice de 100%.





Ressaltamos que ela é preenchida de forma espontânea pelos usuários e depositadas em uma urna que se localiza na recepção da unidade, para posteriormente serem analisadas pela administração.

Tipos de mensagens:

Reclamação

O SAU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO) considera como reclamação a queixa, a manifestação de desagrado ou o protesto sobre um serviço prestado, ação ou omissão da administração e/ou do funcionário e a existência ou ausência de norma reguladora. Esse é o tipo de mensagem que exige o fluxo de trabalho mais complexo e completo de tratamento.

Sugestão

Entendemos por sugestão a mensagem que apresenta uma ideia ou proposta para o aprimoramento dos processos de trabalho, das unidades administrativas e/ou dos serviços prestados pelo órgão ou instituição. A coordenadora administrativa da unidade ao recepcioná-la avalia a sua pertinência e a encaminha para o conhecimento e apreciação do dirigente ou da unidade gestora responsável.

Elogio:

Entendemos por elogio a demonstração de apreço, reconhecimento ou satisfação para com o serviço recebido.

Segue anexa planilha para verificação.



4. COMISSÕES DA UNIDADE – UPA 24H ITAGUAÍ

Seguem anexas as ATAs das Comissões para análise e verificação.

5. EDUCAÇÃO CONTINUADA

Segue relatório da Educação Continuada realizada para equipe multidisciplinar na UPA24H-Itaguaí.



ANEXOS

ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE - UPA24H ITAGUAÍ

INDICADOR QUANTITATIVO	MÉTODO DE CÁLCULO	SETEMBRO	
		QTD	PERCENTUAL
NOME DO INDICADOR			
Nº de Atendimento Médico (Clínica Médica e Pediatria)	Meta de Atendimento	10.000	113%
	Atendimento Realizado	11.284	
Nº de Atendimento em Clínica Médica	Atendimento Realizado	7.751	
Nº de Atendimento em Pediatria	Atendimento Realizado	3.533	
Nº de Atendimento Odontológico	Atendimento Realizado	337	
INDICADOR QUALITATIVO	MÉTODO DE CÁLCULO	SETEMBRO	
NOME DO INDICADOR		QTD	PERCENTUAL
Índice de absenteísmo por categoria profissional	Horas Líquidas Faltantes	0	0,00%
	Horas Líquidas Disponíveis	29.940	
Taxa de pacientes adultos e pediátricos classificados quanto ao risco por enfermeiro.	Total de Pacientes Classificados	11.875	95,08%
	Total de Pacientes Registrados	12.489	
Tempo médio de espera na Urgência e Emergência - sala amarela. (≤ 30 min dos usuários classificados como amarelo)	Tempo (min) de Atendimento de Pacientes Classificados como Amarelos	12.093	6
	Número de atendimentos de Pacientes Classificados como amarelos	1.961	
Tempo médio de espera na Urgência e Emergência - sala azul e verde. (≤ 120 min dos usuários classificados como azuis e verdes.)	Tempo (min) de Atendimento de Pacientes Classificados como Azuis e Verdes	168.853	18
	Número de atendimentos de Pacientes Classificados como Azuis e Verdes	9.534	
Acolhimento com Classificação de Risco.	Nº de Pacientes Classificados	11.875	105,24%
	Nº de Pacientes Admitidos por médicos	11.284	
Taxa de Mortalidade nas UPAS	Nº de Óbitos ≥ 24h de internação	4	3,81%
	Nº de Saídas no Período	105	
Regulação dos pacientes das salas amarelas em tempo inferior a 24 horas	Nº de Pacientes da Sala Amarela Regulados	49	100,0%
	Total de Pacientes Inseridos na Regulação	49	
Regulação dos pacientes das sala vermelha em tempo inferior a 12 horas	Nº de Pacientes da Sala Vermelha Regulados	18	100,0%
	Total de Pacientes Inseridos na Regulação	18	
Faturamento SUS	Total de Atendimentos no SAI	11.284	100,0%
	Total de Pacientes Atendidos por médicos	11.284	
Taxa de evasão de pacientes	Total de Pacientes Acolhidos - Total de Pacientes Atendidos por médicos	596	5,0%
	Total de Pacientes Acolhidos	11.880	
Resolutividade da Ouvidoria	Total de Manifestações Resolvidas	179	100,0%
	Total de Ouvidorias	179	

UPA ITAGUAI

AVENIDA DEPUTADO OTAVIO CABRAL, 1450 - JARDIM AMERICA - ITAGUAÍ - RJ - 23810301

01 - Percentual de Pacientes Atendidos por Médico

Especialidade	Número total de pacientes acolhidos	Número de atendimentos médicos	Percentual	Meta
ASSISTENTE SOCIAL	504	466	92,00%	> 70 %
CLINICA MEDICA	7882	7751	98,00%	> 70 %
ODONTOLOGIA	348	337	96,00%	> 70 %
PEDIATRIA	3754	3533	94,00%	> 70 %
	1	1	100,00%	> 70 %
Total:	12489	Total: 12088	Percentual: 96,79%	



PLANILHA DE ABSENTÉISMO POR CATEGORIA - SETEMBRO/2024 - UPA24H - UNIDADE ITAGUAÍ

ITEM	FUNÇÃO	QTD DE ATUANTES	ESCALA	JORNADA CONTRATUAL	HORA BRUTA TOTAL	HORAS LIQUIDAS FALTANTES	PERCENTUAL POR CATEGORIA
1	Almoxarife	1	40h / Sem	200:00:00	200:00:00	0:00:00	0,00%
2	Assistente Social Plantonista	7	24 / 120h	120:00:00	840:00:00	0:00:00	0,00%
3	Auxiliar Administrativo Diarista	2	40h / Sem	200:00:00	400:00:00	0:00:00	0,00%
4	Auxiliar Administrativo Plantonista	17	24 / 72h	200:00:00	3400:00:00	0:00:00	0,00%
5	Auxiliar de Consultório Dentário	5	24 / 72h	200:00:00	1000:00:00	0:00:00	0,00%
6	Auxiliar de Farmácia	4	24 / 72h	200:00:00	800:00:00	0:00:00	0,00%
7	Coordenador Administrativo	1	40h / Sem	200:00:00	200:00:00	0:00:00	0,00%
8	Coordenador de Enfermagem	1	40h / Sem	200:00:00	200:00:00	0:00:00	0,00%
9	Dentista	7	24h / Sem	200:00:00	1400:00:00	0:00:00	0,00%
10	Maqueiro	9	24 / 72h	200:00:00	1800:00:00	0:00:00	0,00%
11	Médico Clínico 12H/Dia	7	24h / Sem	60:00:00	420:00:00	0:00:00	0,00%
12	Médico Clínico 24H	21	24h / Sem	120:00:00	2520:00:00	0:00:00	0,00%
13	Médico Pediatra 24H	14	24h / Sem	120:00:00	1680:00:00	0:00:00	0,00%
14	Enfermeiro Diarista	2	40h / Sem	200:00:00	400:00:00	0:00:00	0,00%
15	Enfermeiro Plantonista	16	24 / 72h	200:00:00	3200:00:00	0:00:00	0,00%
16	Farmacêutico	7	24 / 120h	120:00:00	840:00:00	0:00:00	0,00%
17	Técnico de Enfermagem Plantonista	45	24 / 72h	200:00:00	9000:00:00	0:00:00	0,00%
18	Técnico de Enfermagem Diarista	2	24 / 72h	200:00:00	400:00:00	0:00:00	0,00%
19	Técnico de Manutenção Predial	1	40h / Sem	200:00:00	200:00:00	0:00:00	0,00%
20	Técnico de Informática	1	40h / Sem	200:00:00	200:00:00	0:00:00	0,00%
21	Técnico de Raio X	7	24h / Sem	120:00:00	840:00:00	0:00:00	0,00%
22	Tecnica de Segurança do Trabalho	1	40h / Sem	200:00:00	200:00:00	0:00:00	0,00%
TOTAL					29940:00:00	0:00:00	0,00%
TOTAL DE HORAS LÍQUIDAS DISPONÍVEIS						29940:00:00	

Quantidade de Atendimentos

Ano e Mês	Registrados	Classificados	Atendidos	Acolhidos	TM Atendimento	TM Verde	Verde na Meta	Verde fora da Meta	TM Amarelo	Amarelo na Meta	Amarelo fora da Meta	Vermelho na Meta	Vermelho fora da Meta
202409	12489	11875	12088	11880	27	24	8896	636	15	1893	68	31	0

UPA ITAGUAI

AVENIDA DEPUTADO OTAVIO CABRAL, 1450 - JARDIM AMERICA - ITAGUAÍ - RJ - 23810301

02 - Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico

Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório do tempo de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	31	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
LARANJA	12	39	3	<=15 min	100%
AMARELO	1961	12093	6	<= 30 min	100%
VERDE	9532	168853	17	<=60 min	100%
SUTURA	68	1958	28	Encaminhado ou <= 24h	100%
AZUL	2	Encaminhado	Encaminhado	Encaminhado ou <= 24h	100%
	482	136	0	Encaminhado ou <= 24h	100%

UPA ITAGUAI

AVENIDA DEPUTADO OTAVIO CABRAL, 1450 - JARDIM AMERICA - ITAGUAÍ - RJ - 23810301

02 - Tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico

Classificação de Risco	Quantidade de Pacientes	Somatório do tempo de espera	Tempo Médio de Espera	Tempo máximo (META)	% Atingido
VERMELHO	31	0	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
LARANJA	12	39	3	<=15 min	100%
AMARELO	1961	12093	6	<= 30 min	100%
VERDE	9532	168853	17	<=60 min	100%
SUTURA	68	1958	28	Encaminhado ou <= 24h	100%
AZUL	2	Encaminhado	Encaminhado	Encaminhado ou <= 24h	100%
	482	136	0	Encaminhado ou <= 24h	100%

Quantidade de Atendimentos

Ano e Mês	Registrados	Classificados	Atendidos	Acolhidos	TM Atendimento	TM Verde	Verde na Meta	Verde fora da Meta	TM Amarelo	Amarelo na Meta	Amarelo fora da Meta	Vermelho na Meta	Vermelho fora da Meta
202409	12489	11875	12088	11880	27	24	8896	636	15	1893	68	31	0

Censo Mensal

Leitos	Leitos Extras	Leitos/Dia	Pacientes/Dia	Entradas		Saídas				MPD	TOCO	TOCH	MPe	TMG	TMI	IR	
				Internados	Total de Entradas	Altas	Transf. Externa	Óbito >= 24	Óbito < 24								Total de Saídas
18	0	540	233	109	109	57	40	4	4	105	8	43%	43%	2,22	8%	4%	5,83

DATA DE ENTRADA	NOME (SOMENTE INICIAIS)	DIAGNÓSTICO INICIAL	DATA/HORA (Conforme DO)	MÊS VIGENTE	DESTINO (IML OU DO)	PERMANÊNCIA EM HORAS	SEXO	IDADE	DECLARAÇÃO DE	"CAUSA MORTIS" (Conforme DO)
28/08/2024	NICANOR DE FREITAS MOREIRA	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA / INSUFICIÊNCIA RENAL / ANEMIA	03/09/2024 -00H51MIN	SETEMBRO	DO	4D11H35MIN	M	86	37580116-2	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA / INSUFICIÊNCIA RENAL / ANEMIA
29/08/2024	FRANCISCO ANDRADE DE SOUZA	SEPTICEMIA / INFECÇÃO URINÁRIA / PNEUMONIA	15/09/2024 -06H30MIN	SETEMBRO	DO	17D3H4MIN	M	86	37580120-0	SEPTICEMIA / INFECÇÃO URINÁRIA / PNEUMONIA
01/09/2024	ADEJAJAHIR DA SILVA PEREIRA	SEPTICEMIA PULMONAR	01/09/2024-15:05MIN	SETEMBRO	DO	04H23MIN	M	83	37580115-4	SEPTICEMIA PULMONAR
05/09/2024	SILVINO ALCANTARA DA SILVA	SEPSIS DE FOCO PULMONAR/ PNEUMONIA BACTERIANA	11/09/2024 -05H50MIN	SETEMBRO	DO	130H28MIN	M	78	37621734-0	CHOQUE SEPTICO/ INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA/ PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA
09/09/2024	FRANCISCO DE ASSIS SILVA DO NASCIMENTO	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDO / NEOPLASIA MALIGNA DO ESÔFAGO	09/09/2024 - 17H07MIN	SETEMBRO	DO	1H23MIN	M	57	37580117-0	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDO / NEOPLASIA MALIGNA DO ESÔFAGO
12/09/2024	TEREZINHA SOARES DA SILVA	PNEUMONIA/CA	12/09/2024-10H20	SETEMBRO	DO	26H19 MIN	F	88	37621731-6	PNEUMONIA/CA
23/09/2024	CONCENIR MOURA	MORTE SÚBITA POR CAUSA INDETERMINADA	23/09/2024 -00H25MIN	SETEMBRO	DO	2H	F	78	37580119-7	MORTE SÚBITA POR CAUSA INDETERMINADA
23/09/2024	OSWALDO SODRE PINTO	HEMORRAGIA DISGESTIVA ALTA/ ICTERICIA	23/09/2024- 21H15MIN	SETEMBRO	DO	12H1MIN	M	61	37580118-9	CHOQUE HIPOVOLEMICO/ HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

BAM.	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	SALA DE OBSERVAÇÃO	DATA E HORA DE ENTRADA	DIAGNÓSTICO	TIPO/ NÚMERO DA REGULAÇÃO	DATA E HORA DA REGULAÇÃO	DESTINO DO PACIENTE	DATA E HORA DA SAÍDA
1854064	MARIA JOSE DIAS DA SILVA	88	FEMININO	SAV	01/09/2024 02:52:00	CRISE CONVULSIVA	SER 5860444	01/09/2024 21:48:12	ALTA MÉDICA	02/09/2024 17:56:49
1854028	LUCÉLIA DUTRA DOS SANTOS	45	FEMININO	SAA	01/09/2024 22:57:00	IDEÇÃO SUICIDA	-	-	ALTA À REVELIA	01/09/2024 13:22:28
1854074	LARA SOPHIA CAETANO SILVA DE ASSUNÇÃO	9	FEMININO	SAP	01/09/2024 09:52:12	CRISE ASMÁTICA	SER 5864377	02/09/2024 18:43:37	TRANSF.HERCRUZ	03/09/2024 14:24:00
1854189	ADEJAHIR DA SILVA PEREIRA	83	MASCULINO	SAV	01/09/2024 14:53:56	GASTROENTERITE/DISPNEIA	-	-	ÓBITO	01/09/2024 15:09:44
1854353	ELLEN GARCIA DE OLIVEIRA	44	FEMININO	SAA	01/09/2024 23:36:31	GASTROENTERITE	-	-	ALTA À REVELIA	02/09/2024 12:51:47
1854395	EMILY SILVA BARBOZA	19	FEMININO	SAA	02/09/2024 00:49:41	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA MÉDICA	02/09/2024 12:53:41
1854403	WASHINGTON CLEMILDO MOURA	48	MASCULINO	SAA	02/09/2024 00:58:40	PNM BACTERIANA	-	-	ALTA MÉDICA	02/09/2024 12:28:28
1854407	JOAO BATISTA DE AREDES	61	MASCULINO	SAA	02/09/2024 01:48:09	SURTO PSICÓTICO / PNEUMONIA	SER 5880235	06/09/2024 20:51:00	ALTA MÉDICA	10/09/2024 12:00:00
1854409	MIA MOREIRA NOBRE	10M	FEMININO	SAP	02/09/2024 05:37:49	BRONQUIOLITE	SER 586294	02/09/2024 14:20:43	TRANS. HRZA	02/09/2024 21:24:00
1854577	BRUNO LUIS CAETANO SILVA DE ASSUNÇÃO	5	MASCULINO	SAP	02/09/2024 15:26:35	ASMA GRAVE	SER 5864377	02/09/2024 18:43:37	TRANSF.HERCRUZ	03/09/2024 14:28:00
1854646	EDER ARAUJO SILVA	57	MASCULINO	SAA	02/09/2024 18:28:45	ARTRITE SÉPTICA ?	SER 5865023	03/09/2024 08:49:20	TRANSF. HMSFX	06/09/2024 20:10:00
1854869	TERESA EUNICE SILVA	77	FEMININO	SAA	02/09/2024 04:20:17	IC DESCOMPENSADA	SER 5865064	03/09/2024 08:55:20	ALTA MÉDICA	04/09/2024 11:18:27
1855035	RENO BEZERRA SANTOS	55	MASCULINO	SAV	03/09/2024 10:46:20	INTOXICAÇÃO EXOGENA	-	-	TRANSF. HMSFX	05/09/2024 12:43:00
1855356	MARIA JOSE MENDES PIMENTA	77	FEMININO	SAV	03/09/2024 22:28:25	FA ALTA RESPOSTA	SER 5870774	04/09/2024 13:26:33	ALTA MÉDICA	05/09/2024 17:43:00
1855067	LOURDES RODRIGUES	61	FEMININO	SAV	03/09/2024 23:05:00	IAM SEM SUPRA ST	SER 5870863	04/09/2024 13:43:22	TRANSF. HMSFX	04/09/2024 15:01:00
1855422	CLEIA DE LIMA RODRIGUES	67	FEMININO	SAA	04/09/2024 10:37:00	AVE ISQUEMICO	SER 5870702	04/09/2024 13:11:05	TRANSF. HMSFX	06/09/2024 19:02:00
1855561	NILSON RAMOS DA SILVA	71	MASCULINO	SAA	04/09/2024 15:52:18	ANEMIA	SER 5875883	05/09/2024 16:00:00	TRANSF. HMSFX	06/09/2024
1855558	LARA CRISTINY MOURA DE ASSUNÇÃO	4	FEMININO	SAP	04/09/2024 21:02:00	ANEMIA + ASMA AGUDIZADA	SER 5876089	05/09/2024 16:05:00	TRANSF.HERCRUZ	05/09/2024 20:43:00
1855827	YUKI GONÇALVES HASHIMOTO	3M	MASCULINO	SAP	05/09/2024 02:04:51	BRONQUIOLITE	-	-	ALTA MÉDICA	06/09/2024 15:48:03
1856118	BEATRIZ PEREIRA DAMAZIO	21	FEMININA	SAA	05/09/2024 19:00:51	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA A REVELIA	05/09/2024 21:43:00
1856115	LORRANE SANTOS MARTINS DE SOUZA	17	FEMININA	SAA	05/09/2024 19:00:51	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA A REVELIA	05/09/2024 21:43:00
1856005	MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA	62	FEMININA	SAV	05/09/2024 17:36:52	TAQUIARRITMIA	SER 5876679	05/09/2024 22:50:00	TRANSF.HERCRUZ	06/09/2024 16:07:00
1856087	CONSUELA CORCOS	74	FEMININA	SAV	05/09/2024 17:37:31	TAQUIARRITMIA	SER 5876685	05/09/2024 22:50:00	TRANSF.HERCRUZ	07/09/2024 10:06:00
1856162	SILVINO ALCANTARA SILVA	78	MASCULINO	SAV	05/09/2024 20:00:21	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA/PNM	SER 5876685	05/09/2024 22:50:00	ÓBITO	12/09/2024 05:50:00
1856155	MARUZA PEREIRA RODRIGUES	53	FEMININA	SAA	05/09/2024 21:12:52	AVE ISQUEMICO	-	-	ALTA MÉDICA	07/09/2024 10:21:00
1855854	MARLUCIA INOCENCIO DE OLIVEIRA	55	FEMININA	SAA	05/09/2024 10:24:27	LEUCEMIA ?	SER 5880075	06/09/2024 18:13:34	ALTA MÉDICA	11/09/2024 13:53:50
1856198	CARLOS MIGUEL DA SILVA ABADE	2	MASCULINO	SAP	06/09/2024 00:14:36	PNM	SER 5877001	06/09/2024 08:36:17	ALTA MÉDICA	06/09/2024 15:52:09
1856093	WIRCELHENY SANTOS SIRQUEIRA	79	FEMININO	SAA	06/09/2024 as	ITU ? / INTERNAÇÃO SOCIAL	SER 5880867	07/09/2024 18:26:30	ALTA MÉDICA	08/09/2024 10:18:00
1856773	IZABEL MONIQUE GONÇALVES LIMA DA COSTA	26	FEMININO	SAA	07/09/2024 16:51:00	ITU	SER 5880874	07/09/2024 18:33:40	ALTA À REVELIA	08/09/2024 12:26:00
1856740	KAYQUE MATHEUS SABINO DE AGUIAR SOUZA	7	MASCULINO	ISOLAMENTO	07/09/2024 16:53:20	CONJUNTIVITE COMPLICADA /MPOX	SER 5880814	07/09/2024 17:27:00	ALTA MÉDICA	12/09/2024 14:02:00
1856781	MARIA JOSE TEIXEIRA GOVASKY	49	FEMININO	SAV	07/09/2024 19:01:30	ITU	SER 5881038	07/09/2024 22:08:20	ALTA MÉDICA	10/09/2024 11:15:00
1856847	THIAGO SILVA DO CARMO DE MOURA	23	MASCULINO	SAA	07/09/2024 22:10:15	FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	SER 5881226	08/09/2024 07:50:35	HMAPN TRASFERENCIA	09/09/2024 14:00:00
1856973	GRACE KELLY DO NASCIMENTO	25	FEMININO	SAA	07/09/2024 01:26:00	TENTATIVA DE AUTOEXTERMINIO	-	-	ALTA REVELIA	11/09/2024 11:39:20
1856986	HELLENA MARIA DE FREITAS AUGUSTO	4	FEMININO	SAP	08/09/2024 09:36:00	ASMA AGUDIZADA	SER 5882018	09/09/2024 06:37:36	VAGA HERCRUZ 09/09/2024	09/09/2024 17:00:00
1857323	SUELLEN SILVA DA GUIA CHAGAS	42	FEMININO	SAA	09/09/2024 03:37:00	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA MÉDICA	09/09/2024 09:00:00
1857358	ISAUQUE DO NASCIMENTO	7	MASCULINO	SAP	09/09/2024	ASMA PNM	SER 5885604	09/09/2024 16:00:00	ALTA MÉDICA	10/09/2024 13:30:00
1857718	TEREZINHA SOARES DA SILVA	88	FEMININO	SAA	09/09/2024 20:50:35	DISPNEIA - PNM	SER 5893136	11/09/2024 18:44:30	ÓBITO	12/09/2024 14:29:00
1857799	ANGELA MARIA FRANCISCO DE FREITAS	68	FEMININO	SAA	10/09/2024 01:05:45	PICO PRESSÓRICO - AVE ?	SER 5893117	11/09/2024 18:36:20	ALTA MÉDICA	13/09/2024 17:36:00
1857515	JORGE CLARO DE OLIVEIRA	71	MASCULINO	SAA	09/09/2024 16:06:12	ITU	SER 5887528	10/29/2024 11:29:57	TRANSF.HERCRUZ	11/09/2024 21:27:20
1858134	MANOEL PEDRO DE MENEZES	67	MASCULINO	SAV	10/09/2024 14:39:56	AVEI?	SER 5889951	10/09/2024 21:24:49	ALTA MÉDICA	12/09/2024 19:00:00
1857975	JONATAS GOMES DA PAZ	7	MASCULINO	SAP	10/09/2024 15:25:30	LEUCOCITOSE	-	-	ALTA MÉDICA	11/09/2024 09:43:00
1858034	EMANUEL WILLIAN BARCELOS DE SOUZA	2	MASCULINO	SAP	10/09/2024 18:56:02	PNEUMONIA	SER 5890678	11/09/2024 09:45:00	TRANSF.HMSFX	11/09/2024 13:13:20
1858197	NATALINO DE ASSIS PINTO	68	MASCULINO	SAA	10/09/2024 19:25:50	LESÃO EM PÊNIS CONTAMINADA ERISÍPELA	-	-	ABSORVIDO HMSFX	11/09/2024 10:30:20
1858289	ANGELINA DE ARAUJO SILVA	92	FEMININO	SAA	11/09/2024 06:37:00	ANEMIA	-	-	ALTA MÉDICA	12/09/2024 17:28:25
1858569	WANTUILER EVANGELISTA LIMA	73	MASCULINO	SAA	11/09/2024 19:07:10	DESORIENTAÇÃO/ITU	SER 5896831	12/09/2024 16:03:50	ALTA MÉDICA	13/09/2024 19:02:25

1858827	ROSEMERE CONCEIÇÃO	53	FEMININO	SAV	11/09/2024 21:52:20	EAP HIPERTENSIVO	SER 5897258	12/09/2024 18:52:18	TRANSF. HERCRUZ	14/09/2024 15:36:00
1858860	YURIKA DE SA E SILVA	30	FEMININO	SAA	12/09/2024 00:16:57	TVP	-	-	ALTA REVELIA	12/09/2024 00:16:57
1859024	MARIA DE LOURDES PAZ	63	FEMININO	SAA	12/09/2024 14:07:38	ERISIPELA BOLHOSA	-	-	ALTA MÉDICA	16/09/2024 07:42:00
1859044	CLEUZA SANTOS MACEDO	57	FEMININO	SAA	12/09/2024 15:45:00	PÉ DIABÉTICO	SER 5900817	13/09/2024 21:05:03	TRANS. HMSFX	19/09/2024 12:09:00
1859186	MONIQUE DA CRUZ OLIVEIRA	43	FEMININO	SAV	12/09/2024 18:25:28	ICC	-	-	ALTA MÉDICA	12/09/2024 19:25:20
1859303	LARISSA SOARES ARAUJO DA SILVA	17	FEMININO	SAA	12/09/2024	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO ?	-	-	ALTA MÉDICA	13/09/2024 17:13:12
1859471	ANGELINA DE ARAUJO SILVA	92	FEMININO	SAA	13/09/2024 17:09:02	HIPOTENSÃO	SER 5901696	14/09/2024 17:55:58	TRANSF.HERCRUZ	15/09/2024 19:31:50
1859792	BENEDICTO DIONISIO FILHO	88	MASCULINO	SAA	14/09/2024 07:47:48	ITU	-	-	ALTA MÉDICA	15/09/2024 19:45:00
1859977	JOYCE HELLEM DE PAULA FERNANDES	26	FEMININO	ISOLAMENTO	14/09/2024 23:53:00	DERRAME PLEURAL	SER 5902172	15/09/2024 10:46:00	TRANSF.HERCRUZ	15/09/2024 16:58:20
1860082	ZENI FERREIRA PEREIRA	82	FEMININO	SAA	15/09/2024 05:06:04	PNM	SER 5902160	15/09/2024 10:25:00	TRANSF.HERCRUZ	16/09/2024 09:48:00
1860115	TAYRON ALEXANDER LANES CORDOBA	2	FEMININO	SAP	15/09/2024 01:31:00	CRISE DE ASMA	SER 5902266	15/09/2024 12:44:00	TRANSF.HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	
1860681	TERESINHA LUCIA DE ANDRADE	75	FEMININO	SAA	16/09/2024 15:35:55	PNEUMONIA BACTERIANA	SER 5907169	16/09/2024 06:39:37	TRANS. HMSFX	19/09/2024 17:52:00
1860554	ALEXANDRE CORREA DOS SANTOS	8M	MASCULINO	SAP	16/09/2024 15:58:00	BRONCOESPASMO	SER 5906483	16/09/2024 16:47:00	TRANSF. PLAZA MEDICAL	16/09/2024 20:29:00
1860755	ECIO RENE CORREA	87	MASCULINO	SAA	16/09/2024 19:20:00	AVE ISQUEMICO?	SER 5907174	17/09/2024 06:46:58	TRANS. HMSFX	19/09/2024 23:56:00
1861038	VERA LUCIA BASTOS BARBOSA	79	FEMININO	SAA	17/09/2024 13:07:48	PNM BACTERIANA	SER 5913109	18/09/2024 13:45:20	TRANS.HERCRUZ	18/09/2024 19:48:50
1860953	DAN CARVALHO DE SOUZA SANTIAGO	5M	MASCULINO	SAP	19/09/2024 09:23:40	BRONQUIOLITE	-	-	ALTA MÉDICA	17/09/2024 18:23:44
1861269	MARIA DA PENHA VIEIRA	79	FEMININO	SAA	18/09/2024 09:47:00	ERISIPELA	SER 5916603	19/09/2024 11:54:00	TRANS. HMSFX	19/09/2024 17:00:00
1861533	VALENTINA SILVA MADEIRA	3	FEMININO	SAP	18/09/2024 23:09:30	ASMA	SER 5918937	20/09/2024 00:13:09	TRANSF. SANTA CASA BARRA MANSA	20/09/2024 20:58:00
1861799	KASSIELE DE OLIVEIRA DOS SANTOS DE ALMEIDA	11M	FEMININO	SAP	19/09/2024 12:00:58	PNEUMONIA + DP	-	-	TRANS.HMAPN	20/09/2024
1861965	RITA DE CASSA OLIVEIRA DOS SANTOS	58	FEMININO	SAA	19/09/2024 21:42:30	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	SER 5922568	20/09/2024 17:19:34	TRANS.HSMFX	21/09/2024 20:06:00
1862024	SEVERINA MAURICIO DE MORAIS	89	FEMININO	SAA	19/09/2024 21:53:12	ITU	-	-	ALTA MÉDICA	20/09/2024 09:00:00
1861872	PAULO ROBERTO NUNES	75	MASCULINO	SAV	20/09/2024 06:44:10	AVE?	SER 5922841	20/09/2024 21:46:20	ALTA MÉDICA	23/09/2024 12:28:00
1862224	CARLOS CESAR SANTOS MASCARENHAS	55	MASCULINO	SAA	20/09/2024 18:55:00	GASTROENTEROCOLITE AGUDA	SER 5923047	21/09/2024 06:37:24	ALTA MÉDICA	23/09/2024 12:28:30
34	CELI DE OLIVEIRA PACHECO	71	FEMININO	SAA	20/09/2024 17:11:00	ITU	SER 5923051	21/09/2024 06:41:16	ALTA MÉDICA	
1862312	MARCELO FRANCISCO DA SILVA	57	MASCULINO	ISOLAMENTO	20/09/2024 17:32:42	PNM / BK?	SER 5923394	21/09/2024 12:49:33		
1862553	JOSE SILVEIRA DA COSTA	65	MASCULINO	SAV	21/09/2024 13:43:31	BAVT	SER 5923609	21/09/2024 17:08:29	TRANSF.HUV	27/09/2024 07:55:20
1862766	SUELY MAURA DA SILVA	62	FEMININO	SAV	21/09/2024 23:19:45	TAQUIARRITMIA	-	-	ALTA MÉDICA	22/09/2024 07:46:11
1862673	TÉO ELIAS NEVES BRITO BEZERRA	26	MASCULINO	SAA	21/09/2024 20:36:25	ESQUIZOFRENIA	-	-	ALTA MÉDICA	25/09/2024 09:45:21
1863093	MARCOS FELIPE PAZ FERREIRA	24	MASCULINO	SAA	23/09/2024 12:25:00	PNEUMONIA	SER 5926836	23/09/2024 14:14:00	ALTA À REVELIA	25/09/2024 06:30:00
1863257	OSWALDO SODRE PINTO	61	MASCULINO	SAA	23/09/2024 13:46:00	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	SER 5928129	23/09/2024 17:46:20	ÓBITO	23/09/2024 21:21:00
1863193	MAURELI GONÇALVES TEIXEIRA DA SILVA	61	FEMININO	SAV	23/09/2024 13:48:20	IAM COM SUPRA DE ST	SER 5928366/CAT 5928404	23/09/2024 21:05:50	TRANSF. HUV	24/09/2024 10:31:00
1863317	TIAGO MIGUEL DE GIUSEPPE SANTANA COELHO	4	MASCULINO	SAP	23/09/2024 13:57:50	ABCESSO DENTÁRIO	-	-	TRANS.HMSFX	23/09/2024 17:15:20
1863277	JOSE CEZARIO ALVES	69	MASCULINO	SAV	23/09/2024 15:53:20	IAM COM SUPRA DE ST	SER 5228256/CAT 5828280	23/09/2024 19:24:00	TRANSF. HERCRUZ	24/09/2024 17:56:00
1863335	ERNANI CRUZ DA SILVA	81	MASCULINO	SAA	23/09/2024 18:18:30	ANEMIA	SER 5932459	24/09/2024 20:05:00	ALTA MÉDICA	25/09/2024 10:49:25
1863512	FABIANO APARECIDO FERNANDES VEIRA	46	MASCULINO	SAV	23/09/2024 21:37:50	IAM COM SUPRA ST	SER CAT 5931097 / SER 5932513	24/09/2024 14:21:29 / 24/09/2024 21:00:14	TRANSF.HUV	25/09/2024 10:54:32
1863497	MARIA CREUSA FERNANDES	77	FEMININO	SAA	23/09/2024 06:39:30	SEPSE URINARIA	SER 5931448	24/09/2024 15:03:03	ALTA MÉDICA	26/09/2024 17:22:00
1863616	JOSUE MEDEIROS	67	MASCULINO	SAA	24/09/2024 12:14:14	ABDOME AGUDO	SER 5931543	24/09/2024 15:13:04	ALTA MÉDICA	25/09/2024 12:06:45
1863730	AMADEU MACHADO DE CASTRO	87	MASCULINO	SAV	24/09/2024 12:13:30	IAM COM SUPRA ST	SER CAT 5931602	24/09/2024 15:21:19		
1863990	THAMIRES MARTINS DE PAULA	27	FEMININO	SAV	24/09/2024 21:12:00	ANEMIA SEVERA	-	-	TRANSF.HMSFX	25/09/2024 19:42:00
1864044	JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO	85	MASCULINO	SAA	25/09/2024 6:30:51	HIPERTENSÃO	SER 5936495	26/09/2024 08:39:00		
1864090	MULHER ENGRA	22	FEMININO	SAA	25/09/2024 02:30:25	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO ?	-	-	ALTA MÉDICA	25/09/2024 18:00:00
1864243	NEUSA DA SILVA	89	FEMININO	SAA	25/09/2024 13:57:05	SEPSE URINARIA	SER 5940018	26/09/2024 22:05:01	ÓBITO	01/10/2024 06:37:00
1864562	JOAO FERREIRA DE LIMA	70	MASCULINO	SAA	25/09/2024 22:27:16	ICC DESCOMPENSADA	SER 5939656	26/09/2024 16:59:08	ALTA MÉDICA	27/09/2024 14:21:00
1864242	REGINA CELIA PETERLE ROMANELI	73	FEMININO	SAA	25/09/2024 15:02:32	ANEMIA	-	-	ALTA MÉDICA	26/09/2024 08:30:00
1864535	IZAURA FRITZ DA SILVA	69	FEMININO	SAV	25/09/2024 21:13:24	DIABETE	SER 5937244	26/09/2024 10:41:42	TRANSF. HZANS	30/09/2024 20:59:00
1864493	IOLÉ MARINHO DE MIRANDA	80	FEMININO	SAA	26/09/2024 00:22:45	HIPOREXIA	SER 5938338	26/09/2024 13:56:00	ÓBITO	01/10/2024 06:37:00
1864823	DINEIA PAES DE OLIVEIRA	73	FEMININO	SAA	26/09/2024 17:26:00	ITU	SER 5941607	27/09/2024 11:52:20	ALTA MÉDICA	28/09/2024 11:29:12
1865015	ASAFE DE OLIVEIRA PINHEIRO	5	MASCULINO	SAP	27/09/2024 03:20:00	ASMA AGUDIZADA	SER 5940336	27/09/2024 08:21:00	TRANS.INOVA ANGRA DOS REIS	27/09/2024 15:36:20

1864982	ARTHUR NOAH DOS SANTOS GUIMARÃES	7M	MASCULINO	SAP	26/09/2024 23:47:00	BRONQUEOLITE	SER 5940386	27/09/2024 08:39:20	TRANS.INOVA ANGRA DOS REIS	27/09/2024 20:01:20
1865119	NICOLLY DE SOUZA CARMO	5	FEMININO	SAP	27/09/2024 13:45:20	ABCESSO PERI-AMIGDALIANO			ALTA MÉDICA	29/09/202408:57:25
1865285	TATHIANE MESQUITA CONCEIÇÃO CHAGAS	31	FEMININO	SAV	27/09/2024 21:32:50	CETOACIDOSE DIABÉTICA	-	-	TRANSF. HMSFX	28/09/2024 20:50:00
1865112	NANDES FIDELIS DE ARAUJO	82	MASCULINO	SAV	27/09/2024 23:27:50	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	SER 5944394	28/09/2024 21:10:21	TRANSF. HERCRUZ	29/09/2024 09:23:45
1865426	RICARDO PEREIRA DE FREITAS	60	MASCULINO	SAA	28/09/2024 09:26:12	ITU				
1865552	YOHANN GAEL PORTO DA SILVA	4	MASCULINO	SAP	28/09/2024 15:45:59	PNEUMONIA BACTERIANA	-	-	ALTA À REVELIA	28/09/2024 18:54:00
1865695	CREMILDO CORDEIRO DAS NEVES	77	MASCULINO	SAA	28/09/2024 23:36:03	PNEUMONIA	-	-	ALTA À REVELIA	02/10/2024 16:40:00
1866290	MARIA JOSÉ DOS SANTOS	66	FEMININO	SAV	30/09/2024 15:34:36	IAM COM SUPRA ST	SER 5949170	30/09/2024 06:27:04		

BAM.	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	SALA DE OBSERVAÇÃO	DATA E HORA DE ENTRADA	DIAGNÓSTICO	TIPO/ NÚMERO DA REGULAÇÃO	DATA E HORA DA REGULAÇÃO	DESTINO DO PACIENTE	DATA E HORA DA SAÍDA
1854064	MARIA JOSE DIAS DA SILVA	88	FEMININO	SAV	01/09/2024 02:52:00	CRISE CONVULSIVA	SER 5860444	01/09/2024 21:48:12	ALTA MÉDICA	02/09/2024 17:56:49
1854028	LUCÉLIA DUTRA DOS SANTOS	45	FEMININO	SAA	01/09/2024 22:57:00	IDEÇÃO SUICIDA	-	-	ALTA À REVELIA	01/09/2024 13:22:28
1854074	LARA SOPHIA CAETANO SILVA DE ASSUNÇÃO	9	FEMININO	SAP	01/09/2024 09:52:12	CRISE ASMÁTICA	SER 5864377	02/09/2024 18:43:37	TRANSF.HERCRUZ	03/09/2024 14:24:00
1854189	ADEJAHIR DA SILVA PEREIRA	83	MASCULINO	SAV	01/09/2024 14:53:56	GASTROENTERITE/DISPNEIA	-	-	ÓBITO	01/09/2024 15:09:44
1854353	ELLEN GARCIA DE OLIVEIRA	44	FEMININO	SAA	01/09/2024 23:36:31	GASTROENTERITE	-	-	ALTA À REVELIA	02/09/2024 12:51:47
1854395	EMILY SILVA BARBOZA	19	FEMININO	SAA	02/09/2024 00:49:41	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA MÉDICA	02/09/2024 12:53:41
1854403	WASHINGTON CLEMILDO MOURA	48	MASCULINO	SAA	02/09/2024 00:58:40	PNM BACTERIANA	-	-	ALTA MÉDICA	02/09/2024 12:28:28
1854407	JOAO BATISTA DE AREDES	61	MASCULINO	SAA	02/09/2024 01:48:09	SURTO PSICÓTICO / PNEUMONIA	SER 5880235	06/09/2024 20:51:00	ALTA MÉDICA	10/09/2024 12:00:00
1854409	MIA MOREIRA NOBRE	10M	FEMININO	SAP	02/09/2024 05:37:49	BRONQUIOLITE	SER 586294	02/09/2024 14:20:43	TRANS. HRZA	02/09/2024 21:24:00
1854577	BRUNO LUIS CAETANO SILVA DE ASSUNÇÃO	5	MASCULINO	SAP	02/09/2024 15:26:35	ASMA GRAVE	SER 5864377	02/09/2024 18:43:37	TRANSF.HERCRUZ	03/09/2024 14:28:00
1854646	EDER ARAUJO SILVA	57	MASCULINO	SAA	02/09/2024 18:28:45	ARTRITE SÉPTICA ?	SER 5865023	03/09/2024 08:49:20	TRANSF. HMSFX	06/09/2024 20:10:00
1854869	TERESA EUNICE SILVA	77	FEMININO	SAA	02/09/2024 04:20:17	IC DESCOMPENSADA	SER 5865064	03/09/2024 08:55:20	ALTA MÉDICA	04/09/2024 11:18:27
1855035	RENO BEZERRA SANTOS	55	MASCULINO	SAV	03/09/2024 10:46:20	INTOXICAÇÃO EXOGENA	-	-	TRANSF. HMSFX	05/09/2024 12:43:00
1855356	MARIA JOSE MENDES PIMENTA	77	FEMININO	SAV	03/09/2024 22:28:25	FA ALTA RESPOSTA	SER 5870774	04/09/2024 13:26:33	ALTA MÉDICA	05/09/2024 17:43:00
1855067	LOURDES RODRIGUES	61	FEMININO	SAV	03/09/2024 23:05:00	IAM SEM SUPRA ST	SER 5870863	04/09/2024 13:43:22	TRANSF. HMSFX	04/09/2024 15:01:00
1855422	CLEIA DE LIMA RODRIGUES	67	FEMININO	SAA	04/09/2024 10:37:00	AVE ISQUEMICO	SER 5870702	04/09/2024 13:11:05	TRANSF. HMSFX	06/09/2024 19:02:00
1855561	NILSON RAMOS DA SILVA	71	MASCULINO	SAA	04/09/2024 15:52:18	ANEMIA	SER 5875883	05/09/2024 16:00:00	TRANSF. HMSFX	06/09/2024
1855558	LARA CRISTINY MOURA DE ASSUNÇÃO	4	FEMININO	SAP	04/09/2024 21:02:00	ANEMIA + ASMA AGUDIZADA	SER 5876089	05/09/2024 16:05:00	TRANSF.HERCRUZ	05/09/2024 20:43:00
1855827	YUKI GONÇALVES HASHIMOTO	3M	MASCULINO	SAP	05/09/2024 02:04:51	BRONQUIOLITE	-	-	ALTA MÉDICA	06/09/2024 15:48:03
1856118	BEATRIZ PEREIRA DAMAZIO	21	FEMININA	SAA	05/09/2024 19:00:51	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA A REVELIA	05/09/2024 21:43:00
1856115	LORRANE SANTOS MARTINS DE SOUZA	17	FEMININA	SAA	05/09/2024 19:00:51	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA A REVELIA	05/09/2024 21:43:00
1856005	MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA	62	FEMININA	SAV	05/09/2024 17:36:52	TAQUIARRITMIA	SER 5876679	05/09/2024 22:50:00	TRANSF.HERCRUZ	06/09/2024 16:07:00
1856087	CONSUELA CORCOS	74	FEMININA	SAV	05/09/2024 17:37:31	TAQUIARRITMIA	SER 5876685	05/09/2024 22:50:00	TRANSF.HERCRUZ	07/09/2024 10:06:00
1856162	SILVINO ALCANTARA SILVA	78	MASCULINO	SAV	05/09/2024 20:00:21	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA/PNM	SER 5876685	05/09/2024 22:50:00	ÓBITO	12/09/2024 05:50:00
1856155	MARUZA PEREIRA RODRIGUES	53	FEMININA	SAA	05/09/2024 21:12:52	AVE ISQUEMICO	-	-	ALTA MÉDICA	07/09/2024 10:21:00
1855854	MARLUCIA INOCENCIO DE OLIVEIRA	55	FEMININA	SAA	05/09/2024 10:24:27	LEUCEMIA ?	SER 5880075	06/09/2024 18:13:34	ALTA MÉDICA	11/09/2024 13:53:50
1856198	CARLOS MIGUEL DA SILVA ABADE	2	MASCULINO	SAP	06/09/2024 00:14:36	PNM	SER 5877001	06/09/2024 08:36:17	ALTA MÉDICA	06/09/2024 15:52:09
1856093	WIRCELHENY SANTOS SIRQUEIRA	79	FEMININO	SAA	06/09/2024 as	ITU ? / INTERNAÇÃO SOCIAL	SER 5880867	07/09/2024 18:26:30	ALTA MÉDICA	08/09/2024 10:18:00
1856773	IZABEL MONIQUE GONÇALVES LIMA DA COSTA	26	FEMININO	SAA	07/09/2024 16:51:00	ITU	SER 5880874	07/09/2024 18:33:40	ALTA À REVELIA	08/09/2024 12:26:00
1856740	KAYQUE MATHEUS SABINO DE AGUIAR SOUZA	7	MASCULINO	ISOLAMENTO	07/09/2024 16:53:20	CONJUNTIVITE COMPLICADA /MPOX	SER 5880814	07/09/2024 17:27:00	ALTA MÉDICA	12/09/2024 14:02:00
1856781	MARIA JOSE TEIXEIRA GOVASKY	49	FEMININO	SAV	07/09/2024 19:01:30	ITU	SER 5881038	07/09/2024 22:08:20	ALTA MÉDICA	10/09/2024 11:15:00
1856847	THIAGO SILVA DO CARMO DE MOURA	23	MASCULINO	SAA	07/09/2024 22:10:15	FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	SER 5881226	08/09/2024 07:50:35	HMAPN TRASFERENCIA	09/09/2024 14:00:00
1856973	GRACE KELLY DO NASCIMENTO	25	FEMININO	SAA	07/09/2024 01:26:00	TENTATIVA DE AUTOEXTERMINIO	-	-	ALTA REVELIA	11/09/2024 11:39:20
1856986	HELLENA MARIA DE FREITAS AUGUSTO	4	FEMININO	SAP	08/09/2024 09:36:00	ASMA AGUDIZADA	SER 5882018	09/09/2024 06:37:36	VAGA HERCRUZ 09/09/2024	09/09/2024 17:00:00
1857323	SUELLEN SILVA DA GUIA CHAGAS	42	FEMININO	SAA	09/09/2024 03:37:00	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO	-	-	ALTA MÉDICA	09/09/2024 09:00:00
1857358	ISAUQUE DO NASCIMENTO	7	MASCULINO	SAP	09/09/2024	ASMA PNM	SER 5885604	09/09/2024 16:00:00	ALTA MÉDICA	10/09/2024 13:30:00
1857718	TEREZINHA SOARES DA SILVA	88	FEMININO	SAA	09/09/2024 20:50:35	DISPNEIA - PNM	SER 5893136	11/09/2024 18:44:30	ÓBITO	12/09/2024 14:29:00
1857799	ANGELA MARIA FRANCISCO DE FREITAS	68	FEMININO	SAA	10/09/2024 01:05:45	PICO PRESSÓRICO - AVE ?	SER 5893117	11/09/2024 18:36:20	ALTA MÉDICA	13/09/2024 17:36:00
1857515	JORGE CLARO DE OLIVEIRA	71	MASCULINO	SAA	09/09/2024 16:06:12	ITU	SER 5887528	10/29/2024 11:29:57	TRANSF.HERCRUZ	11/09/2024 21:27:20
1858134	MANOEL PEDRO DE MENEZES	67	MASCULINO	SAV	10/09/2024 14:39:56	AVEI?	SER 5889951	10/09/2024 21:24:49	ALTA MÉDICA	12/09/2024 19:00:00
1857975	JONATAS GOMES DA PAZ	7	MASCULINO	SAP	10/09/2024 15:25:30	LEUCOCITOSE	-	-	ALTA MÉDICA	11/09/2024 09:43:00
1858034	EMANUEL WILLIAN BARCELOS DE SOUZA	2	MASCULINO	SAP	10/09/2024 18:56:02	PNEUMONIA	SER 5890678	11/09/2024 09:45:00	TRANSF.HMSFX	11/09/2024 13:13:20
1858197	NATALINO DE ASSIS PINTO	68	MASCULINO	SAA	10/09/2024 19:25:50	LESÃO EM PÊNIS CONTAMINADA ERISIPELA	-	-	ABSORVIDO HMSFX	11/09/2024 10:30:20
1858289	ANGELINA DE ARAUJO SILVA	92	FEMININO	SAA	11/09/2024 06:37:00	ANEMIA	-	-	ALTA MÉDICA	12/09/2024 17:28:25
1858569	WANTUILER EVANGELISTA LIMA	73	MASCULINO	SAA	11/09/2024 19:07:10	DESORIENTAÇÃO/ITU	SER 5896831	12/09/2024 16:03:50	ALTA MÉDICA	13/09/2024 19:02:25

1858827	ROSEMERE CONCEIÇÃO	53	FEMININO	SAV	11/09/2024 21:52:20	EAP HIPERTENSIVO	SER 5897258	12/09/2024 18:52:18	TRANSF. HERCRUZ	14/09/2024 15:36:00
1858860	YURIKA DE SA E SILVA	30	FEMININO	SAA	12/09/2024 00:16:57	TVP	-	-	ALTA REVELIA	12/09/2024 00:16:57
1859024	MARIA DE LOURDES PAZ	63	FEMININO	SAA	12/09/2024 14:07:38	ERISPELA BOLHOSA	-	-	ALTA MÉDICA	16/09/2024 07:42:00
1859044	CLEUZA SANTOS MACEDO	57	FEMININO	SAA	12/09/2024 15:45:00	PÉ DIABÉTICO	SER 5900817	13/09/2024 21:05:03	TRANS. HMSFX	19/09/2024 12:09:00
1859186	MONIQUE DA CRUZ OLIVEIRA	43	FEMININO	SAV	12/09/2024 18:25:28	ICC	-	-	ALTA MÉDICA	12/09/2024 19:25:20
1859303	LARISSA SOARES ARAUJO DA SILVA	17	FEMININO	SAA	12/09/2024	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO ?	-	-	ALTA MÉDICA	13/09/2024 17:13:12
1859471	ANGELINA DE ARAUJO SILVA	92	FEMININO	SAA	13/09/2024 17:09:02	HIPOTENSÃO	SER 5901696	14/09/2024 17:55:58	TRANSF.HERCRUZ	15/09/2024 19:31:50
1859792	BENEDICTO DIONISIO FILHO	88	MASCULINO	SAA	14/09/2024 07:47:48	ITU	-	-	ALTA MÉDICA	15/09/2024 19:45:00
1859977	JOYCE HELLEM DE PAULA FERNANDES	26	FEMININO	ISOLAMENTO	14/09/2024 23:53:00	DERRAME PLEURAL	SER 5902172	15/09/2024 10:46:00	TRANSF.HERCRUZ	15/09/2024 16:58:20
1860082	ZENI FERREIRA PEREIRA	82	FEMININO	SAA	15/09/2024 05:06:04	PNM	SER 5902160	15/09/2024 10:25:00	TRANSF.HERCRUZ	16/09/2024 09:48:00
1860115	TAYRON ALEXANDER LANES CORDOBA	2	FEMININO	SAP	15/09/2024 01:31:00	CRISE DE ASMA	SER 5902266	15/09/2024 12:44:00	TRANSF.HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	
1860681	TERESINHA LUCIA DE ANDRADE	75	FEMININO	SAA	16/09/2024 15:35:55	PNEUMONIA BACTERIANA	SER 5907169	16/09/2024 06:39:37	TRANS. HMSFX	19/09/2024 17:52:00
1860554	ALEXANDRE CORREA DOS SANTOS	8M	MASCULINO	SAP	16/09/2024 15:58:00	BRONCOESPASMO	SER 5906483	16/09/2024 16:47:00	TRANSF. PLAZA MEDICAL	16/09/2024 20:29:00
1860755	ECIO RENE CORREA	87	MASCULINO	SAA	16/09/2024 19:20:00	AVE ISQUEMICO?	SER 5907174	17/09/2024 06:46:58	TRANS. HMSFX	19/09/2024 23:56:00
1861038	VERA LUCIA BASTOS BARBOSA	79	FEMININO	SAA	17/09/2024 13:07:48	PNM BACTERIANA	SER 5913109	18/09/2024 13:45:20	TRANS.HERCRUZ	18/09/2024 19:48:50
1860953	DAN CARVALHO DE SOUZA SANTIAGO	5M	MASCULINO	SAP	19/09/2024 09:23:40	BRONQUIOLITE	-	-	ALTA MÉDICA	17/09/2024 18:23:44
1861269	MARIA DA PENHA VIEIRA	79	FEMININO	SAA	18/09/2024 09:47:00	ERISPELA	SER 5916603	19/09/2024 11:54:00	TRANS. HMSFX	19/09/2024 17:00:00
1861533	VALENTINA SILVA MADEIRA	3	FEMININO	SAP	18/09/2024 23:09:30	ASMA	SER 5918937	20/09/2024 00:13:09	TRANSF. SANTA CASA BARRA MANSÁ	20/09/2024 20:58:00
1861799	KASSIELE DE OLIVEIRA DOS SANTOS DE ALMEIDA	11M	FEMININO	SAP	19/09/2024 12:00:58	PNEUMONIA + DP	-	-	TRANS.HMAPN	20/09/2024
1861965	RITA DE CASSA OLIVEIRA DOS SANTOS	58	FEMININO	SAA	19/09/2024 21:42:30	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	SER 5922568	20/09/2024 17:19:34	TRANS.HSMFX	21/09/2024 20:06:00
1862024	SEVERINA MAURICIO DE MORAIS	89	FEMININO	SAA	19/09/2024 21:53:12	ITU	-	-	ALTA MÉDICA	20/09/2024 09:00:00
1861872	PAULO ROBERTO NUNES	75	MASCULINO	SAV	20/09/2024 06:44:10	AVE?	SER 5922841	20/09/2024 21:46:20	ALTA MÉDICA	23/09/2024 12:28:00
1862224	CARLOS CESAR SANTOS MASCARENHAS	55	MASCULINO	SAA	20/09/2024 18:55:00	GASTROENTEROCOLITE AGUDA	SER 5923047	21/09/2024 06:37:24	ALTA MÉDICA	23/09/2024 12:28:30
34	CELI DE OLIVEIRA PACHECO	71	FEMININO	SAA	20/09/2024 17:11:00	ITU	SER 5923051	21/09/2024 06:41:16	ALTA MÉDICA	
1862312	MARCELO FRANCISCO DA SILVA	57	MASCULINO	ISOLAMENTO	20/09/2024 17:32:42	PNM / BK?	SER 5923394	21/09/2024 12:49:33		
1862553	JOSE SILVEIRA DA COSTA	65	MASCULINO	SAV	21/09/2024 13:43:31	BAVT	SER 5923609	21/09/2024 17:08:29	TRANSF.HUV	27/09/2024 07:55:20
1862766	SUELY MAURA DA SILVA	62	FEMININO	SAV	21/09/2024 23:19:45	TAQUIARRITMIA	-	-	ALTA MÉDICA	22/09/2024 07:46:11
1862673	TÉO ELIAS NEVES BRITO BEZERRA	26	MASCULINO	SAA	21/09/2024 20:36:25	ESQUIZOFRENIA	-	-	ALTA MÉDICA	25/09/2024 09:45:21
1863093	MARCOS FELIPE PAZ FERREIRA	24	MASCULINO	SAA	23/09/2024 12:25:00	PNEUMONIA	SER 5926836	23/09/2024 14:14:00	ALTA À REVELIA	25/09/2024 06:30:00
1863257	OSWALDO SODRE PINTO	61	MASCULINO	SAA	23/09/2024 13:46:00	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	SER 5928129	23/09/2024 17:46:20	ÓBITO	23/09/2024 21:21:00
1863193	MAURELI GONÇALVES TEIXEIRA DA SILVA	61	FEMININO	SAV	23/09/2024 13:48:20	IAM COM SUPRA DE ST	SER 5928366/CAT 5928404	23/09/2024 21:05:50	TRANSF. HUV	24/09/2024 10:31:00
1863317	TIAGO MIGUEL DE GIUSEPPE SANTANA COELHO	4	MASCULINO	SAP	23/09/2024 13:57:50	ABCESSO DENTÁRIO	-	-	TRANS.HMSFX	23/09/2024 17:15:20
1863277	JOSE CEZARIO ALVES	69	MASCULINO	SAV	23/09/2024 15:53:20	IAM COM SUPRA DE ST	SER 5228256/CAT 5828280	23/09/2024 19:24:00	TRANSF. HERCRUZ	24/09/2024 17:56:00
1863335	ERNANI CRUZ DA SILVA	81	MASCULINO	SAA	23/09/2024 18:18:30	ANEMIA	SER 5932459	24/09/2024 20:05:00	ALTA MÉDICA	25/09/2024 10:49:25
1863512	FABIANO APARECIDO FERNANDES VEIRA	46	MASCULINO	SAV	23/09/2024 21:37:50	IAM COM SUPRA ST	SER CAT 5931097 / SER 5932513	24/09/2024 14:21:29 / 24/09/2024 21:00:14	TRANSF.HUV	25/09/2024 10:54:32
1863497	MARIA CREUSA FERNANDES	77	FEMININO	SAA	23/09/2024 06:39:30	SEPSE URINARIA	SER 5931448	24/09/2024 15:03:03	ALTA MÉDICA	26/09/2024 17:22:00
1863616	JOSUE MEDEIROS	67	MASCULINO	SAA	24/09/2024 12:14:14	ABDOME AGUDO	SER 5931543	24/09/2024 15:13:04	ALTA MÉDICA	25/09/2024 12:06:45
1863730	AMADEU MACHADO DE CASTRO	87	MASCULINO	SAV	24/09/2024 12:13:30	IAM COM SUPRA ST	SER CAT 5931602	24/09/2024 15:21:19		
1863990	THAMIRES MARTINS DE PAULA	27	FEMININO	SAV	24/09/2024 21:12:00	ANEMIA SEVERA	-	-	TRANSF.HMSFX	25/09/2024 19:42:00
1864044	JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO	85	MASCULINO	SAA	25/09/2024 6:30:51	HIPERTENSÃO	SER 5936495	26/09/2024 08:39:00		
1864090	MULHER ENGRA	22	FEMININO	SAA	25/09/2024 02:30:25	TENTATIVA DE AUTO EXTERMINIO ?	-	-	ALTA MÉDICA	25/09/2024 18:00:00
1864243	NEUSA DA SILVA	89	FEMININO	SAA	25/09/2024 13:57:05	SEPSE URINARIA	SER 5940018	26/09/2024 22:05:01	ÓBITO	01/10/2024 06:37:00
1864562	JOAO FERREIRA DE LIMA	70	MASCULINO	SAA	25/09/2024 22:27:16	ICC DESCOMPENSADA	SER 5939656	26/09/2024 16:59:08	ALTA MÉDICA	27/09/2024 14:21:00
1864242	REGINA CELIA PETERLE ROMANELI	73	FEMININO	SAA	25/09/2024 15:02:32	ANEMIA	-	-	ALTA MÉDICA	26/09/2024 08:30:00
1864535	IZAURA FRITZ DA SILVA	69	FEMININO	SAV	25/09/2024 21:13:24	DIABETE	SER 5937244	26/09/2024 10:41:42	TRANSF. HZANS	30/09/2024 20:59:00
1864493	IOLÉ MARINHO DE MIRANDA	80	FEMININO	SAA	26/09/2024 00:22:45	HIPOREXIA	SER 5938338	26/09/2024 13:56:00	ÓBITO	01/10/2024 06:37:00
1864823	DINEIA PAES DE OLIVEIRA	73	FEMININO	SAA	26/09/2024 17:26:00	ITU	SER 5941607	27/09/2024 11:52:20	ALTA MÉDICA	28/09/2024 11:29:12
1865015	ASAFE DE OLIVEIRA PINHEIRO	5	MASCULINO	SAP	27/09/2024 03:20:00	ASMA AGUDIZADA	SER 5940336	27/09/2024 08:21:00	TRANS.INOVA ANGRA DOS REIS	27/09/2024 15:36:20

1864982	ARTHUR NOAH DOS SANTOS GUIMARÃES	7M	MASCULINO	SAP	26/09/2024 23:47:00	BRONQUEOLITE	SER 5940386	27/09/2024 08:39:20	TRANS.INOVA ANGRA DOS REIS	27/09/2024 20:01:20
1865119	NICOLLY DE SOUZA CARMO	5	FEMININO	SAP	27/09/2024 13:45:20	ABCESSO PERI-AMIGDALIANO			ALTA MÉDICA	29/09/202408:57:25
1865285	TATHIANE MESQUITA CONCEIÇÃO CHAGAS	31	FEMININO	SAV	27/09/2024 21:32:50	CETOACIDOSE DIABÉTICA	-	-	TRANSF. HMSFX	28/09/2024 20:50:00
1865112	NANDES FIDELIS DE ARAUJO	82	MASCULINO	SAV	27/09/2024 23:27:50	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	SER 5944394	28/09/2024 21:10:21	TRANSF. HERCRUZ	29/09/2024 09:23:45
1865426	RICARDO PEREIRA DE FREITAS	60	MASCULINO	SAA	28/09/2024 09:26:12	ITU				
1865552	YOHANN GAEL PORTO DA SILVA	4	MASCULINO	SAP	28/09/2024 15:45:59	PNEUMONIA BACTERIANA	-	-	ALTA À REVELIA	28/09/2024 18:54:00
1865695	CREMILDO CORDEIRO DAS NEVES	77	MASCULINO	SAA	28/09/2024 23:36:03	PNEUMONIA	-	-	ALTA À REVELIA	02/10/2024 16:40:00
1866290	MARIA JOSÉ DOS SANTOS	66	FEMININO	SAV	30/09/2024 15:34:36	IAM COM SUPRA ST	SER 5949170	30/09/2024 06:27:04		

UPA ITAGUAI

AVENIDA DEPUTADO OTAVIO CABRAL, 1450 - JARDIM AMERICA - ITAGUAÍ - RJ - 23810301

01 - Percentual de Pacientes Atendidos por Médico

Especialidade	Número total de pacientes acolhidos	Número de atendimentos médicos	Percentual	Meta
ASSISTENTE SOCIAL	504	466	92,00%	> 70 %
CLINICA MEDICA	7882	7751	98,00%	> 70 %
ODONTOLOGIA	348	337	96,00%	> 70 %
PEDIATRIA	3754	3533	94,00%	> 70 %
	1	1	100,00%	> 70 %
Total:	12489	Total: 12088	Percentual: 96,79%	

FATURAMENTO - SISTEMA TIMED - UPA24H - ITAGUAÍ - SETEMBRO/2024

Codigo	Procedimento	Quantidade	Valor unit.	Total
307020010	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	4	R\$ -	R\$ -
301060118	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	11.861	R\$ -	R\$ -
301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	23.279	R\$ 0,63	R\$ 14.665,77
301100039	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	8.977	R\$ -	R\$ -
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1.049	R\$ 3,70	R\$ 3.881,30
301060029	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	3.458	R\$ 12,47	R\$ 43.121,26
301060096	ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	7.895	R\$ 11,00	R\$ 86.845,00
202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	6	R\$ 4,20	R\$ 25,20
307010015	CAPEAMENTO PULPAR	1	R\$ -	R\$ -
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	1.827	R\$ 6,30	R\$ 11.510,10
307020029	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	20	R\$ -	R\$ -
414020073	CURETAGEM PERIAPICAL	2	R\$ 21,92	R\$ 43,84
202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	18	R\$ 5,77	R\$ 103,86
202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	18	R\$ 2,73	R\$ 49,14
202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1	R\$ 1,85	R\$ 1,85
202010180	DOSAGEM DE AMILASE	96	R\$ 2,25	R\$ 216,00
202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	79	R\$ 2,01	R\$ 158,79
202010210	DOSAGEM DE CALCIO	13	R\$ 1,85	R\$ 24,05
202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	439	R\$ 4,12	R\$ 1.808,68
202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	1	R\$ 3,68	R\$ 3,68
202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	35	R\$ 2,01	R\$ 70,35
202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	38	R\$ 3,51	R\$ 133,38
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	198	R\$ 1,85	R\$ 366,30
202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	9	R\$ 7,85	R\$ 70,65
202010554	DOSAGEM DE LIPASE	31	R\$ 2,25	R\$ 69,75
202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	1	R\$ 2,01	R\$ 2,01
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	637	R\$ 1,85	R\$ 1.178,45
202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	136	R\$ 2,83	R\$ 384,88
202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	17	R\$ 1,85	R\$ 31,45
202010635	DOSAGEM DE SODIO	636	R\$ 1,85	R\$ 1.176,60
202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	93	R\$ 2,01	R\$ 186,93
202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	93	R\$ 2,01	R\$ 186,93
202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	248	R\$ 9,00	R\$ 2.232,00
202010694	DOSAGEM DE UREIA	644	R\$ 1,85	R\$ 1.191,40
404020054	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	1	R\$ 14,07	R\$ 14,07
211020036	ELETROCARDIOGRAMA	381	R\$ 5,15	R\$ 1.962,15
401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	16	R\$ 23,16	R\$ 370,56
404020097	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	1	R\$ 28,00	R\$ 28,00
414020120	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	2	R\$ -	R\$ -
414020138	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	25	R\$ -	R\$ -
202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	44	R\$ 15,65	R\$ 688,60
214010015	GLICEMIA CAPILAR	1.918	R\$ -	R\$ -
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	1.521	R\$ 4,11	R\$ 6.251,31
301100101	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	81	R\$ -	R\$ -
301100144	OXIGENOTERAPIA POR DIA	3	R\$ -	R\$ -
202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	10	R\$ 1,37	R\$ 13,70
301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA	1	R\$ -	R\$ -
307020070	PULPOTOMIA DENTÁRIA	11	R\$ -	R\$ -
204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	5	R\$ 15,30	R\$ 76,50
204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	29	R\$ 7,17	R\$ 207,93
204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	1	R\$ 10,29	R\$ 10,29
204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	1	R\$ 9,73	R\$ 9,73
204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	4	R\$ 9,15	R\$ 36,60
204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	32	R\$ 7,52	R\$ 240,64
204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	2	R\$ 5,62	R\$ 11,24
204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	1	R\$ 7,98	R\$ 7,98
204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	1	R\$ 7,16	R\$ 7,16
204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	2	R\$ 6,30	R\$ 12,60
204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	1	R\$ 8,38	R\$ 8,38
204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	3	R\$ 6,78	R\$ 20,34
204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	2	R\$ 8,94	R\$ 17,88
204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	1	R\$ 6,91	R\$ 6,91
204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	68	R\$ 7,32	R\$ 497,76
204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	46	R\$ 9,50	R\$ 437,00
204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	543	R\$ 6,88	R\$ 3.735,84
307010031	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	1	R\$ -	R\$ -
307010120	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	2	R\$ -	R\$ -
202031110	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	9	R\$ 2,83	R\$ 25,47
214010058	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	6	R\$ 1,00	R\$ 6,00
414020383	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	1	R\$ -	R\$ -
TOTAL		66.636		R\$ 184.444,24

Quantidade de Atendimentos

Ano e Mês	Registrados	Classificados	Atendidos	Acolhidos	TM Atendimento	TM Verde	Verde na Meta	Verde fora da Meta	TM Amarelo	Amarelo na Meta	Amarelo fora da Meta	Vermelho na Meta	Vermelho fora da Meta
202409	12489	11875	12088	11880	27	24	8896	636	15	1893	68	31	0

UPA ITAGUAI

AVENIDA DEPUTADO OTAVIO CABRAL, 1450 - JARDIM AMERICA - ITAGUAÍ - RJ - 23810301

01 - Percentual de Pacientes Atendidos por Médico

Especialidade	Número total de pacientes acolhidos	Número de atendimentos médicos	Percentual	Meta
ASSISTENTE SOCIAL	504	466	92,00%	> 70 %
CLINICA MEDICA	7882	7751	98,00%	> 70 %
ODONTOLOGIA	348	337	96,00%	> 70 %
PEDIATRIA	3754	3533	94,00%	> 70 %
	1	1	100,00%	> 70 %
Total:	12489	Total: 12088	Percentual: 96,79%	

PESQUISA SATISFAÇÃO - USUÁRIO - MÊS: 09/2024

SERVIÇO SOCIAL - UPA24H - ITAGUAÍ

ENFERMAGEM	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	TOTAL
EXCELENTE	5	4	6	5	5	2	4	6	7	5	5	2	3	4	7	5	2	2	4	4	4	6	4	6	3	6	3	5	4	0	128
BOM	8	0	0	1	1	1	0	6	0	0	3	2	8	2	0	0	3	1	0	1	0	0	3	6	0	0	1	0	4	0	51
REGULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RUIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
																															179

RECEPÇÃO	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	TOTAL
EXCELENTE	5	4	6	5	5	2	4	6	7	5	3	2	3	4	7	5	1	2	3	4	4	6	2	6	3	6	3	5	1	0	119
BOM	8	0	0	1	1	1	0	6	0	0	3	2	8	2	0	0	4	1	1	1	0	0	4	6	0	0	1	0	6	0	56
REGULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
RUIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
																															179

MÉDICO	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	TOTAL
EXCELENTE	5	4	6	5	5	2	4	6	7	5	5	2	3	4	7	5	2	2	4	4	4	6	4	6	3	6	3	5	5	0	129
BOM	8	0	0	1	1	1	0	6	0	0	3	2	8	2	0	0	3	1	0	1	0	0	3	6	0	0	1	0	3	0	50
REGULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
																															179

SERVIÇO SOCIAL	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	TOTAL
EXCELENTE	5	4	6	5	5	2	4	6	7	5	5	2	3	4	7	5	2	2	4	4	4	6	3	6	3	6	3	5	3	0	126
BOM	8	0	0	1	1	1	0	6	0	0	3	2	8	2	0	0	3	1	0	1	0	0	4	6	0	0	1	0	5	0	53
REGULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
																															179

LIMPEZA	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	TOTAL
EXCELENTE	5	4	6	5	5	2	4	6	7	5	4	2	3	4	7	5	2	2	2	4	4	6	3	6	3	6	3	5	5	0	125
BOM	8	0	0	1	1	1	0	6	0	0	4	2	8	2	0	0	3	1	2	1	0	0	4	6	0	0	1	0	3	0	54
REGULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
																															179

0

EXAMES	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	TOTAL
EXCELENTE	5	4	6	5	5	2	4	6	7	5	3	2	3	4	7	5	2	2	2	4	4	6	2	6	3	6	3	5	3	0	121
BOM	8	0	0	1	1	1	0	6	0	0	5	2	8	2	0	0	3	1	2	1	0	0	5	6	0	0	1	0	5	0	58
REGULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
																															179

ATENDIMENTOS	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	TOTAL
EXCELENTE	5	4	6	5	5	2	4	6	7	5	3	2	3	4	7	5	2	2	2	4	4	6	3	6	3	6	3	5	3	0	122
BOM	8	0	0	1	1	1	0	6	0	0	5	2	8	2	0	0	3	1	2	1	0	0	4	6	0	0	1	0	5	0	57
REGULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
																															179

TOTAL	1.253
TOTAL DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	1.253

SERVIÇO SOCIAL - UPA ITAGUAÍ

ENFERMAGEM	TOTAL
EXCELENTE	128
BOM	51
REGULAR	0
RUIM	0
TOTAL	179

RECEPÇÃO	TOTAL
EXCELENTE	119
BOM	56
REGULAR	4
RUIM	0
TOTAL	179

MÉDICO	TOTAL
EXCELENTE	129
BOM	50
REGULAR	0
RUIM	0
TOTAL	179

SERVIÇO SOCIAL	TOTAL
EXCELENTE	126
BOM	53
REGULAR	0
RUIM	0
TOTAL	179

LIMPEZA	TOTAL
EXCELENTE	125
BOM	54
REGULAR	0
RUIM	0
TOTAL	179

EXAMES	TOTAL
EXCELENTE	121
BOM	58
REGULAR	0
RUIM	0
TOTAL	179

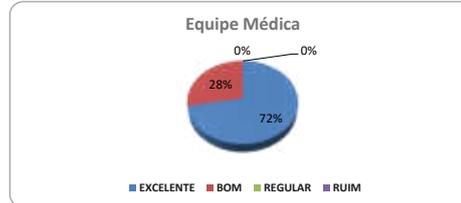
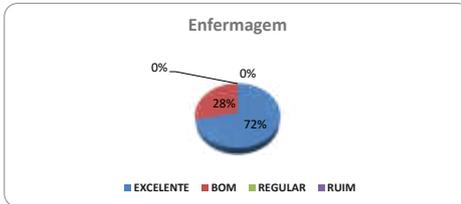
ATENDIMENTOS	TOTAL
EXCELENTE	122
BOM	57
REGULAR	0
RUIM	0
TOTAL	179

1.253

EFETIVIDADE	TOTAL
EXCELENTE	870
BOM	379
TOTAL	1249

EFETIVIDADE	TOTAL
REGULAR	4
RUIM	0
TOTAL	4

ANÁLISE DAS PESQUISAS	
QTD DE PESQUISAS	QTD DE PESQUISAS
EXCELENTE	870
BOM	379
REGULAR	4
RUIM	0





Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>999940286</u> NOME: <u>Maria mônica Garcia de Brito Silva</u>	_____ _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 02/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>969571172</u> NOME: <u>Bruna Dias</u>	



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/19/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>OPCIONAL 969908998</p> <p>NOME: <u>Andrilla Patrícia Pereira</u></p>	



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>90520815</u>	
NOME: <u>Luzia maria de souza</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>996425758</u>	
NOME: <u>Suzana de Castro</u>	



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 06 / 07 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

() EXELENTE

BOM

() REGULAR

() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

() EXELENTE

BOM

() REGULAR

() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

() EXELENTE

BOM

() REGULAR

() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

() EXELENTE

BOM

() REGULAR

() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

() EXELENTE

BOM

() REGULAR

() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

() EXELENTE

BOM

() REGULAR

() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

() EXELENTE

BOM

() REGULAR

() RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: T. Lorena S. P. de Almeida

98002459



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 02/10/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>977170283</u> NOME: <u>Márcia Maria Gomes</u>	



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL NOME: <u>969643652</u> <u>Adriana de S. Romão</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/07/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<p>OPCIONAL <u>96570 8240</u></p>	
<p>NOME: <u>Marcos Aparecido</u></p>	



Instituto Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <i>991907823</i> <i>gilberto milton de morais</i>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 01/9/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- () EXELENTE
 BOM
() REGULAR
() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- () EXELENTE
 BOM
() REGULAR
() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- () EXELENTE
 BOM
() REGULAR
() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- () EXELENTE
 BOM
() REGULAR
() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- () EXELENTE
 BOM
() REGULAR
() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- () EXELENTE
 BOM
() REGULAR
() RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- () EXELENTE
 BOM
() REGULAR
() RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME:

975179250
Janethran Katringue



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 06/19 /2024. DIURNO NOTURNO

<p>• ENFERMAGEM</p> <p>() EXELENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BOM</p> <p>() REGULAR</p> <p>() RUIM</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>• RECEPÇÃO</p> <p>() EXELENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BOM</p> <p>() REGULAR</p> <p>() RUIM</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>• EQUIPE MÉDICA</p> <p>() EXELENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BOM</p> <p>() REGULAR</p> <p>() RUIM</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>• SERVIÇO SOCIAL</p> <p>() EXELENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BOM</p> <p>() REGULAR</p> <p>() RUIM</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>• INSTALAÇÕES E LIMPEZA</p> <p>() EXELENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BOM</p> <p>() REGULAR</p> <p>() RUIM</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>• ATENDIMENTOS E EXAMES</p> <p>() EXELENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BOM</p> <p>() REGULAR</p> <p>() RUIM</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?</p> <p>() EXELENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BOM</p> <p>() REGULAR</p> <p>() RUIM</p>	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>OPCIONAL <u>99877304</u></p>	
<p>NOME: <u>BRUNA SAUTOS</u></p>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: ____/____/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>97/204897</u>	
NOME: <u>Wagner Romário Eliso de Castro</u>	



Instituto
Eiso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 02/05/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <u>Erice Barboza</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 02/05/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Bluma Dues



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 02/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Rosam Helena



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 02/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Valeria Ribeiro</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 03/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <i>Roberta Oliveira</i></p>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/19/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <i>Marta Aparecida</i>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 03/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Alfina Santos</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 02 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Valeria Ribeiro



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <i>Diana Dutra</i>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 03/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>André S. Gomes</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 03/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: () ()	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Severino de Jesus</u> <u>Rebeca da</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/10/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Fabiana de Oliveira Araujo</u>	<hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <u>Prof. Rodrigues do Espírito</u></p>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

UF
UNIDADE

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Elaine Aparecida S. Moreira</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/10/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="radio"/> EXELENTE <input type="radio"/> BOM <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="radio"/> EXELENTE <input type="radio"/> BOM <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="radio"/> EXELENTE <input type="radio"/> BOM <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="radio"/> EXELENTE <input type="radio"/> BOM <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="radio"/> EXELENTE <input type="radio"/> BOM <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="radio"/> EXELENTE <input type="radio"/> BOM <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="radio"/> EXELENTE <input type="radio"/> BOM <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Juraci Ferreira da Silva</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

UF
UNIDADE

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/07/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>José Augusto</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 05/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL: NOME: <u>Miana Santos</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 05/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <u>Luís Rodrigues</u></p>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 05/9/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: Luna Almeida	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 05/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Luzia Silva</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 05/9 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Marcelo Damiao</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 06/07/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Deffina Pinheiro Torres</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 06 / 07 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL NOME: <u>Romário Reis</u> <u>996198564</u>	_____ _____



Instituto Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 06 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <i>Valberny S. Siqueira</i>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 07/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Maurinho Inermano de Oliveira</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 07/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Camila Paula da Silva</u> <u>Marciana</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 07/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <u>Yolma Pereira de Souza</u></p>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 07/092024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Alessandra Santana</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Kelly Jansillo F. Augusto</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>964424487</u> NOME: <u>Monique de S.C.</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>968343748</u>	
NOME: <u>Alexandra Rodrigues</u> <u>de Oliveira Ferreira</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>967 70 7616</u> NOME: <u>Marcelo Luiz Alves</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL NOME: <u>30-998841277</u> <u>[Handwritten Signature]</u>	_____ _____



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>971 333689</u> NOME: <u>Valmir Jansen V. Pereira</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL NOME: <u>Almeida Beraldo</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/07/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>966195606</u> <u>Patrícia da Gas Ribeiro</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>99 752 6054</u> NOME: <u>EDER M. DUARTE</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>972863920</u> NOME: <u>Melioria M Santos</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>996626260</u> NOME: <u>Adalberto S. Basso</u>	<hr/> <hr/>



Instituto Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 08/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <u>MARIA LUCIA A. SOUZA</u></p>	_____ _____ _____



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Jalmar Pereira</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEM
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09 / 09 / 2024, DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: William Dos



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <i>Antônio Silva Rosa</i>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• RECEPÇÃO	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• EQUIPE MÉDICA	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• SERVIÇO SOCIAL	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• ATENDIMENTOS E EXAMES	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
OPCIONAL	
NOME: <u>Chelita de Sousa Sousa</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <i>Thyana Regina da Costa</i>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <i>Marcelly Paulo</i>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 09/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: Daniela Rodrigues	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 30 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL NOME: <u>Rodrigo Souza</u>	_____ _____



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMOR,
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADE
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 10 / 9 / 2024. DIURNO NOTUR

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Diego Silva</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADE
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 10 09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>Adriano Ramal</u> NOME: _____ _____ _____	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 20/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Juliane Cabral</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADE
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 10 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>elaudio oliveira</u>	
NOME:	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Viviane da Paixão Silva</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 11/9 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Fátima Alcântara</u>	



Instituto Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 15/9/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <u>Alemarcha Silva</u></p>	<hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 11/9/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Marielza Ramalho



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 15/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Marlene de Jesus</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 11/9/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Renato de Jesus</u>	



Instituto Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 11/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Ratiana Santos</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 11/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Raphael Sessa</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 12/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Delfina Pinheiro Torres



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 12/10/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• RECEPÇÃO	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• EQUIPE MÉDICA	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• SERVIÇO SOCIAL	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• ATENDIMENTOS E EXAMES	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
OPCIONAL	
NOME: <u>Joyce de Assis Pereira</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 12/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Sergio Quaresma Pereira</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 12/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Carlos Alberto Braga</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>790129908</u>	
NOME: <u>Esther L.F. Rodrigues</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEM
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Adriana S Lima</u>	



Instituto Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/07/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: 98865284 Adriane de Castro	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>21 9 96 834309</u>	
NOME:	
<u>Oliveria S. Macedo</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>37815208</u>	
NOME: <u>maria Helena dos Fideles</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEM
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13 / 07 / 2024, DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Wanderson F. Martins</u>	<u>BAM 1859577</u>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>965489720</u>	
NOME: <u>Alaine Fernandes dos Reis</u>	



Instituto Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEM SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: Arthur Silva dos Reis	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>969549127</u>	
NOME: <u>Marcos Jorge de Almeida</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/09/2024, DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>766 34 43 24</u> <u>Roberta Bustina Lopes Soares</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 03/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>973508209</u>	
NOME: <u>ROSIMERE DA CONCEIÇÃO</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 14/07 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Adriana Pereira de Souza</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 14/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE (x) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE (x) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE (x) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE (x) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE (x) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE (x) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE (x) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Elise Duménil da Silva</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 14/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Julia Pinheiro Tavares</u>	
<u>Isadora</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 14/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

Nome: Thaiane da Conceicao
Duzano



Instituto Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 19/09/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Alaine Espinosa Luz</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 14/01/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Elida Maria dos Anjos</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMOR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRAD
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 15/09/2024 DIURNO NOTU

• ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• RECEPÇÃO	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• EQUIPE MÉDICA	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• SERVIÇO SOCIAL	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• ATENDIMENTOS E EXAMES	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?	OBSERVAÇÃO:
<input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE	
<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> RUIM	
OPCIONAL	
NOME: <u>Andressa Tomazini</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 17/09/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Delfino Roberto</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 15/09/2024, DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Tula Ribeiro</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 15/09/2024 DIURNO NOTURNO

<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input checked="" type="checkbox"/> RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input checked="" type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input checked="" type="checkbox"/> INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input checked="" type="checkbox"/> ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input checked="" type="checkbox"/> AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Carolina Juliana Lima</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMOR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRAD
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 15/09 /2024. DIURNO NOTU

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Paulo Roberto Sousa</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMOR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRAD
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 13/09/2024. DIURNO NOTU

• ENFERMAGEM

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

EXELENTE

BOM

REGULAR

RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Ana Luiza Pereira



Instituto
Eiso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMOR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRAD
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 15/09 /2024. DIURNO NOTU

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Thays Sacramento</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO
PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APROXIMAR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECER
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <u>Tous de Souza</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRO-
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AG
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26 / 09 / 2024. DIURNO NOCTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME:	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APROXIMAR
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECER
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 16/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Paulo Andrade</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRO-
VALAR A QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AG
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 16 09 /2024. DIURNO NOCTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Marcia Pereira</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRO-
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AG
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 10/09/2024. DIURNO NOCTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <i>Maandra Cunha</i>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 18 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Regiane Maria Vieira</u>	
TEL: <u>99637.8063</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 18/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Flávia Auxiliadora de Souza</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 18 / 01 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: Rosana Ferreira de Souza	
98848.3785	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 19/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Claudia Márcia de Souza</u>	



Instituto Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 19/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <i>marcelo andrade</i>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 19/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <u>Eduardo Machado</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 19 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Deborah Barlosa Melo da Silva</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 20/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE (<input checked="" type="radio"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE (<input checked="" type="radio"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE (<input checked="" type="radio"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE (<input checked="" type="radio"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE (<input checked="" type="radio"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE (<input checked="" type="radio"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE (<input checked="" type="radio"/>) BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL NOME: <u>Emily Lima</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO
PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 20 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <i>Juraci Cassiano Barbosa</i>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 20/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME:

Themi Cassiano Baldreia



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 20/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM (x) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO (x) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA (x) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL (x) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA (x) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES (x) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <i>Marliia Rodrigues da Silva</i></p>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 20/01/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Luciene Vitorino Santos</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 21 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Marina Biancasco</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 21/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Luiz Pachado</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS /
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 21/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Roberto Costa</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 21/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <u>Letícia Santos</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/9 /2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <p>() EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <p>() EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <p>() EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <p>() EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <p>() EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <p>() EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <p>() EXELENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Renato Teixeira</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO
PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <u>Rosendo Souza</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Michelle Costa</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/9/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Adriana Ferreira</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/9/2024 DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Grisele Ramos



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/9/2024 DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Nathalia Toledo



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 23/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL	
NOME: <u>Bruna Alves</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>970038198</u> NOME: <u>Normandia da Rosa Belo</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
 BOM
 REGULAR
 RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: 986 049905
Sudak Romilda B. dos Santos



Instituto
Eiso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Elanete fsc</u>	<hr/> <hr/> <hr/>



Instituto Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>OPCIONAL 3782 2218</p> <p>NOME: Sueli M. Fialha</p>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24 / 07 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

987364671

NOME:

Maurício G. T. de Silva



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO
PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME: Marcos Felipe da Silva

979643559



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 27/07/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• RECEPÇÃO

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• EQUIPE MÉDICA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• SERVIÇO SOCIAL

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• INSTALAÇÕES E LIMPEZA

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• ATENDIMENTOS E EXAMES

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO?

- EXELENTE
- BOM
- REGULAR
- RUIM

OBSERVAÇÃO:

OPCIONAL

NOME:

985150941
Gilberto Diniz de Azevedo



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24 / 05 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>97990 7538</u> NOME: <u>Silvia dos S. Dutra</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24/07/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <p>() EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>976993806</u>	
NOME: <u>Russaly C. dos Santos Pereira</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>969 94 3240</u> NOME: <u>Marcos Vinícius Bledowski</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24/07/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL <u>974823902</u>	
NOME: <u>Rosane de S. de Saia</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 24/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL <u>9 7379 8836</u> NOME: <u>Salvina Teixeira F Cabral</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

UPA 2
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 25 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Ana Paula da Silva de Almeida</u>	
<u>(21) 96921-7199</u>	



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 25/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<p>OPCIONAL</p> <p>NOME: <u>Flávia Matele Santana Rocha</u></p>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

UPA 24
UNIDADE EM PRONTO ATENDIMENTO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 25/09 2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Michele Fontoura da Silva</u>	
<hr/> <hr/>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26/09 /2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL <u>Mayara de Oliveira</u>	
NOME:	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMEN
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMO
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26/09/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Patricia Souza</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Jonas</u> <u>Junior da</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMEN
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEM
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26/09/2024 DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Luiza A. Oliveira</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26/09/2024 DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Valéria dos Reis</u> <u>Diandara</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 26 / 09 / 2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Francisco Oliveira</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 27/07/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO:
• RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO:
• EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO:
• SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO: <u>Pouco tempo de espera</u>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO:
• ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO:
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL NOME: <u>Yuka Maria S. de Oliveira</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 27/10/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>maria Helena Brandão</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 27/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <p>(<input checked="" type="radio"/>) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <p>(<input checked="" type="radio"/>) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <p>(<input checked="" type="radio"/>) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <p>(<input checked="" type="radio"/>) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <p>(<input checked="" type="radio"/>) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <p>(<input checked="" type="radio"/>) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <p>(<input checked="" type="radio"/>) EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM</p>	OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____
OPCIONAL NOME: <u>Elisa Jose Alarinho</u>	_____ _____ _____



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMEN
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMO
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 27/09/2024. DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO:
OPCIONAL	
NOME: <u>Mylany Aparecida de Almeida</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 29/9/2024 DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Roseli Amaral</u>	



Instituto
Eiso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 27/9/2024, DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none">• ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• EQUIPE MÉDICA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Roberto Pontes</u>	



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 29/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • FINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE () BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Josema Barros</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 29/9/2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL	
NOME: <u>Taise Mierenc</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 29/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Renata Castro</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Instituto
Elisa de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 29/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Maria Helena Brandão</u>	



Instituto
Elso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 29/9 /2024. DIURNO NOTURNO

• ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• RECEPÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• EQUIPE MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• SERVIÇO SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• INSTALAÇÕES E LIMPEZA <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• ATENDIMENTOS E EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
• AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> EXELENTE <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>Leiana Bonbosa</u>	



Instituto
Eliso de Castro

UPA 24H - ITAGUAÍ

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PREZADO (a),

A PRESENTE PESQUISA TEM POR OBJETIVO O APRIMORAMENTO DA
QUALIDADE DE NOSSOS SERVIÇOS, DESDE JÁ AGRADECEMOS A
SUA PARTICIPAÇÃO!

DATA: 29/9/2024 DIURNO NOTURNO

<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMAGEM () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • RECEPÇÃO () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • EQUIPE MÉDICA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO SOCIAL () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • INSTALAÇÕES E LIMPEZA () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • ATENDIMENTOS E EXAMES () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> • AFINAL O QUE VOCÊ ACHOU DO NOSSO ATENDIMENTO? () EXELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () RUIM 	OBSERVAÇÃO: <hr/> <hr/> <hr/>
OPCIONAL NOME: <u>JOÃO ALVES</u>	

Data: 01/10/2024			Horário: 09:30		
Tipo de Reunião	<input type="checkbox"/> Setorial	<input type="checkbox"/> Grupo de Melhoria	<input checked="" type="checkbox"/> Comissão	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Diretoria
Entrada	<input type="checkbox"/> Indicador	<input checked="" type="checkbox"/> Planejamento	<input type="checkbox"/> Melhoria	<input type="checkbox"/> RNC	<input type="checkbox"/> Outros

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):

O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

PARTICIPANTES

NOME	CARGO	ASSINATURAS
Diego da Silva Seferin	Coordenador de Enfermagem	Diego da Silva Seferin Coordenador de Enfermagem UPA - Itaguaí COREN 308.061
Roque Anderson Lopes	Diretor médico	Diretor Médico CRM 520114768-4 UPA Itaguaí
Flávia Christina Entringer e Souza Pereira	Enfermeira Rotina	Flávia Christina Entringer e Souza COREN RJ 330.037 ENF

RESUMO DE REUNIÃO

- Treinamento para a equipe de enfermagem quanto **ABORDAGEM AO PACIENTE PSQUIÁTRICO**
- Realizado ação com a equipe Multidisciplinar referente ao mês de **SETEMBRO AMARELO**, referente a abordagem sobre a **PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**.
- Início a reunião junto à coordenação administrativa e direção médica, relatando quanto ao treinamento para a equipe multidisciplinar quanto a **ABORDAGEM AO PACIENTE PSQUIÁTRICO**.

NOVAS PENDÊNCIAS

O Que	Quem	Quando
• Treinamento de ABRODAGEM AO PACIENTE PSQUIÁTRICO .	Educação permanente	13/09/2024-20/09/2024 27/09/2024-28/09/2024

RELATOR: Diego da Silva Seferin

Originou Plano de Ação: Não Sim

Nº Do Plano de Ação:

Data: 01/10/2024			Horário: 09:45		
Tipo de Reunião	<input type="checkbox"/> Setorial	<input type="checkbox"/> Grupo de Melhoria	<input checked="" type="checkbox"/> Comissão	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Diretoria
Entrada	<input type="checkbox"/> Indicador	<input checked="" type="checkbox"/> Planejamento	<input type="checkbox"/> Melhoria	<input type="checkbox"/> RNC	<input type="checkbox"/> Outros

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):

O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

PARTICIPANTES

NOME	CARGO	ASSINATURAS
Diego da Silva Seferin	Coordenador de Enfermagem	 Diego da Silva Seferin Coordenador de Enfermagem UPA Itaguai
Roque Anderson	Diretor Médico	 Diretor Médico UPA Itaguai
Flavia Christina Entringer	Enfermeira Rotina	 Flavia Christina Entringer e Souza COREN-RJ 330.037 ENF

PAUTA

- Elaboração do planejamento das atividades.
- Apresentação do tema: ABORDAGEM AOS PACIENTES PSQUIÁTRICOS

RESUMO DE REUNIÃO

- Início a reunião pontuando os novos treinamentos de acordo com o cronograma;
- Realizado no mês SETEMBRO treinamento para a equipe de enfermagem a orientação da equipe quanto **ABORDAGEM AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**.
 - Solicitado novos treinamentos para a equipe multidisciplinar.
 - Sem mais encerro a união.

NOVAS PENDÊNCIAS

RELATOR: Diego da Silva Seferin

Originou Plano de Ação: Não Sim

Nº Do Plano de Ação:

Data: 01/10/2024		Horário: 09:30			
Tipo de Reunião	<input type="checkbox"/> Setorial	<input type="checkbox"/> Grupo de Melhoria	<input checked="" type="checkbox"/> Comissão	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Diretoria
Entrada	<input type="checkbox"/> Indicador	<input checked="" type="checkbox"/> Planejamento	<input type="checkbox"/> Melhoria	<input type="checkbox"/> RNC	<input type="checkbox"/> Outros

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):

O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

PARTICIPANTES

NOME	CARGO	ASSINATURAS
Roque Anderson Lopes	Diretor médico	Diretor Médico CRM 52011/4768-4 UPA Itaguaí
Joice da Costa Silva	Coordenadora Administrativa	Joice da Costa e Silva Coordenadora Administrativa UPA Itaguaí CRA RJ-96829
Diego da Silva Seferin	Coordenador de Enfermagem	Diego da Silva Seferin Coordenador de Enfermagem UPA Itaguaí COREN 308.061
Flávia Christina Entringer e Souza Pereira	Enfermeira Rotina	Flávia Christina Entringer e Souza COREN RJ 330.037

Graziele da Costa Silva

Enfermeira CCIH

*Graziele da C. Silva
Coord. RJ
335 417 ENT*

RESUMO DE REUNIÃO

Reunião para tratar do preenchimento de SINAN MPOX E A COLETA DE SWAB e orientação da equipe quanto a problemática das ausências de notificação.

Capacitação para os enfermeiros e técnicos de forma coletiva e individual, quanto à forma correta de preenchimento do SINAN em prol de eliminarmos as falhas no processo.

NOVAS PENDÊNCIAS

O Que	Quem	Quando
PREENCHIMENTO DO SINAN DE MPOX E COLETA DE SWAB	Educação permanente	10/09/2024- 11/09/2024 16/09/2024- 17/09/2024

RELATOR: Diego da Silva Seferin

Originou Plano de Ação: Não Sim

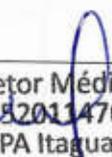
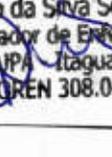
Nº Do Plano de Ação:

Data: 01/10/2024		Horário: 09:30			
Tipo de Reunião	<input type="checkbox"/> Setorial	<input type="checkbox"/> Grupo de Melhoria	<input checked="" type="checkbox"/> Comissão	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Diretoria
Entrada	<input type="checkbox"/> Indicador	<input checked="" type="checkbox"/> Planejamento	<input type="checkbox"/> Melhoria	<input type="checkbox"/> RNC	<input type="checkbox"/> Outros

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):

O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

PARTICIPANTES

NOME	CARGO	ASSINATURAS
Roque Anderson Lopes	Diretor médico	 Diretor Médico CRM 520114768-4 UPA Itaguaí
Joice da Costa Silva	Coordenadora Administrativa	 Joice da Costa e Silva Coordenadora Administrativa UPA Itaguaí CRA 20-96829
Diego da Silva Seferin	Coordenador de Enfermagem	 Diego da Silva Seferin Coordenador de Enfermagem UPA Itaguaí COREN 308.061



Flávia Christina Entringer e Souza Pereira

Enfermeira Rotina

Flávia Christina
Entringer e Souza
CORECER 330.037 FM

RESUMO DE REUNIÃO

- Orientação da equipe quanto a **ABORDAGEM AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**.
- Início a reunião junto à coordenação administrativa e direção médica, **ABORDAGEM AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**, relatando quanto ao treinamento oferecido na unidade para a equipe de enfermagem quanto a necessidade de realizar outros treinamos com a equipe multidisciplinar nos próximos meses.

NOVAS PENDÊNCIAS

O Que	Quem	Quando
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação da equipe quanto ABORDAGEM AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS 	Educação permanente	13/09/2024- 20/09/2024 27/09/2024- 28/09/2024
RELATOR: Diego da Silva Seferin		
Originou Plano de Ação: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Nº Do Plano de Ação:

Data: 01/10/2024			Horário: 09:45		
Tipo de Reunião	<input type="checkbox"/> Setorial	<input type="checkbox"/> Grupo de Melhoria	<input checked="" type="checkbox"/> Comissão	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Diretoria
Entrada	<input type="checkbox"/> Indicador	<input checked="" type="checkbox"/> Planejamento	<input type="checkbox"/> Melhoria	<input type="checkbox"/> RNC	<input type="checkbox"/> Outros

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):

O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

PARTICIPANTES

NOME	CARGO	ASSINATURAS
Diego da Silva Seferin	Coordenador de Enfermagem	Diego da Silva Seferin Coordenador de Enfermagem UPA - Itaguaí COREN 308.061
Roque Anderson	Diretor Médico	Diretor Médico CRM 520114768-4 UPA Itaguaí
Flavia Christina Entringer	Enfermeira Rotina	Flavia Christina Entringer e Sor COREN 320.07
Joice da Costa e Silva	Coordenadora Administrativa	Joice da Costa e Silva Coordenadora Administrativa

PAUTA

- ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DO MÊS ANTERIOR.
- CLASSIFICAÇÃO QUANTO A ALTA, TRANSFÊNCIA E ÓBITO DOS PRONTUÁRIOS ANALISADOS.
- ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA PAUTA DO PRÓXIMO MÊS DE EXECUÇÃO.

RESUMO DE REUNIÃO

- Começo essa reunião orientando a comissão quanto ao sigilo ético das informações dos prontuários dos pacientes.
- No mês de SETEMBRO foi analisado o total de 02 formulários foram analisados com diagnóstico de DIAGNÓSTICOS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO internados nesta unidade.
- MAURELI GONÇALVES TEIXEIRA DA SILVA
- JOSE CESÁRIO ALVES
- Referente aos formulários analisados, 00 receberam alta, 02 foram transferidos, 00 evoluíram para óbito;
- Sem mais encerro a reunião.

NOVAS PENDÊNCIAS

RELATOR: Diego da Silva Seferin

Originou Plano de Ação: Não Sim

Nº Do Plano de Ação:

Data: 01/10/2024		Horário: 09:30			
Tipo de Reunião	<input type="checkbox"/> Setorial	<input type="checkbox"/> Grupo de Melhoria	<input checked="" type="checkbox"/> Comissão	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Diretoria
Entrada	<input type="checkbox"/> Indicador	<input checked="" type="checkbox"/> Planejamento	<input type="checkbox"/> Melhoria	<input type="checkbox"/> RNC	<input type="checkbox"/> Outros

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):

O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

PARTICIPANTES

NOME	CARGO	ASSINATURAS
Roque Anderson Guimarães	Coordenador Médico	Diretor Médico CRM 520114768-4 UPA Itaguaí
Diego da Silva Seferin	Coordenador de Enfermagem	Diego da Silva Seferin Coordenador de Enfermagem UPA - Itaguaí
Flávia Christina Entringer e Souza Pereira	Enfermeiro Rotina	COREN 308.061 Flávia Christina Entringer e Souza COREN 1330.037 ENF
Carlos Roberto Martins	Técnico de Enfermagem	Carlos Roberto Martins Téc Silva COREN 554.543 RN

PAUTA

- TOTALIZAÇÃO DE ÓBITOS NO MÊS
- ANÁLISE DE ÓBITOS COM TEMPO SUPERIOR E INFERIOR A 24HRS
- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS ÓBITOS
- ÓBITOS ANALISADOS

RESUMO DE REUNIÃO

No mês de SETEMBRO foram analisados o total de 08 óbitos;

1. ADJANIR DA SILVA PEREIRA
2. NICANOR DE FRIETAS MOREIRA
3. FRANCISCO DE ASSIS SILVA DO NASCIMENTO
4. SILVINO ALCANTARA DA SILVA
5. TEREZINHA SOARES SILVA
6. FRANCISCO ANDRADE DE SOUZA
7. OSVALDO SODRE PINTO
8. CONCENIR MOURA

- Do total de óbitos analisados 04 ocorreram no tempo superior à 24h de permanência e 04 ocorreram no tempo inferior a 24h de permanência.
- Dos óbitos analisados 05 receberam classificação de risco vermelho, 00 recebeu classificação de risco laranja, 02 receberam classificação amarelo, 01 receberam classificação de risco verde, 00 receberam classificação de risco azul e 00 não recebeu classificação de risco;
- Do total de óbitos analisados, 08 receberam declaração de óbito e 00 recebeu guia de encaminhamento ao IML;
- Referente aos óbitos analisados no mês 00 possuem relato de causa mortis violenta;
- 08 tiveram destino do corpo a família e 00 teve destino do corpo a defesa civil;

NOVAS PENDÊNCIAS

O Que	Quem	Quando

RELATOR:

Originou Plano de Ação: Não Sim

Nº Do Plano de Ação:

RELATÓRIO DE GESTÃO DE ATIVIDADES 2024

MÊS SETEMBRO

Relatório de gestão dos serviços de assessoria pela empresa CLJ – relações públicas e privadas

CONTRATANTE: INSTITUTO ELISA DE CASTRO
UNIDADE GERENCIADA: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ITAGUAÍ
CNES DA UNIDADE GERENCIADA: 6629385
ENDEREÇO: RODOVIA PREFEITO ABEILARD GOULART DE SOUZA, 1498 -
JARDIM AMERICA, ITAGUAÍ - RJ, 23810-305

SUMÁRIO SETEMBRO DE 2024

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	4
3. RELATÓRIO DE ATIVIDADES.....	5
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	8
5. APÊNDICES.....	10

1. INTRODUÇÃO

A CLJ EMPRESARIAL - Relações Públicas e Privadas atua colaborando para que as instituições sejam capazes de atingir sua maturidade de gestão. Essa colaboração se dá através de atividades de apoio operacional e administrativo com a atuação de profissionais com larga experiência em suas áreas de expertise. As ações empreendidas são voltadas para contribuir para o cumprimento de metas e assegurar a melhoria contínua de resultados. Esse movimento se dá de forma progressiva, a partir da integração entre os atores e elementos que direta ou indiretamente estão envolvidos nas diversas atividades e níveis da organização, desde os processos operacionais até o nível decisório gerencial, na busca pelo maior controle do uso dos recursos materiais, humanos e financeiros e na redução de desperdícios a partir da otimização dos processos implantados.

A CLJ EMPRESARIAL conta com a mais completa linha de serviços focados em aumentar a eficiência da operação e os resultados em conjunto com maturidade de gestão alcançada a partir de processos de qualidade com excelência.

O objetivo deste relatório é apresentar o detalhamento das atividades realizadas na competência supracitada através de apoio operacional e administrativo das unidades de saúde geridas pelo Instituto Elisa de Castro, colaborando com a identificação de dificuldades e oportunidades e apresentando alternativas que possibilitem alavancar o desenvolvimento organizacional. Os serviços a serem prestados incluem a alocação de profissionais e a execução de atividades operacionais e administrativas, nos vários níveis da estrutura organizacional, direcionadas a obtenção de melhores resultados.

Nesse sentido, todas as ações da equipe e dos profissionais da CLJ serão priorizadas em conjunto com a Direção do Instituto Elisa de Castro e seu corpo gerencial, a fim de definir um cronograma de implantação dos serviços que atendam as especificidades das demandas da instituição e das unidades sob sua gestão. Estas envolvem ações de diagnóstico e apoio a tomada de decisões, além da disponibilização dos quantitativos profissionais necessários para assegurar a continuidade dos projetos.

Instituições que apostam em uma gestão estratégica, com áreas integradas e treinadas a usar de forma inteligente as soluções de gestão e tecnológicas, conseguem mais facilmente atingir seus objetivos e reduzem a ocorrência de problemas, facilitando o alcance de elementos essenciais ao sucesso: qualidade de atendimento ao seu público alvo, segurança com a aplicação de boas práticas, eficiência dos processos e sólidos resultados financeiros.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante o mês de Setembro os assessores técnicos da empresa CLJ Empresarial - Relações Públicas e Privadas- estiveram presentes na UPA Itaguaí que está localizada na cidade de Itaguaí, na Rodovia Prefeito Abeilard Goulart de Souza, 1498 - Jardim América, Itaguaí - RJ, 23810-305 os assessores estiveram a fim de observar os fluxos assistenciais, esclarecimento de dúvidas administrativas, criações de protocolos assistenciais com objetivo elevar a qualidade assistencial prestada a população e capacitação em educação permanente.



3. RELATÓRIO DE ATIVIDADES

EDUCAÇÃO PERMANENTE:

A educação permanente é uma proposta político-pedagógica que favorece, aos trabalhadores, um processo de ensino aprendizagem dentro do seu cotidiano.

LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTOS – LNT

O Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) é o processo de identificar dificuldades, lacunas e oportunidades de crescimento do time. As necessidades deste levantamento são, basicamente, a diferença entre aquilo que o colaborador deveria saber fazer e o que realmente faz no dia a dia. Refere-se a carências de conhecimento ou habilidades no desempenho atual. Com o LNT é possível identificar essas brechas e traçar planos para melhorar desempenho dos seus colaboradores na sua organização.

No mês de junho a equipe da CLJ recebeu do Instituto Elisa de Castro o a temática de capacitação para ser aplicado a equipe da Upa de Itaguaí.

LISTA DE PRESENÇA NOS TREINAMENTOS

A cada treinamento realizado junto à equipe, o preceptor da educação permanente irá passar uma Lista de Presença como evidência de que aquele treinamento aconteceu e que os colaboradores listados participaram ao final de cada capacitação.

CLJ EMPRESARIAL		NOME DA UNIDADE	
		LISTA DE PRESENÇA DA CAPACITAÇÃO	
		1	
DATA:	HORA:	LOCAL:	
TEMA:			
RESPONSÁVEL:			
NR	NOME	ASSINATURA	SETOR
01			
02			
03			
04			
05			

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS


FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS
RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: _____
 Data do curso: _____
 Responsável pelo treinamento: Berkeley Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Pésimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

	1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					
b) Didática utilizada					
c) Facilidade e objetividade na comunicação					
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					

3. Infra-Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					
b) Material de apoio					

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO-AVALIA E O GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					
b) Sua relação com os outros participantes					
c) Considero a minha participação					
d) Sua relação com os instrutores					

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

A cada treinamento realizado a enfermeira da educação permanente irá passar uma ficha de avaliação de treinamentos de recursos humanos o qual os colaboradores irão preencher a avaliação da capacitação recebida.

CAPACITAÇÕES REALIZADAS

No mês de junho, foram realizadas palestras de capacitação para a equipe de enfermagem e equipe médica, na UPA de Pronto Atendimento de ITAGUAÍ.

A listagem de frequência da capacitação, e avaliação do palestrante segue em anexo.

Data das capacitações:

- 13/09/2024;
- 14/09/2024;
- 27/09/2024;
- 28/09/2024.

Temática:

A equipe de enfermagem foi capacitada em Emergência Psiquiátrica.

Neste episódio, podemos navegar mais a fundo sobre a importância da abordagem ao paciente em estado emergencial psiquiátrico.

Pontos fortes do evento:

- Aderência da equipe com a temática em questão.
- Resgate de dúvidas que surgiram durante o evento

Objetivos:

Ao final do evento os colaboradores foram sensibilizados sobre o trabalho de equipe frente a situação de paciente potencialmente agressivo, uso de medicamentos em emergências psiquiátrica e protocolo de contenção mecânica
Ao final do evento de forma oportuna os colaboradores foram sensibilizados sobre a importância do setembro amarelo e os riscos de suicídio.

Público-alvo: Recepção, Acolhimento, Controladores de acesso, Classificação de Risco, Consultório Médico, Sala de medicação, Sala Amarela Adulta, Sala Amarela Pediátrica, Sala Vermelha, Isolamento, Farmácia e Almojarifado. (Equipe médica, equipe multidisciplinar e equipe administrativa).

Conteúdo Programático:

Protocolo Operacional Padrão – Instituto Elisa de Castro.

➤ Fotos da capacitação:



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos que as atividades e processos de trabalho são contínuas e não se concluem mensalmente.

Este relatório especifica as atividades realizadas na competência de maio, porém, é parte de um processo de trabalho que objetiva assessorar a gestão com foco em excelência.

4. APÊNDICES:

CAPACITAÇÃO EM

13/09/2024

DATA: 13/09/2024 HORA: 9:0 LOCAL: UPA Itaguai
 TEMA: Emergências Psiquiátricas
 RESPONSÁVEL: Ep. Luis Tomando de S. Oliveira

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	Anne Pinelle dos Santos		SAA
02	Cláudia Braga		Enfermeira
03	Suelim C. Pereira		SU
04	Luciene Pires Pereira		Indicação
05	Julia Cesar M. da Silva		Magistério
06	Carla Carmo Lourenço		Diagnostico
07	ALESSANDRO MONTEIRO		SAP
08	Thaís P. Rom		Red
09	Gluciana Braga		Suelim Pereira
10	Suelim de Almeida Lima		ky 5.00
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DATA: 13.09.24 HORA: 9:30 LOCAL: sala 302
 TEMA: emergência de Isiquitripes
 RESPONSÁVEL: CP Luis Ferrnamb do silve oliveira

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	WILLIAM CASIO Matos		Recursos
02	Juliana Naveira		odont
03	Adriana maria P. J. Cabral		odont
04	Sirlei G. Bernardino - Ribeiro		Medicacão
05	Renata Torres		S.A.A.
06	DAFACI MARKA		ATA
07	Roberta S. Dora		U Farmácia
08	Zenilton Rodrigues J. Silva		Medicacão
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DATA: 13/09/24

HORA: 9:00

LOCAL: UPA St. Agostinho

TEMA: Emergência Psiquiátrica

RESPONSÁVEL: CP. Luiz Fernando da Silva Oliveira

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	Ligiana da S. Gigante	[Assinatura]	Med
02	Leandro Mathews	[Assinatura]	C. Acesso
03	Bruna de Faria Monteiro	[Assinatura]	CR
04	Janete de S. Costa	[Assinatura]	S. Vermelha
05	Sara S. Cassi Almeida	[Assinatura]	CR
06	Michael Douglas	[Assinatura]	Acol. mental
07	Wenderson Rodrigues	[Assinatura]	NV
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DATA: 17.09.26

HORA: 9:00

LOCAL: ULD Stoguci

TEMA: Emergência Psiquiátrica

RESPONSÁVEL: Dr. Luis Fernando da Silva Oliveira

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	[Assinatura]	[Assinatura]	FARMÁCIA
02	MARCO VENACIONER	CONTROLEADOR	
03	Wilfredo Tadeu	[Assinatura]	Enfermeiros
04	[Assinatura]	[Assinatura]	MAQUINARIA
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGENCIA Psiquiatrica

Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: Luís Fernando () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	<input checked="" type="checkbox"/> 5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
a) Conhecimentos do assunto tratado					
b) Didática utilizada					
c) Facilidade e objetividade na comunicação					
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
a) Adequação do ambiente					
b) Material de apoio					

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					
b) Sua relação com os outros participantes					
c) Considero a minha participação					
d) Sua relação com os Instrutores					

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergências e Psiquiatria

 Data do curso: 13/09/20

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

Naó

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: 2) Serviços de Qualidade

 Data do curso: 23/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Psiquiátricas

Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>Acolher</u>	
<u>Escuta ativa</u>	
<u>Empatia</u>	

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica.

Data do curso: 13/09/2024

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente <input checked="" type="checkbox"/>
-------------	----------	-------------	---------	---

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
5	

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					~
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					~
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 13/09

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
		X		

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGÊNCIA PSICOLÓGICA

Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Psiquiátricas

Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
—	—

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

—

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Psiquiatria

 Data do curso: 12/07/24

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS
RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

 Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
	<u>Tempo do curso</u>

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Pequenos Casos

 Data do curso: 13/09/2024

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
A Explicações	Não teve

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
		X		

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Psiquiátricas

Data do curso: 30/09/25

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

 Data do curso: 13/09/24

 Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				+	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>Aprendizado</u>	

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergências pragueiras

 Data do curso: 13/09/24

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento:

) Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Didática utilizada					<input checked="" type="checkbox"/>
c) Facilidade e objetividade na comunicação					<input checked="" type="checkbox"/>
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					<input checked="" type="checkbox"/>

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Material de apoio					

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Sua relação com os outros participantes					<input checked="" type="checkbox"/>
c) Considero a minha participação					<input checked="" type="checkbox"/>
d) Sua relação com os Instrutores					<input checked="" type="checkbox"/>

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Seu tempo Amarelo

 Data do curso: 13/09/24

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Selinho Amendo

 Data do curso: 23/09/24

 Responsável pelo treinamento: _____ (Educação permanente)

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
		X		

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley

 (Ambiente Hospitalar)

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS
RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGENCIA PERSONALIZADA

Data do curso: 13/09/2024

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley

Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes			X		
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>TEMOS ABORDADOS</u>	

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

NADA NO MOMENTO.

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: EMPREENDEDORISMO PSICOLÓGICO

 Data do curso: 13/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Pêssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS
RECURSOS HUMANOS**

Tema do curso: *Empresas Pequenas*

Data do curso: *11/04/2011*

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Pésimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------------	-----------------	--------------------	----------------	----------------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

a) Conhecimentos do assunto tratado	1	2	3	4	5
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra-Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley

(X) Ambiente Hospitalar

a) Adequação do ambiente	1	2	3	4	5
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados	1	2	3	4	5
b) Sua relação com os outros participantes			X		
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

--

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

 Data do curso: 12/09/2022

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados			X		X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

APÊNDICES:

**CAPACITAÇÃO EM
14/09/2024**

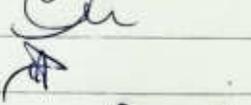
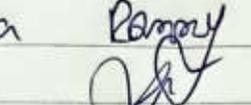
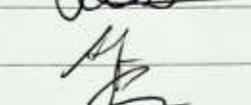
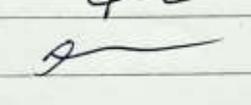
DATA: 16/09/24

HORA: 9:00

LOCAL: ULD Itagraci

TEMA: Emergências Deiquetr. as

RESPONSÁVEL: E. P. Luis Fernando

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	Felipe Araújo da Silva		SAA
02	Luciana Furtado		S.M
03	Marta dos Santos		B.V.
04	Maria Gabriela Lima		S.M
05	Silvania Aparecida Seely		S.V.
06	Rammy Brodentine Oliveira		S.V
07	M. Angelica Resour		CK
08	Nathalia Brumialdi		SM
09	Olinda Juvenal		S.A.A
10	Alina Feliciano de A. Pinto		Med
11	Rafael C. de Oliveira		Med
12	Lucas Robert dos S. Lopes		GA.
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

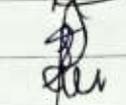
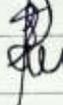
DATA: 11/09/24

HORA: 9:00

LOCAL: UBS Itaguai

TEMA: Exercícios 3º quadr. 2023

RESPONSÁVEL:

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	Simone Gadelmi Fernandes		Gerenciamento
02	Jaqueline T. da Silva	Jaqueline	ASG
03	Shainá Silva dos Santos	Shainá	Registro
04	Marynara Oliveira de Souza		Classificação
05	Daniel Gaspar dos Nascimento	Daniel	Condutor adm
06	Israel dos Santos Fimino		ADM
07	Rafael Wanderley R. dos Santos		Atendimento
08	Jonathan Santos Souza		Atendimento
09	Sergio Faria Almeida		Atendimento
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Investigativa

Data do curso: 14/09/24

Responsável pelo treinamento: Dani Ferreira) Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	--------------------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
	X			

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley

(X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Comunicação Organizacional

Data do curso: 14/09/24

Responsável pelo treinamento: José Maria B. () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>fala bem. (dicas úteis)</u>	
<u>trabalhar em grupo</u>	

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 14/09/2024

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Psiquiatria

 Data do curso: 19/08/24

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Pêssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

 Data do curso: 14/06/2024

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: _____

Data do curso: 11/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 14/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada			X		
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente			X		
b) Material de apoio			X		

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 14/09/24

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>tema</u>	

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Programação

 Data do curso: 14/09/23

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
✓			✓	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				✓	
b) Didática utilizada				✓	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				✓	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				✓	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				✓	
b) Material de apoio				✓	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				✓	
b) Sua relação com os outros participantes				✓	
c) Considero a minha participação				✓	
d) Sua relação com os Instrutores				✓	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

Otimizar

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS
RECURSOS HUMANOS**

Tema do curso: EMERGENCIA Psiquiatrica

Data do curso: 14/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				✓	
b) Didática utilizada				✓	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				✓	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				✓	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				✓	
b) Material de apoio				✓	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				✓	
b) Sua relação com os outros participantes				✓	
c) Considero a minha participação				✓	
d) Sua relação com os Instrutores				✓	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 34/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				<input checked="" type="checkbox"/>

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Didática utilizada					<input checked="" type="checkbox"/>
c) Facilidade e objetividade na comunicação					<input checked="" type="checkbox"/>
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					<input checked="" type="checkbox"/>

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					
b) Material de apoio					

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Sua relação com os outros participantes					<input checked="" type="checkbox"/>
c) Considero a minha participação					<input checked="" type="checkbox"/>
d) Sua relação com os Instrutores					<input checked="" type="checkbox"/>

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Psiquiátricas

Data do curso: 14/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Comunicação Organizacional

Data do curso: 11/09/2024

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Pêssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente			X		
b) Material de apoio			X		

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>Interesse do grupo</u>	

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Psiquiatria

 Data do curso: 31.09.2024

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergentes Pesquisas

Data do curso: 14 de setembro 20

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					
b) Didática utilizada					
c) Facilidade e objetividade na comunicação					
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					
b) Material de apoio					

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					
b) Sua relação com os outros participantes					
c) Considero a minha participação					
d) Sua relação com os Instrutores					

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Biquicébras

Data do curso: 24/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emprego e Produtividade

Data do curso: 14/09/2007

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
		X		

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Comunicação Organizacional

 Data do curso: 14/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	--------------------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Ergonomia Ambiental

Data do curso: 14/09/2014

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emprego Hospitalar

 Data do curso: 24/01/2024

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom <input checked="" type="checkbox"/>	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			<input checked="" type="checkbox"/>	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Didática utilizada					<input checked="" type="checkbox"/>
c) Facilidade e objetividade na comunicação					<input checked="" type="checkbox"/>
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					<input checked="" type="checkbox"/>

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: () Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Material de apoio				<input checked="" type="checkbox"/>	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					<input checked="" type="checkbox"/>
b) Sua relação com os outros participantes					<input checked="" type="checkbox"/>
c) Considero a minha participação					<input checked="" type="checkbox"/>
d) Sua relação com os Instrutores					<input checked="" type="checkbox"/>

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGENCIA PSI QUIATRA

Data do curso: 14/07/2024

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				✓

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					✓
b) Didática utilizada					✓
c) Facilidade e objetividade na comunicação					✓
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					✓

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					✓
b) Material de apoio					✓

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					✓
b) Sua relação com os outros participantes					✓
c) Considero a minha participação					✓
d) Sua relação com os Instrutores					✓

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

APÊNDICES:

CAPACITAÇÃO EM

27/09/2024

DATA: 27/09/2024 HORA: LOCAL:
 TEMA: Emergências Psiquiátricas
 RESPONSÁVEL: E.P. Luis Fernando da Silva Oliveira

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	Delly Yumi Toyama	[Assinatura]	Hipodermico
02	Renato do N. de Oliveira	[Assinatura]	SAA / Farmácia
03	[Assinatura]	[Assinatura]	
04	Cláudia de Fátima Costa	ASG	
05	Ronaldo Augusto	R.N.:	Raios-X
06	Margali G. Francisco	[Assinatura]	Serviço Social
07	[Assinatura]	Acabamento	Acabamento
08	Colinete de Souza	Colinete de Souza	Registro
09	Sauo S. Cavie, Almeida	[Assinatura]	CR.
10	Estimete C. P. Mendes	[Assinatura]	ASB Odonto
11	Douglas Le Sacramento Junior	[Assinatura]	Odonto.
12	[Assinatura]	[Assinatura]	S. Vermelha
13	[Assinatura]	[Assinatura]	G. Vermelha
14	[Assinatura]	[Assinatura]	S. H. pedicúria
15	Feliciano D. P. Poelico	[Assinatura]	SAA. tec. ex
16	William Cassio Matos	[Assinatura]	REGISTRO
17	MELAS FIDELIS MARTIN	[Assinatura]	tec. enf:
18	[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]
19			
20			

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergências Siquiátricas

 Data do curso: 27/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Perquiratórias

Data do curso: 27/09/24

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

←

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Enfermagem psiquiátrica

 Data do curso: 24/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Efengoras Siquiotricas

 Data do curso: 21/09/2024

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					
c) Facilidade e objetividade na comunicação					
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					
c) Considero a minha participação					
d) Sua relação com os Instrutores					

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

Data do curso: 27/09/24

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado	2				
b) Didática utilizada					2
c) Facilidade e objetividade na comunicação					2
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					2

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente		2			
b) Material de apoio					2

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					2
b) Sua relação com os outros participantes					2
c) Considero a minha participação					2
d) Sua relação com os Instrutores					2

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Engenharia Pesquisa e Inovação

Data do curso: 27/07/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
		X		

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>Bom conteúdo</u>	<u>-</u>
<u>Bom apoio de vocês (slides)</u>	<u>-</u>
	<u>-</u>

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Data do curso: 27/09/2024

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
		X		

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Gerenciamento Psiquiátrico

Data do curso: 27/9/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				//	
b) Didática utilizada				//	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				//	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					//

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				//	
b) Material de apoio					//

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				//	
b) Sua relação com os outros participantes				//	//
c) Considero a minha participação				//	
d) Sua relação com os Instrutores				//	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Intervenções Psiquiátricas

Data do curso: 21/09/2019

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	--------

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					
b) Didática utilizada					
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley

(X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					
b) Sua relação com os outros participantes					
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

 Data do curso: 27/09/24

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					2
b) Didática utilizada					2
c) Facilidade e objetividade na comunicação					3
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					2

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente			2		
b) Material de apoio			2		

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					2
b) Sua relação com os outros participantes					2
c) Considero a minha participação					2
d) Sua relação com os Instrutores					2

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso:

Emergência Resposta

Data do curso:

2ª 09/21

Responsável pelo treinamento:

 Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

 Data do curso: 27/9/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley (X) Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente			X		
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados			X		
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: eficiência no trabalho

 Data do curso: 24/09/14

 Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<u>CONHECIMENTO DO INSTRUTOR</u>	<u>AMBIENTE APERTO</u>

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

ESTAR MELHOR PARA APRENDER

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Gerenciamento de Projetos

 Data do curso: 27/07/16

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Imagem e Postura

 Data do curso: 21/05/24

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emprego e Esqueleto

 Data do curso: 21/09/14

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			2	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				2	
b) Didática utilizada				2	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				2	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					2

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Atividades (SIO-DT-100)

 Data do curso: 27/09/2016

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Atendimento ao Cliente (S.O.D.A.N.O.S)

 Data do curso: 27/09/2014

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Assimétricas

Data do curso: 27/09/2016

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

APÊNDICES:

CAPACITAÇÃO EM
28/09/2024



NOME DA UNIDADE
LISTA DE PRESENÇA DA CAPACITAÇÃO

DATA: 28/01/24 HORA: 09 LOCAL: UPA Itagua
TEMA: Doenças Psiquiátricas
RESPONSÁVEL: Luiz Fernando

Nº	NOME	ASSINATURA	SETOR
01	Lucio matos		SV
02	Queen Cabral		GD
03	Juliana Almeida		CE
04	Mari Xaria		AC
05	Rosângelo Santana		Med
06	Mauro Gomes		Med
07	Andréia Cavalcante		Medicinas
08	MARIA GABRIELA (AVO)		MD.
09	Luciene Silva Pfen		SV
10	Cláudia Regina		SM
11	Francine Justine		SA
12	Danielo Mello		GD
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Emergência Psiquiátrica

 Data do curso: 28/09/14

 Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

 Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Desiquilibradas

Data do curso: 28/05/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			2	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGENCIAS PSICOLÓGICAS

Data do curso: 27/05/2014

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGÊNCIA Psiquiátrica

Data do curso: 27/09/2016

Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Elucidações Psiquiátricas

Data do curso: 27/09/14

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: Imersão em S.G. Operacionais

 Data do curso: 27/09/2014

 Responsável pelo treinamento: () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Pêssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS
RECURSOS HUMANOS**

Tema do curso: Eficiência Organizacional

Data do curso: 21/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio				X	

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Emergências Psiquiátricas

Data do curso: 21/09/24

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação				X	
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes				X	
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores				X	

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: Empresários Psíquicos

Data do curso: 27/09/2014

Responsável pelo treinamento: Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Pêssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGÊNCIAS PSICOLÓGICAS

Data do curso: 23/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
			X	

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado					X
b) Didática utilizada					X
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados				X	

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação				X	
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

 Tema do curso: EMERGÊNCIA DO PSICÓLOGO

 Data do curso: 27/09/24

Responsável pelo treinamento: _____ () Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 – Péssimo	2 – Ruim	3 – Regular	4 – Bom	5 – Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: () Berkeley () Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente					X
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados					X
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS RECURSOS HUMANOS

Tema do curso: EMERGENCIAS PSICOLÓGICAS

Data do curso: 27/09/24

Responsável pelo treinamento: (Q) Educação permanente

Marque com um "X" ao lado de cada item descrito, sob o número que mais se aproxima de seu julgamento, de acordo com a seguinte legenda:

1 - Péssimo	2 - Ruim	3 - Regular	4 - Bom	5 - Excelente
-------------	----------	-------------	---------	---------------

1. Seus conhecimentos anteriores a este evento no que se refere ao assunto eram:

1	2	3	4	5
				X

2. Atuação do Instrutor / Palestrante: (VOCÊ AVALIA O PROFESSOR)

	1	2	3	4	5
a) Conhecimentos do assunto tratado				X	
b) Didática utilizada				X	
c) Facilidade e objetividade na comunicação					X
d) Apresentação de aplicações práticas dos assuntos tratados					X

3. Infra Estrutura: (VOCÊ AVALIA O AMBIENTE)

Local do curso: Berkeley Ambiente Hospitalar

	1	2	3	4	5
a) Adequação do ambiente				X	
b) Material de apoio					X

4. Atuação dos Participantes: (VOCÊ SE AUTO AVALIA E AO GRUPO)

	1	2	3	4	5
a) Sua facilidade de entendimento dos assuntos abordados				X	
b) Sua relação com os outros participantes					X
c) Considero a minha participação					X
d) Sua relação com os Instrutores					X

5. Quais foram os pontos fortes e fracos desta atividade?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

6. Você teria alguma sugestão ou comentário adicional a fazer? (como fazer esse curso melhor?)