



MEMO Nº 2420/2020 – SMAS
O.S111449 /2020 – SMAS
Relatório de Fiscalização - TC
Processo: 44.989.19

Santana de Parnaíba, 08 de dezembro de 2020.

DE: SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
PARA: SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS JURÍDICOS
Sra. Veronica Mutti Caldevaro Teixeira Koishi

Prezada Senhora Secretária,

Com meus cumprimentos iniciais, vimos por meio deste, encaminhar novamente respostas ao TC, referente **Item B.3.1 - LICITAÇÕES, CONTRATOS E ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO CONTRATUAL (detalhamento as fls. 68 a 144 do relatório em anexo)**: que já foram enviadas por meio dos MEMO`s: 3265/2018, 1214/19, 2827/19 e 798/20, em referência ao Processo ao Processo 112/989/18 - **Clínica de Repouso Belbancy LTDA - EPP.**

Nos Relatórios emitidos pela 8ª Diretoria de Fiscalização do TC, mediante as visitas realizadas, Sendo: 1ª Visita 13/04/2018, 2ª Visita 21/01/2019, bem como a 3ª Visita 09/12/2019, todos os apontamentos irregulares já foram solucionados, inclusive alguns foram levantados equivocadamente, por falha de comunicação entre o técnico da fiscalização e o funcionário da clínica.

Cabe ressaltar que iremos repetir as respostas que já foram enviadas e informar que o atual momento da clínica e de uma prestação de serviço dentro das normas e regulamentos que regem as ILPI`s, pois sabe - se da importância e responsabilidade perante os idosos e aos órgão fiscalizadores.

Do último Acompanhamento ... (Evento 120 do TC 112.989.18):

SMNJ
Recebido em <u>09/12/20</u>
Assinatura: <u>Maurício</u>



K) Anexamos o quadro de funcionários, contendo o corpo clínico, bem como os colaboradores das outras áreas;

I) Não há reincidência de abstenção de funcionários, foi mencionado no **espelho semanal** - evento 21.16. do TC - 20.747/989/17, que deve haver 2 enfermeiros no plantão, o Edital/Termo de Credenciamento 001/2017, trata - se de profissional **Enfermeiro 24 horas** e não menciona que são 2, desta forma atende às exigências do contrato, inclusive preconizando a RDC nº 283/2005;

M) Anexo, **Declaração** emitida pela credenciada, informando que existe o Serviço Terceirizado para remoção dos idosos. Para as emergências o SAMU que é o indicado é imediatamente chamado, inclusive no Edital não foi observado que a credenciada deveria ter uma ambulância;

N) Anexo, folha de ponto dos funcionários;

O) Como já informamos não há armazenamento de entulhos (como foi mencionado no relatório, que havia um depósito cheio de entulhos), o que existe é um local separado da casa onde ficam os idosos, com camas desmontada que poderão ser usadas, anexamos fotos;

P) O fiscalizador não encontrou o medicamento **Valproato** no momento da visita (parte manhã), que seria administrado às 20:00hs, daquele dia, sem questionar (na 3ª visita), relatou que ... "há pacientes que não estão sendo medicados de acordo com a prescrição médica"... "não constou o medicamento Valproato"... . Equivocadamente houve falha na comunicação, pois os medicamentos naquele dia estavam sendo separados na área ADM, como fazem sempre os funcionários antes de levar para a enfermaria;



Q) Anexo, segue o **cardápio** contendo 6 refeições, houve um erro de digitação, ou seja, o Edital fala - se em 5, já no Termo de Referência são 6, conclui - se que já respondemos este questionamento várias vezes, entendemos que já está solucionado;

R) Mediante a Notificação a credenciada, iniciou reformas e o piso superior encontra - se com acessibilidade, a situação foi solucionada, anexo fotos do local.

Comercial Mecenas Alimentos Eireli ME.

As irregularidades apontadas, referente ao Pregão Presencial Nº 68/2019, que foi identificado divergência, durante a fiscalização in loco no dia 15/10/2019 pelos agentes fiscalizadores, temos a informar que a empresa Comercial Mecenas Alimentos, solicitou a inclusão das marcas/produtos em 01/10/2019, anexo cópia da solicitação, bem como a avaliação de cada produto realizado pela Nutricionista;

Ainda em referência, vale ressaltar que o descritivo de 6 produtos são iguais, entretanto no que diz respeito ao **biscoito Trakinas**, a presença de gordura trans está no limite tolerável pela OMS, anexo cópia do MEMO enviado na época.

Estaremos à disposição para maiores esclarecimentos que se fizerem necessários.


Sonia Maria Rodrigues Pereira
Secretária Municipal de Assistência Social

Edinalva - SMAS

QUADRO DE FUNCIONARIO

Profissional/Função	Escolaridade	Qtde	Carga horária/semanal
DIRETORA: VANDA MARIA DE OLIVEIRA CALGARO		01	40hs
ADMINISTRATIVO: INGRYD DA SILVA NEGRI JULIANA CASSIA DE SOUZA SILVEIRA REGO	Nível médio	02	40hs
RECREACIONISTA: TAYNARA LIMEIRO	TÉCNICO	01	15hs
FISIOTERAPEUTA: DEBORA FERNANDES FREIRE	CURSO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA CREFITO-3/304903-F	01	15hs
ENFERMEIRAS: PALOMA SOARES ARAUJO WILMAR DA SILVA MARGARIDA PIRES DIAS THABATA CRISTINA DE ALMEIDA	COREN: 584.156 COREM: 584.155 COREN: 513.849 COREN: 000.543.680	04	12/36hs
TÉCNICO DE	CURSO	06	



Clínica de Repouso

Clínica de Repouso Belhancey Ltda. EPP
CNPJ: 07.854.580/0001-00
Rua Santa Catarina, 50 - Anexo 105,
Belhancey - Vargem Grande Paulista -
SP - 06768 - 1111-1528-1045

LIDIANE REGINA RIBEIRO	COREN: 850.183		
ANA CAROLINE HENGLES OLIVEIRA	COREN: 853.651		
TARCISO DA SILVA FOLTRAN	COREN: 1.491.743		
KARINA CRISTIANA	COREM: 715.5500		
BEATRIZ DE ARAUJO CARDOSO	COREM: 846.246		
ISAQUE DA SILVA	COREM 854.537		
MÉDICO: WALTER CESAR SILVEIRA JUNIOR	CURSO SUPERIOR MEDICINA. CRM-SP 115.217	01	20hs/semana
NUTRICIONISTA: MYLENE COELHO	CURSO SUPERIOR NUTRIÇÃO: CRN- 4442	01	30hs
THABATA CRFISTINA MARGARIDA PIRES, PALOMA SOARES, WILMAR DA SILVA	ENFERMEIRA ENFERMEIRA ENFERMEIRA ENFERMEIRA	05	40hs
CUIDADOR: CEDIANE NUNES MISSIAS, FABIANA VADALARES	CUIDADORA	1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de auxiliar de cuidador usuário deverá ser aumentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde, pessoas soropositivas, idade inferior a um ano, pessoa idosa com Grau de Dependência II ou III, dentre outros).	

06768-1111-1528-1045 - 3031-8088
Rua Santa Catarina, 50 - CEP 06730-000
Parque Belhancey - Vargem Grande Paulista - SP
www.clinicaportal.com.br



Clinica de Repouso

no Processo Administrativo L. 1000 ZEP
Nº 1. 27. 054. 5100001-00
Rua Santa Catarina, 50 - Jd. Vargem Grande
Paulista - Parque Belbancy - Vargem Grande Paulista
CEP 06730-000 - Fone: (11) 4158-7545

ENFERMAGEM: CELIA DA GAMA PASSOS FEITOSA.	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: COREN: 1.132.134		
DORALICE FRANCISCO DA CONCEIÇÃO.	COREN: 102.729- 3		
VALDIRENE MELO SANTOS.	COREN: 1.046.704		
FABIANA TEXEIRA.	COREN: 7631187		
SILVANA CARVALHO DE AGUIAR.	COREN: 772.689 COREN: 153.530- 1		
AUXILIAR DE ENFERMAGEM: SYNARA DA SILVA SOUZA.	CURSO AUXILIAR DE ENFERMAGEM: COREN: 760.643		
CLAUDIRENE FARIAS DA SILVA GRAMAGLIA.	COREN: 842.374 COREN: 846.246	09	12/36hs
BEATRIZ PEREIRA.	COREN: 753.822 COREN: 838.476		
EDINALDO SOARES.	CUIDADORA		
ANTONIA VALDMIRA	COREN: 859098		
SANDRA REGINA BRANCO.			

55 11 4158-7545 - 3031-8088
Rua Santa Catarina, 50 - CEP 06730-000
Parque Belbancy - Vargem Grande Paulista - SP
www.clinicaportal.com.br



Clinica de Repouso

Clínica de Repouso Belbancy Ltda EPP
CNPJ: 07.854.888/0001-00
Rua Santa Catarina, 50 - Jd. Vila
Parque Belbancy - Vargem Grande Paulista
CEP: 0721-0008 - 11-4158-7545

ANTONIA VALDMIRA		Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação: a) 1 auxiliar de cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas; b) 1 auxiliar de cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.
Bruno Vinicius Borba Villela	Nível Superior	Um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos
SERVIÇOS GERAIS: MARTA APARECIDA RODRIGUES, ERIKA CONCEIÇÃO, LUCIA MARIA DE SOUZA, ANA MARIA DA SILVA.	Nível fundamental completo.	Um profissional para cada 100m ² de área interna ou fração por turno diariamente.
AUXILIAR DE LAVANDERIA: MIRIAN OLIVEIRA DA SILVA.	Nível fundamental completo.	Um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.
COZINHA: JHEMYS AMANCIO / MARIA GLEIDE	Nível médio	Um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

55-11-4158-7545 - 3031-8098
Rua Santa Catarina, 50 - CEP 06730-000
Parque Belbancy - Vargem Grande Paulista - SP
www.clinicaportal.com.br



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL	Cedraene Nunes Moreira			TEL RES:		COREM
ATIVIDADE:	Contador			TEL CEL:		
MÊS DE REFERÊNCIA	Dezembro			CLÍNICA DE REPOUSO		
ANO	2020			PORTAL B		
DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1	06:30	11:00	12:00	18:30		
2						
3	06:30	11:00	12:00	18:30		
4						
5	06:30	12:00	13:00	18:30		
6						
7	06:30	12:10	13:10	18:30		
8						
9	06:30					
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOTAL DE HORAS/MÊS				ASSINATURA COLABORADOR		

A
T
E
N
Ç
ÃO

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APOSTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS, DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

portal 2000

Clínica de Repouso

CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: <u>ANTÔNIO VILSON DA GOMES</u>		TEL RES:	COREM			
ATIVIDADE: <u>Limpeza</u>		TEL CEL:				
MÊS DE REFERÊNCIA: <u>dezembro</u>	CLÍNICA DE REPOUSO					
ANO: <u>2020</u>	PORTAL 8					
DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1	18:30	20:00	21:00	06:30		
2						
3	18:30	21:00	22:00	06:30		
4						
5	18:30	02:00	03:00	06:30		
6						
7	18:30	21:00	22:00	06:30		
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOTAL DE HORAS/MÊS		ASSINATURA COLABORADOR				

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APONTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRE EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 308088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS, DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: Sandra Regina Branco TEL RES: _____ COREM
 ATIVIDADE: auxiliar de enfermagem TEL CEL: _____ 779,546

MÊS DE REFERÊNCIA: dezembro CLÍNICA DE REPOUSO

A.	2020		PORTAL 8		TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO	
	DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA			SAÍDA
1	06:30	12:00	13:00	18:30			
2							
3	06:30	13:00	14:00	18:30			
4							
5	06:30	12:00	13:00	18:30			
6							
7	06:30	11:00	12:00	18:30			
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
TOTAL DE HORAS/MÊS						ASSINATURA COLABORADOR	

A T E N Ç Ã O

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APONTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DUVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: Cediane Nunes Moreira TEL RES: _____ COREM

ATIVIDADE: Colaboradora TEL CEL: _____

MÊS DE REFERÊNCIA: agosto CLÍNICA DE REPOUSO

ANO: 2020 PORTAL 8

DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1	06:30	11:00	12:00	18:30		
2	06:30	11:00	12:00	18:30		
3						
4						
5	06:30	12:00	13:00	18:30		
6						
7	06:30	12:10	13:10	18:30		
8						
9	06:30					
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

TOTAL DE HORAS/MÊS: _____ ASSINATURA COLABORADOR: _____

- 1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545
- 2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



Clínica de Repouso

CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: Ana Catalina H. Alvarez TEL RES: COREM
ATIVIDADE: Auxiliar de Enfermagem TEL CEL: 859 098

MÊS DE REFERENCIA: dezembro CLÍNICA DE REPOUSO

ANO: 2020

PORTAL B

DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1	06:30	13:00	14:00	18:30		
2						
3	06:30	12:30	13:30	18:30		
4						
5	06:00	12:00	12:00	18:30		
6						
7	06:30	13:00	14:00	18:30		
8						
9	06:30					
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
27						
28						
29						
30						
31						

TOTAL DE HORAS/MÊS

ASSINATURA COLABORADOR

- A
T
E
N
Ç
Ã
O
- 1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APOSTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DUVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-6088/4158-7545
 - 2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

Porta
2000
Clínica de Repouso

CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: Tarciana da Silva Falcão TEL RES: _____ COREM
 ATIVIDADE: Atividade de enfermagem TEL CEL: _____ 953651

MÊS DE: _____ REFERÊNCIA: apresentar CLÍNICA DE REPOUSO

ANO		PORTAL B					
ANO	2020	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1							
2		18:30	21:00	22:00	06:30		
3							
4		18:30	20:00	21:00	06:30		
5							
6		18:30	20:00	21:00	06:30		
7							
8		18:30	00:00	01:00	06:30		
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

TOTAL DE HORAS/MÊS: _____ ASSINATURA COLABORADOR: _____

- A
T
E
N
C
Ã
O
- 1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APOSTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DUVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545
 - 2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

porta
2000
Clínica de Repouso

CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: Françoise de Sales Fialho TEL RES: _____ COREM
 ATIVIDADE: Auxiliar de enfermagem TEL CEL: _____ 859651

MÊS DE: _____
 REFERÊNCIA: 2020 CLÍNICA DE REPOUSO

ANO	PORTAL #						OBSERVAÇÃO
2020	ENTRADA	SAIDA	ENTRADA	SAIDA	TOTAL DE HORAS		
1							
2	18:30	21:00	22:00	06:30			
3							
4	18:30	20:00	21:00	06:30			
5							
6	18:30	20:00	21:00	06:30			
7							
8	18:30	20:00	21:00	06:30			
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
TOTAL DE HORAS/MÊS						ASSINATURA COLABORADOR	

- A** 1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DUVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545
- E**
- N**
- C** 2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCARIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.
- À**
- O**



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: Fátima Aparecida de Oliveira TEL RES: _____ COREM
 ATIVIDADE: Contadora TEL CEL: _____

MÊS DE REFERÊNCIA: Dezembro CLÍNICA DE REPOUSO

ANO	PORTAL 8		PORTAL 8		TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
	2020	ENTRADA	SAIDA	ENTRADA		
1	18:30	00:00	01:00	06:30		
3	18:30	01:00	02:00	06:30		
4						
5	18:30	00:00	01:00	06:30		
6						
7	18:30	01:00	04:00	06:30		
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

TOTAL DE HORAS/MÊS: _____ ASSINATURA COLABORADOR: _____

A
T
E
N
Ç
Ã
O

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ NÃO APONTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 8088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: Isaque de Sávil Pereira TEL RES: _____ COREM
 ATIVIDADE: Atividade de enfermagem TEL CEL: _____ 85403

MÊS DE REFERÊNCIA: Dezembro CLÍNICA DE REPOUSO

ANO	PORTAL B						
DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO	
1							
2	06:30	12:00	13:00	18:00			
3							
4	06:30	12:10	13:10	18:00			
5	06:30	13:00	14:00	18:00			
6							
7							
8	06:30	12:00	13:00	18:00			
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
TOTAL DE HORAS/MÊS						ASSINATURA COLABORADOR	

A
T
E
N
Ç
Ã
O

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APOSTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 303 8088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL	FLAVIA MARIA PALAVERRI	TEL RES		COREM
ATIVIDADE	Clínica de Repouso	TEL CEL		7156200
MÊS DE REFERÊNCIA	Agosto	CLÍNICA DE REPOUSO		

ANO	CLÍNICA DE REPOUSO				PONTAL B		OBSERVAÇÃO
2020	ENTRADA	SAIDA	ENTRADA	SAIDA	TOTAL DE HORAS		
1	06:30	13:00	13:00	18:30	12h		
2	06:30	13:00	13:00	18:30	12h		
3	06:30	13:00	13:00	18:30	12h		
4	06:30	13:00	13:00	18:30	12h		
5	06:30	13:00	13:00	18:30	12h		
6	06:30	13:00	13:00	18:30	12h		
7	06:30	13:00	13:00	18:30	12h		
8	06:30						
9	06:30						
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

TOTAL DE HORAS/MÊS	ASSINATURA COLABORADOR
--------------------	------------------------

A T E N Ç Ã O

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ NÃO APONTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DUVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL	Wilmson da Silva		TEL RES:		COREM	
ATIVIDADE	Limpando		TEL CEL:		00/00	
MÊS DE REFERENCIA	Dezembro					
ANO	2020					
CLÍNICA DE REPOUSO						
PORTAL 8						
DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1						
2	18:30			06:30		
3						
4	18:30			06:30		
5						
6	18:30			06:30		
7						
8	18:30					
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOTAL DE HORAS/MÊS			ASSINATURA COLABORADOR			

A
T
E
N
Ç
Ã
O

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APOSTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: FLAVIA SCHEDES TEL RES: _____ COREM
 ATIVIDADE: ENFERMEIRA TEL CEL: _____ 584.155

MÊS DE REFERÊNCIA: Setembro CLÍNICA DE REPOUSO

ANO: 2020 PORTAL 8

DIA	ENTRADA	SAIDA	ENTRADA	SAIDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1						
2	06:30			18:30		
3						
4	06:30			18:30		
5						
6	06:30			18:30		
7						
8	06:30			18:30		
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

TOTAL DE HORAS/MÊS: _____ ASSINATURA COLABORADOR: _____

ATENÇÃO:
 1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APONTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545
 2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS, DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

portal 2000

Clínica de Repouso

CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL	TEL. RES.	CDREM
ATIVIDADE	TEL. CEL.	326.155

MÊS DE	REFERÊNCIA	CLÍNICA DE REPOUSO
ANO	2020	PORTAL 8

DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1	07:30	11:30	14:30	18:30	12,9	
2						
3	07:30	11:30	14:30	18:30	12,9	
4						
5	07:30	11:30	14:30	18:30	12,9	
6						
7	07:30	11:30	14:30	18:30	12,9	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

TOTAL DE HORAS/MÊS	ASSINATURA COLABORADOR
--------------------	------------------------

A
T
E
N
C
ÃO

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL IMPLICARÁ O NÃO APONTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME USUÁRIO: FLAVIA MARIA PALAVERRI TEL RES: _____ COREM: _____
 ATIVIDADE: 230 400000 TEL CEL: _____ COREM: _____

MÊS DE REFERÊNCIA: 04/2020 CLÍNICA DE REPARO PORTAL 3

ANO	ENTRADA	SAI DA	ENTRADA	SAI DA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
1	06:30	13:30	06:30	13:30	12h	
2	06:30	13:30	06:30	13:30	12h	
3	06:30	13:30	06:30	13:30	12h	
4	06:30	13:30	06:30	13:30	12h	
5	06:30	13:30	06:30	13:30	12h	
6	06:30	13:30	06:30	13:30	12h	
7	06:30	13:30	06:30	13:30	12h	
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

TOTAL DE HORAS/MÊS: _____ ASSINATURA COLABORADOR: _____

- A
T
E
N
Ç
Ã
O
- 1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS, DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ NÃO APOSTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRE EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3088/4158-7545
 - 2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚTIL DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME LEGÍVEL: ADRIANA FERREIRA DA SILVA TEL RES: _____ COREM _____
 ATIVIDADE: _____ TEL CEL: _____

MÊS DE REFERÊNCIA: Setembro CLÍNICA DE REPOUSO

ANO	2000	PORTAL S				OBSERVAÇÃO
DIA	ENTRADA	SAIDA	ENTRADA	SAIDA	TOTAL DE HORAS	
1	13 30				12 H	
2				15 30		
3	12 30			16 30	12 H	
4	13 30			16 30	12 H	
5				16 30		
6	13 30			16 30	12 H	
7				16 30		
8				16 30		
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOTAL DE HORAS/MÊS		ASSINATURA COLABORADOR				

A
T
E
N
Ç
Ã
O

1) O NÃO PREENCHIMENTO DIÁRIO DOS CAMPOS DIARIAMENTE, DE FORMA CORRETA E LEGÍVEL, IMPLICARÁ O NÃO APONTAMENTO DO DIA REFERIDO - QUALQUER DÚVIDA ENTRA EM CONTATO COM ADMINISTRATIVO (11) 3031-8088/4158-7545

2) ESTE FORMULÁRIO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS, APURAÇÃO SERÁ SEMPRE FEITA NO 1º DIA ÚLTIMO DO MÊS PARA PROCESSOS DE PAGAMENTO INTERNO, DEIXAR ATUALIZADO OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTOS. DATA PARA PAGAMENTO TODO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.