

Relatório da

Diretoria Executiva

Relativo ao

Exercício de

1873 – 2003

2.025

A.G.O. DE 02 / 07 / 2026

ÍNDICE DO RELATÓRIO DA DIRETORIA EXECUTIVA RELATIVO AO EXERCÍCIO DE 2.025

<u>Capítulos</u>	<u>Títulos</u>	<u>Páginas</u>
1 -	Introdução – Diretoria Executiva.....	1 a 3
2 -	Semana Cultural Portuguesa de Campinas.....	3
3 -	Diretoria Técnica.....	3 a 7
4 -	Diretoria Clínica.....	7 a 8
5 -	SAR – Serviço de Atenção aos Remidos.....	8 a 9
6 -	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-SCIH....	9 a 15
7 -	Departamento de Manutenção.....	15 a 19
8 -	Departamento de Segurança do Trabalho.....	20 a 23
9 -	Departamento de Medicina do Trabalho.....	24 a 27
10 -	Serviço de Nutrição e Dietética - SND.....	27 a 28
11 -	Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC.....	29 a 33
12 -	Núcleo Interno de Regulação NIR.....	33 a 39
13 -	Departamento de Faturamento.....	40
14 -	Assessoria Jurídica.....	41 a 44
15 -	SIAD – Serviço Interdisciplinar de Assistência Domiciliar.....	45 a 51
16 -	Departamento da Área da Qualidade.....	51 a 58

<u>Capítulos</u>	<u>Títulos</u>	<u>Páginas</u>
17 -	Departamento de Hotelaria.....	59 a 60
18 -	Departamento de Fisioterapia.....	60 a 62
19 -	Departamento de Recursos Humanos.....	63 a 66
20 -	Pronto Atendimento - PA.....	66 a 68
21 -	Serviço de Anestesiologia.....	68 a 69
22 -	Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde – TICS.....	70 a 72
23 -	Departamento de Imagem	73 a 76
24 –	Serviço de Psicologia.....	76 a 78
25 –	Serviço Social.....	78 a 81
26 –	Serviço de Fonoaudiologia.....	81 a 84
27 -	Unidades de Terapia Intensiva (UTI 1º andar/ UTI térreo/ UTI S-1.....	84 a 85
28 –	Departamento de Farmácia e Suprimentos.....	86 a 90
29 -	Conclusão do Presidente.....	91 a 93
30 -	Anexos: Relatório da Contabilidade.....	s/nº

RELATÓRIO DA DIRETORIA RELATIVO AO EXERCÍCIO DE 2.025

Prezados Associados:

I – INTRODUÇÃO

- 1.1 -** Em cumprimento ao que dispõe o Artigo 41, letra “h” do Estatuto social vigente, vimos apresentar à apreciação da Assembleia Geral Ordinária, o Balanço e o Relatório de suas atividades no ano de 2025, acompanhados do Parecer do Conselho Fiscal.
- 1.2 -** Os órgãos diretivos da Sociedade eleitos em 24/05/2025 com mandato para o triênio 01/06/2025 a 31/05/2028 estão assim constituídos:

CONSELHO DELIBERATIVO

Presidente	- José Roberto Sundfeld
1º Secretário	- Cleiton Risola
2º Secretário	- Eduardo de Góes Monteiro

MEMBROS:

Alberto de Vasconcellos Rodrigues	Paulo Sérgio Ceccarelli
Ana Cecilia Parisi	Rafael de Almeida Barbosa Ceccarelli
Celso Semedo Fernandes	Renato Bertani
Fernanda Andreoli	Rosângela Ap. Ramos de Oliveira Ortiz
Marcelo Mendes Vinagre	Silvia Helena Motta
Paulo Roberto Marinho Couto	Yara Maria Baldo Pupo de Campos Ferreira

“Nota” =

A) Dr. Arly de Lara Romêo e Sr. Ricardo José Ferreira Sonati, são membros vitalícios nos termos do Capítulo IV do Artigo 21 do Estatuto Social.

CONSELHO FISCAL

Dr. Ricardo Vieira de Almeida Barbosa – **Membro Titular - Presidente**

Dr. Guilherme de Brito Lara Romêo – **Membro Titular - Secretário**

Paulo Jorge Zeraik – **Membro Titular - Vice-Presidente**

Cláudio Cormanich – **Membro Suplente**

Sebastião Sérgio Buani dos Santos – **Membro Suplente**

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente	- Cláudio Amatte
1º Vice-Presidente	- Joaquim Vaz de Lima Neto
2º Vice-Presidente	- Roberto Andreoli
Diretor Secretário	- Antonio Mendes Vinagre Júnior
Vice-Diretor Secretário	- Pedro Leone Luporini dos Santos
Diretor Financeiro	- José Henrique Moreira Lopes
Vice-Diretor Financeiro	- Renato Boscolo
Diretor de Patrimônio	- Fábio Toledo Ferreira
Vice- Diretora de Patrimônio	- Leniter Venâncio dos Anjos Sertório
Diretora de Relacionamento com os Associados Remidos e demais Associados	- Fernanda Vaccarelli Tournieux
Diretora de Assuntos Jurídicos	- Márcia Conceição Pardal Côrtes
Diretor de Tecnologia da Informação e Inovação	- Luís Augusto Michelim da Silva
Diretor de Contabilidade	- Jobert William Esperança
Diretora de Relações Públicas	- Ana Laura Metri Villagelin

- 1.3 - Durante o exercício de 2025, esta Diretoria reuniu-se 06 vezes ordinariamente, quando discutiu e deliberou sobre assuntos os mais variados, sempre ligados aos interesses e objetivos da Sociedade.

2 - SEMANA CULTURAL PORTUGUESA DE CAMPINAS

- 2.1 - No dia 08/06/2025 - as Diretorias da Casa de Portugal e desta Sociedade, promoveram o encerramento da XXX Semana Cultural Portuguesa, incluído no calendário oficial de Campinas, conforme Lei Municipal de 23/10/1985. Compareceram para diferentes atividades temáticas e para a Missa na Capela deste hospital, autoridades civis e militares, Presidentes e Diretores da Casa de Portugal, Diretores desta Sociedade e um bom número de público em geral.
- 2.2 - Promovida anualmente pela Casa de Portugal, a Semana Cultural Portuguesa faz parte do calendário de eventos oficial da Prefeitura de Campinas. Há mais de 27 anos a atração é mantida na cidade para homenagear a herança portuguesa tão presente no município. As ações dos domingos da Semana são realizadas tradicionalmente no Hospital Beneficência Portuguesa de Campinas.

3 - DIRETORIA TÉCNICA – DIRETOR TÉCNICO: DR. LUIS

FERNANDO WAIB

3.1 - Funções da Diretoria Técnica:

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em sua Resolução 2.147 de 2016, cabe ao Diretor Técnico as seguintes funções:

O diretor técnico é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente. Mais especificamente, as funções são as seguintes:

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;
- Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013;
- Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;
- Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências

tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

- Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;
- Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;
- Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;
- Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;
- Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;
- Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;
- Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;
- Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos.
- Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.

3.2 - Atividades em 2025:

As atividades da Diretoria Técnica no ano de 2025 se relacionaram com as obrigações definidas pelo CREMESP e outras que serão enumeradas a seguir:

a. Zelar pelo cumprimento das normas legais

A Diretoria Técnica garantiu o funcionamento das Comissões obrigatórias, participando ativamente da solução das demandas levantadas por estas Comissões.

b. Assegurar condições dignas de trabalho

A Diretoria Técnica participou do planejamento de obras, bem como da implementação de planos de contingência durante períodos de indisponibilidade de equipamentos diagnósticos e integração de serviços/laudos ocorridos tanto na transição das equipes de diagnóstico por imagem e medicina laboratorial, quanto nos momentos de manutenção de equipamentos.

c. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica

A Diretoria Técnica atuou em conjunto com a Diretoria Clínica para identificar e encaminhar casos com suspeita de desvio ético para a Comissão de Ética Médica, que se encontra em regular funcionamento.

d. Certificar-se da regular habilitação dos médicos e pessoas jurídicas perante o Conselho de Medicina

Os processos internos de admissão foram redesenhados de modo a garantir que todos os médicos que atuam no hospital sejam avaliados quanto à inscrição no CREMESP, mesmo plantonistas eventuais do Pronto Atendimento e UTI. O mesmo se aplica às empresas.

e. Supervisionar a escala de plantonistas

A Diretoria Técnica é a responsável última pela escala de plantonistas, que está a cargo, através de contratos com terceiros, dos gestores de equipes médicas. A atuação rotineira da Diretoria Técnica desde 2019 tem foco na avaliação das escalas para identificação de inconsistências.

f. Assegurar o pagamento de salários e honorários

A Diretoria Técnica não teve atuação no sentido de garantir o pagamento de honorários porque não houve demanda neste sentido por parte do corpo clínico.

g. Assegurar condições de trabalho no que diz respeito à manutenção predial e suprimento de insumos

A Diretoria Técnica participou, junto ao Conselho Gestor, do planejamento do cronograma de obras da instituição. Também participou da Comissão de Padronização e das ações para sanar faltas ocasionais causadas por eventuais falhas de fornecedores.

4 – DIRETORIA CLÍNICA – DIRETOR CLÍNICO
DR. ANDRZEJ WOLSKI

4.1 - A Diretoria Clínica teve as seguintes atuações no ano de 2025:

- Definiu diretrizes assistenciais, baseadas nas melhores práticas;
- Acolheu as reclamações dos pacientes e familiares, intervindo prontamente junto ao Corpo Clínico para efetivação da melhor forma de Tratamento;
- Participou ativamente do Núcleo de Segurança do Paciente, propondo ciclos de melhoria contínua;

- Promoveu o segmento dos protocolos assistências e seus resultados;
- Recepcionou Residentes de Clínica Médica e Internos da Faculdade São Leopoldo Mandic;
- Participou efetivamente das ações de qualidade e avaliações da ONA;
- Participou de reuniões periódicas com o Conselho Técnico.

5 – SAR – SERVIÇO DE ATENÇÃO AOS REMIDOS

DIRETORA: DRA. FERNANDA VACCARELLI TOURNIEUX /

SUPERVISORA: MARIA DE FÁTIMA G. VON ZUBEN

5.1 - Segue o Relatório das Atividades do SAR no ano de 2025.

5.2 - Foram emitidas 16.889 guias entre consultas e exames, perfazendo uma média de 1.407,42 guias/mês;

5.3 - Foram realizadas 3.440 consultas no SAR sendo:

- Clínica Médica: 471
- Endocrinologia: 705
- Neurologia: 289
- Psiquiatria :701
- Reumatologia: 304
- Dermatologia: 0
- Psicologia: 970

5.4 - Através da nossa Rede Credenciada, foram realizados:

- 3.624 consultas
- 34.512 exames laboratoriais,
- 420 procedimentos oftalmológicos,

- 04 internações psiquiátricas,
- 06 internações na Maternidade de Campinas,
- 165 internações na RSPB,
- 318 sessões de Hemodiálise,
- 1.307 exames de imagem diagnóstica externas,
- 4.207 exames de imagem RSPB,
- 253 exames de Colonoscopia/Endoscopia

Perfazendo um total de **44.816 atendimentos**.

5.5 - Recebendo mensalmente através de nossos remidos doadores a importância de R\$ 80.139,80 totalizando no decorrer do ano de 2025 a importância de R\$ 961.677,43.

**6 – SCIH – SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
HOSPITALAR – MÉDICO COORDENADOR: DR. LUIS
FERNANDO WAIB**

6.1 – Introdução:

A prevenção e o controle das infecções hospitalares exigem a aplicação sistemática de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de sistemas de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos.

Enquanto a responsabilidade pela aplicação dessas medidas é, principalmente, das gerências e das equipes locais, muitas vezes com o auxílio do SCIH; o planejamento das mesmas está a cargo do SCIH e da CCIH, que elaboram anualmente o **Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)** do hospital.

O PCIH deve considerar as ações permanentes, geralmente definidas em legislação e normas técnicas sobre o controle de infecção hospitalar, e as ações temporárias, frutos do planejamento estratégico, da análise periódica das informações da vigilância epidemiológica ou da necessidade evidente de solucionar certas situações.

6.2 - Estratégias do SCIH:

O cerne da atuação do controle de infecção hospitalar na RSPB é o estabelecimento de uma metodologia rigorosa de Epidemiologia Hospitalar, através da qual são analisados indicadores internos, em contraste com referenciais internos (série histórica) e externos (CVE/SP). Este modelo prevê ampla discussão da incidência de infecções, bem como a adoção conjunta de medidas de controle baseadas em prioridades. Por isso, o foco do SCIH deve ser o rigor metodológico e a reavaliação contínua da necessidade de atualização de critérios, conforme o referencial adotado.

Por meio da mobilização das equipes operativas, objetiva-se o desenvolvimento de uma cultura de prevenção baseada na gestão de risco, representado pelos indicadores de resultado e processo.

A mesma estratégia é utilizada pelo SCIH para demonstrar a necessidade de investimentos de melhoria para a Administração e a Direção da RSPB.

6.3 - Atividades Planejadas:

As atividades do Programa de Controle de Infecção Hospitalar da RSPB são divididas em 6 conjuntos principais:

- Epidemiologia Hospitalar

- Auditorias de processo
- Auditorias de estrutura
- Gerenciamento de Risco
- Programas especiais
- Gerenciamento de surtos

A) Epidemiologia Hospitalar

Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares é a observação sistemática da ocorrência e distribuição da infecção adquirida no hospital na população de pacientes internados e dos eventos ou condições que aumentam ou diminuem o risco de sua ocorrência.

A coleta de dados, a consolidação, a análise e a divulgação dos mesmos devem servir de base para estabelecer níveis endêmicos, identificar prioridades para gerenciamento de riscos, detectar surtos, sensibilizar profissionais de saúde e administradores sobre a necessidade do controle e avaliar as medidas implantadas.

A vigilância para o controle das IH, portanto, deve ser fundamentada em objetivos específicos. Na RSPB, utilizamos a metodologia NHSN/CDC, especificamente para os seguintes módulos:

- **Vigilância por dispositivos:** utilizada nas UTIs do Térreo, do 1º andar e do S1, e também das enfermarias TMO, S2, S3, H2 e H3. É focada em pacientes sob risco, definido como os procedimentos invasivos (cateter central, ventilação mecânica, sonda vesical de demora e risco de broncoaspiração).

- **Vigilância por procedimentos:** aplicada ao conjunto de pacientes cirúrgicos, com busca de pacientes internados e egressos (busca fonada e por aplicativo de mensagens).

A CCIH/RSPB elabora relatórios mensais de infecções hospitalares e discute os indicadores de resultado e processo diretamente com os colaboradores em cada setor. A análise crítica é realizada em conjunto com os colaboradores de cada setor, e as orientações são realizadas *in loco*.

Os indicadores são enviados, sistematicamente, para o CVE-SP, através do envio de planilhas elaboradas pelo órgão público.

B) Gerenciamento de Surtos:

O sistema de Epidemiologia Hospitalar tem como um dos seus objetivos principais, a detecção de variações anormais de incidência (surtos). Para a análise de incidência são utilizados referenciais internos (derivados da média histórica) e determinados referenciais específicos da literatura médica (especificamente para medidas de prevalência).

A detecção de surtos leva a imediata comunicação do evento à Gerência Geral e ao setor envolvido, juntamente com uma proposta de ações emergenciais a serem adotadas para contenção.

Para cada surto detectado, é realizado um Relatório de Surto, descrevendo início, ações desencadeadas e seguimento.

C) Auditorias de processo:

O SCIH realiza auditoria do uso adequado de antimicrobianos, e utiliza as fichas de solicitação para adequação de drogas, doses, tempo de uso e associações. Esta análise é realizada diariamente pelo médico infectologista. Em caso de prescrição inadequada de antimicrobianos, identificada no ato da auditoria dos pedidos, o médico é comunicado através de registro em prontuário e, sempre que possível, também comunicado verbalmente, juntamente com a sugestão de esquema mais adequado. A dispensação do antimicrobiano é bloqueada na farmácia sempre que há inadequação da prescrição e esta não é corrigida pelo médico assistente. A análise destes dados é informada aos setores juntamente com os indicadores de resultados.

O SCIH também gerencia dois processos assistenciais de alto risco para infecção: pacientes em ventilação mecânica (Protocolo de Prevenção de Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica) e os pacientes com cateter venoso central (Protocolo de Prevenção de Infecções Relacionadas ao Cateter) na UTI-T, UTI-1 e S1. A análise crítica dos resultados deste gerenciamento é realizada mensalmente, em conjunto com o indicador de resultado.

D) Auditorias de estrutura:

As auditorias de estrutura são realizadas na forma de Visita Técnica nas unidades de internação e nos setores de suporte, através de instrumento próprio. A realização das visitas técnicas depende da disponibilidade do SCIH, e é complementada com a análise de projetos de reformas em curso na RSPB.

O resultado das auditorias de estrutura é encaminhado formalmente para o setor auditado e para a Gerência Técnica Assistencial, na forma de relatório com sugestão das adequações necessárias.

E) Gestão de Risco:

A análise dos dados provenientes do sistema de Epidemiologia Hospitalar, bem como das Auditorias de Estrutura e Processo permitem a identificação de vulnerabilidades estruturais e de processo que trazem riscos potenciais para o paciente internado, e conseqüentemente para a instituição.

A gestão de risco pode ser feita tanto na esfera de atuação do SCIH – quando envolve ações de rotina – ou na esfera de atuação da CCIH, quando envolve decisões que necessariamente devem passar por todos os componentes da Comissão: a identificação e análise de riscos prioritários, as particularidades de cada setor e alternativas para melhorias e a determinação das condições existentes para adotar cada uma das alternativas.

As ações de rotina que consistem exemplos de gestão de risco são:

- **Protocolo de Cultura de Vigilância:** visa identificar pacientes com risco de colonização por bactérias multirresistentes. Hoje, o SCIH adota dois critérios para culturas de vigilância – um para pacientes provenientes de outras instituições, e outra para pacientes internados diretamente em nosso hospital, por longos períodos e/ou com dispositivos invasivos. O objetivo deste protocolo é identificar precocemente o portador e, através de precauções especiais, prevenir a transmissão cruzada de bactérias multirresistentes entre pacientes e dos pacientes para profissionais de saúde.
- **Protocolos de Precauções Especiais e Isolamentos:** são medidas específicas de prevenção, adotadas com base no diagnóstico ou na hipótese diagnóstica, contemplando as vias de transmissão dos patógenos envolvidos. É papel da CCIH determinar as particularidades destas precauções especiais em cada instituição, mas é papel do SCIH

garantir que as medidas adequadas sejam adotadas para todos os pacientes que cumpram critérios pré-definidos. Além de determinar medidas de precauções, o SCIH emite relatórios semanais para todas as enfermarias com o nome dos pacientes em precaução e o tipo de precaução especial indicada, de modo que a informação seja de fácil acesso e não haja falhas no processo.

F) Interface com Setores de Apoio:

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar participa e dá suporte a outras coordenações, comissões e chefias no desenvolvimento das suas atividades.

Esta participação tem caráter suplementar, e tem por objetivo alinhar o desenvolvimento de processos dos setores de interface/apoio com os demais programas desenvolvidos pelo SCIH.

Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) realizados pelos setores de interface/apoio são rotineiramente enviados para o SCIH para revisão e discussão antes de serem implementados, e recebem atenção prioritária.

7 – DEPARTAMENTO DE MANUTENÇÃO **ENGENHEIRA CIVIL: KÁTIA CARNEIRO**

7.1 - OBJETIVO:

Conforme comunicação interna, apresentamos o Relatório de Serviços de Engenharia de Infraestrutura referente ao exercício de 2025.

Este relatório tem o objetivo de apresentar dados do departamento relatando o efetivo, área física do setor, os serviços realizados por contrato de manutenção terceirizada, obras e reformas concluídas no ano.

7.2 EFETIVO ATUAL:

A Engenharia de Infraestrutura conta com:

- 03 Pedreiros
- 01 Auxiliar de manutenção
- 01 Pintor
- 05 Eletricistas plantonistas
- 02 Eletricistas horário comercial
- 01 Marceneiro
- 01 Serralheiro
- 02 Líderes de manutenção
- 01 Analista administrativo
- 01 Almoхарife
- 01 Mestre de Obra
- 01 Engenheiro civil

7.3 - OBRAS EXECUTADAS EM 2025.

- Reforma de ambiente no S2, para receber a Agência Transfusional.
- Reforma da sala 12, do prédio Maria Eugênio, para receber o departamento de Custos.
- Reforma da sala 31, do prédio Maria Eugênio, para receber o departamento de SCIH.
- Reforma da sala 121, do prédio Maria Eugênio para a sala da Gerência Assistencial.
- Montagem de 3 salas de Ultrassom, de forma provisória, para liberação da área para obra de Ressonância Magnética

- Obra do Serviço de Imagem para receber os seguintes equipamentos: Ressonância Magnética, Raio-x, Densitometria Óssea, Mamografia, Ultrassom, Hemodinâmica.
- Reforma da sala de Tomografia para receber o novo Tomógrafo.
- Reforma do edifício da Salustiano Penteadó, para receber os serviços de Endoscopia, Pequenos Procedimentos, Ortopedia, Ambulatório, Tomografia e Raio-x

7.4 - MANUTENÇÃO PREVENTIVA.

7.4.1 - Manutenção Preventiva de Ar Condicionado

A empresa prestadora de serviço de manutenção em ar condicionado: Arcontemp. As manutenções preventivas e troca de filtros referentes ao ano de 2025 foram todas cumpridas conforme cronogramas e normas.

7.4.2 - Manutenção Preventiva dos Elevadores:

A empresa prestadora de serviço: LUX. As manutenções preventivas mensais foram todas cumpridas conforme cronograma e normas.

OS elevadores passaram por modernização e adequação para pleno funcionamento, segundo as normas ABNT. Foi emitido o RIA para todos os elevadores em operação.

7.4.3 - Manutenção Preventiva do Grupo de Geradores:

A equipe própria da manutenção, faz diariamente uma checagem dos geradores, verificando e abastecendo os tanques de diesel e verificando

alguma inconformidade nos parâmetros das controladoras. Semanalmente e de forma automática, os geradores ligam sem carga para lubrificação de motores. A empresa FGE é responsável pela manutenção preventiva mensal e também pelo teste anual com carga dos geradores, com o devido recolhimento de ART por engenheiro eletricista.

Todas as manutenções correspondentes ao ano de 2025 foram executadas conforme cronogramas e normas.

7.4.4 - Manutenção Preventiva em Cabine Primária:

A Manutenção é feita anualmente. No ano de 2025 foi executada pela empresa Force Geradores pelo engenheiro Lucas Zanotti com recolhimento de ART.

7.4.5 - Manutenção Preventiva em Gases medicinais:

A manutenção é executada mensalmente pela empresa MAXIMIZE, responsável por checar toda a rede e os pontos de consumo, realizando os reparos e as correções necessárias.

7.4.6 - Manutenção Preventiva em Purificadores de água e troca de filtros:

A troca de filtros dos purificadores de água é executada a cada seis meses pela equipe do departamento de manutenção.

Todas as trocas de filtros referentes ao ano de 2025 foram realizadas.

7.4.7 - Manutenção Preventiva de Reservatórios de Água:

A limpeza e desinfecção das caixas d'água do Hospital e casas administrativas é realizada a cada seis meses pela empresa SANERG, com acompanhamento da equipe de manutenção.

7.4.8 - Cloração, Coleta e Análise da Água de Consumo:

A equipe de manutenção, analisa semanalmente o nível de cloro da água de consumo do Hospital e se encarrega de ajustar a bomba dosadora de forma à atender aos padrões da portaria.

Mensalmente é coletado água em pontos estratégicos e pontos de hemodiálise (definidos pela SCIH), que vão para análise laboratorial para avaliação da qualidade da água à nível físico-químico e microbiológico.

7.4.9- Manutenção preventiva equipamento SND

A cada quatro meses é realizado por equipe especializada, a limpeza e higienização da coifa e exaustores da cozinha.

7.4.10 - Controle de pragas e roedores

Seguimos o contrato com a empresa TECPRAG para a os serviços de controle de pragas. A desinsetização é realizada mensalmente e o controle de consumo de iscas de rato a cada 15 dias.

7.4.11 - Limpeza de Caixas de decantação de Gesso e Caixas de Gordura

Foi contratado a empresa DESENTUPIDORA VIEIRA, para prestar serviços de limpeza e higienização da caixa decantadora de gesso e caixas de gordura da SND. O serviço é realizado a cada 15 dias.

8 – DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

ENGENHEIRA DE SEGURANÇA DO TRABALHO: LEID LAINY FABI

8.1 - O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas pelo setor de Segurança do Trabalho na busca permanente de melhorias visando a Missão, Visão e Valores da Instituição.

8.2 - Prevenção de acidentes e doenças ocupacionais é nosso objetivo principal, além de conscientizar e orientar os colaboradores no desenvolvimento de suas atividades em seu ambiente de trabalho, através de visitas técnicas identificando situações de risco, promovendo treinamentos voltados para segurança do colaborador, acompanhamentos das atividades in loco, permissões para trabalhos especiais, realização de rondas em todos os setores, investigações de acidentes com identificação de causa e tomada de ações, constituição da CIPA com acompanhamento mensal de reuniões e soluções dos problemas apontados, acompanhamento à Comissão de NR-32, Programa de Gerenciamento de Resíduos com reuniões trimestrais e realização de Ordens de Serviço de situações que possam gerar acidentes.

8.3 - Com embasamento nas normas regulamentadoras, adotamos medidas preventivas diminuindo os riscos existentes nas atividades, proporcionando aos trabalhadores um ambiente mais seguro e saudável.

A seguir, uma breve demonstração de nosso volume de atuação durante o ano de 2025:

ATIVIDADES REALIZADAS	QUANTIDADE REALIZADA
PERMISSÕES DE TRABALHOS ESPECIAIS	710 PERMISSÕES

INVESTIGAÇÕES DE ACIDENTES (TÍPICOS E TRAJETO) E ADOÇÃO DE MEDIDAS	38 ACIDENTES
REUNIÕES CIPA E ACOMPANHAMENTO DE AÇÕES	12 REUNIÕES
INSPEÇÃO RONDA NOS SETORES E OBRAS	247 INSPEÇÕES
VISITAS TÉCNICAS E CHECK LIST SETORES	326 VISITAS
NOTIFICAÇÕES POR ESCRITO	69 NOTIFICAÇÕES

8.4 - Nosso foco na prevenção, sempre foi pautado na prioridade das tomadas das ações.

8.5 - A seguir uma breve amostra do volume de pessoas que foram treinadas e orientadas pelo uso correto de EPIs, descarte de resíduos e perfurocortantes, bem como de CIPA e os serviços terceiros.

TREINAMENTOS REALIZADOS	QUANTIDADE DE PARTICIPAÇÕES
TREINAMENTO USO, CONSERVAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO E GUARDA DO EPI	446 PESSOAS
TREINAMENTO DESCARTE RESÍDUOS	437 PESSOAS
TREINAMENTO NR32	143 PESSOAS
TREINAMENTO RADIOPROTEÇÃO	30 PESSOAS
TREINAMENTO NR 17	83 PESSOAS
TREINAMENTO NR 10, NR 35 E SEP	28 PESSOAS
TREINAMENTO CIPA	20 PESSOAS
TREINAMENTO BRIGADA DE INCÊNDIO	144 PESSOAS
TREINAMENTO TERCEIROS	108 PESSOAS
DSS MANUTENÇÃO	42 DIÁLOGOS (427 PESSOAS)
INTEGRAÇÃO SÃO LEOPOLDO MANDIC	29 PESSOAS
SIPAT	726 PESSOAS

8.6 - Aqui vão mais algumas ações que compuseram nossas atividades neste ano de 2025:

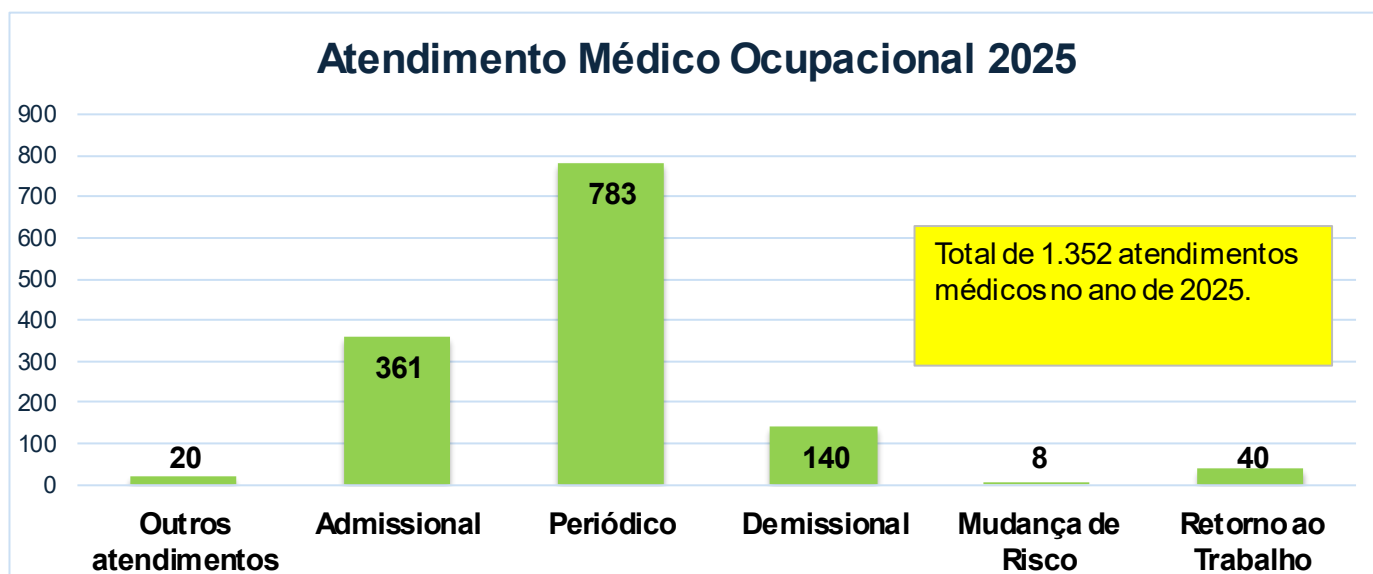
- Controle de armários dos colaboradores, contemplando exigência da NR-32.
- Controle dos vasos de pressão desde 2015, antes realizado pela Manutenção, conforme NR-13 (Autoclaves, Pulmão de vácuo e Compressor).
- Atualização das Fichas de Informação de Segurança de Produto Químico – FISPQ em todo os setores que se utilizam dos mesmos.
- Acompanhamento in loco aos colaboradores com restrições de saúde em seus postos de trabalho, em parceria com a Medicina do Trabalho e os gestores das áreas.
- Acompanhamento e atualização da prestação de informações e conferência ao Laudo de Insalubridade realizado pela empresa terceirizada Planconsult.
- Acompanhamento da Empresa de coleta de resíduos químicos .
- Entrega de EPI (Equipamento de Proteção Individual) aos colaboradores, total de 1850, conforme gráficos abaixo:

9 – DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

MÉDICO DO TRABALHO: DR. AMILCAR AMÉRICO DE GODOY

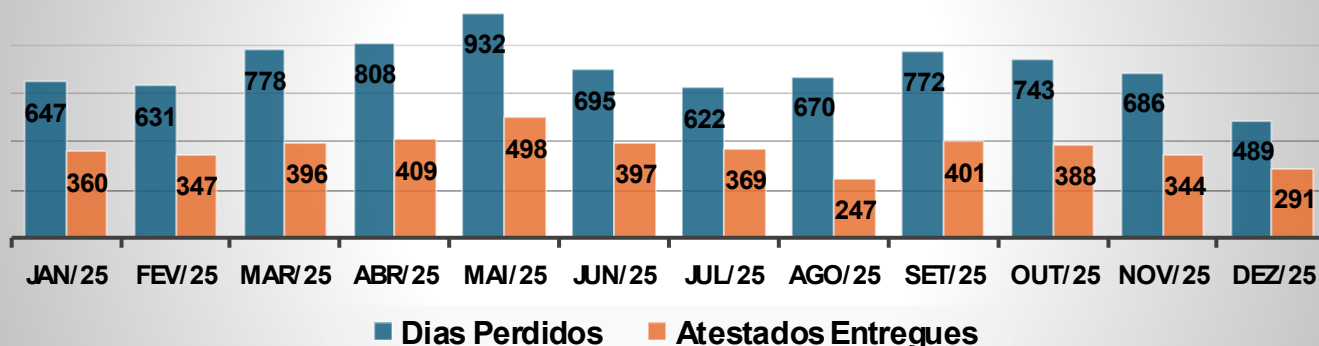
9.1 - RELATÓRIO DE ATIVIDADES:

- **Elaboração do PCMSO da empresa – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, atualização em Dez/2025.**
- **Exames Ocupacionais:**



- **Atestados Médicos:** Lançamentos de atestados mensais no sistema TOTVS (folha de pagamento).

Nº ATESTADOS ENTREGUES X DIAS PERDIDOS



- Total de 8.473 dias perdidos no ano de 2025.

Nº de Dias Perdidos /Mês nas Doenças de Maior Prevalência

	Maiores causas de Atestados em dias perdidos											
	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	set/25	out/25	nov/25	dez/25
Doenc. Do Ap. Respiratório	46	71	77	112	217	179	103	107	46	82	50	56
Transt. Mentais/Comportamentais	29	72	109	118	50	67	32	55	93	90	113	80
Doenc. Do Sist. Osteomuscular e do	93	45	83	82	97	95	105	89	127	71	118	51
Lesões, envenenamento e conseq. C	69	66	45	52	57	16	31	40	57	54	31	78
Dengue	16	28	90	114	101	17	11	0	9	2	10	0
Doenças Infecciosas e Parasitárias	86	85	67	71	79	39	31	40	81	91	43	104

9.2 - Rotinas e atividades:

- Atendimentos ocupacionais.
- Acolhimento e agendamento de psiquiatra / psicólogo aos colaboradores.
- Participação das Integrações Institucionais/Enfermagem;
- Avaliação de enfermagem para o trabalho em altura aos colaboradores da manutenção e serviços terceiros, onde é verificado P.A., glicemia capilar s/n, em casos de alterações são encaminhados ao P.S. do hospital/ UBS quando terceiros.
- Controle sorológico aos colaboradores que sofreram acidente de trabalho com material biológico após três e seis meses da exposição.
- Abertura de CAT (comunicação de acidente de trabalho) e acolhimento ao colaborador que foi acidentado por: Material biológico (obrigatória a

abertura de CAT), Queda, Corte, Queimadura, Esforço físico, Impacto e Trajeto, conforme avaliação da segurança e do médico do trabalho.

- Arquivamento de prontuários clínicos de exames demissionais no departamento de medicina do trabalho por 20 anos.
- Acompanhamento de documentação dos serviços terceirizados, como: PCMSO, ASO. Carteira de vacina, CAT.
- Programa de Imunização do colaborador com realização de vacinas contra hepatite B, difteria e tétano, bem como o controle de soroconversão (anti HBS) para hepatite B e revacinação se necessário. Campanhas vacinais anuais contra influenza e Covid-19, meningite e pneumo 23.
- Orientação de Enfermagem aos colaboradores com suspeita de Covid-19.
- Realização Curso de CIPA – Tema: HIV/ AIDS e orientação sobre Fluxo de Acidente com Material biológico por Renata A. Herrera Ponsoni- Enfermeira do Trabalho.
- Treinamento de primeiros socorros para Brigada de Incêndio (Administrativo).
- Treinamento sobre Ergonomia na “Movimentação e Transporte de Pacientes” para Assistencia de 26 a 30 de maio de 2025.
- Diálogo de Saúde com a manutenção sobre Saúde Masculina – Prevenção ao Câncer de Próstata, no dia 19/11/2025.
- Campanha de imunização contra Influenza 2025.



9.3 - Eventos, palestras em 2025:

- PROJETO “SAUDE E BEM ESTAR” - Medicina do Estilo de Vida - (Apoio e direção Dra. Daniela Uejo).
 - Março (18/03/2025): “Evento sobre o Sono”
 - Maio (20 e 21/05/2025) “Saúde dos Rins”, com realização de glicemia Capilar e Verificação de Pressão Arterial com a nefrologista Dra. Daniela Uejo.
 - Setembro (23/09/2025) “Prevenção ao Suicídio com a Psicóloga Thais Tasso - Presencial e On line.
 - Dezembro (03 e 04/12/2025): Palestra para os plantões noturnos sobre Saúde Mental com Prof. Psicólogo - José Eduardo.

10 – SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – SND – NUTRICIONISTA SUPERVISORA: JOELMA SILVIA G. MONTAGNER

10.1 - PRODUÇÃO ANUAL DE ALIMENTOS :

Foram realizadas 295.822 refeições/ano, 79 % para o atendimento a pacientes hospitalizados (dietas gerais e especiais) e 21 % para colaboradores (diurno e noturno), com média mensal de 24.652 refeições/mês e 822 refeições/dia.

O quantitativo de produção anual de refeições aumentou em 1% comparado com a produção de alimentos do ano de 2024 e a prevalência da produção de alimentos foi direcionada ao atendimento de hospitalizados.

10.2 - PRODUÇÃO ANUAL DE ATENDIMENTOS NA ÁREA CLÍNICA:

Foram realizados 1204 atendimentos nutricionais, representando 53% dos pacientes admitidos em até 72 horas da internação e classificados quanto ao seu risco nutricional: 73% classificados com Risco Nutricional e 27 % classificados Sem Risco Nutricional.

Durante a estadia hospitalar 17 % das dietas orais prescritas pelo médico foram adequadas às preferências e necessidades em relação a consistência e fracionamento, medidas que contribuíram para melhorar a adesão alimentar e conseqüentemente a recuperação do paciente.

Terapia nutricional utilizada: 84% dieta oral, 5% dieta oral suplementada, 1% nutrição parenteral e 10% nutrição enteral.

10.3 - ATIVIDADES EXTRAS:

- Participação congresso Ganep, CINO;
- Apresentação trabalho no congresso de oncologia – Salvador/BA com o trabalho: Evolução do estado nutricional em indivíduo com adenocarcinoma mucinoso de trato gastrointestinal durante tratamento quimioterápico: relato de caso.

10.4 - INVESTIMENTOS:

- Implantação do sistema de distribuição de refeições em carro térmico nas alas de internação;
- Troca do fogão adequando a área de cocção;
- Aquisição equipamento para emulsificação dos alimentos para atender os pacientes com prescrição de dieta pastosa de acordo com a escala de textura e espessura dos alimentos (IDDSI);
- Reposição de utensílios de trabalho para a área de produção de alimentos.

II – SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE – SAC

RESPONSÁVEL: SRA. AMANDA MAIRA DO CARMO

ASSISTENTE SOCIAL

11.1. APRESENTAÇÃO DA UNIDADE:

O Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) tem como finalidade acolher, registrar, analisar e acompanhar manifestações dos usuários e familiares, tais como queixas, sugestões, elogios e solicitações, atuando como canal institucional de escuta e mediação entre usuários, equipes assistenciais e gestão hospitalar.

O setor desempenha papel estratégico na qualificação da assistência, no fortalecimento da humanização do cuidado e na identificação de fragilidades e oportunidades de melhoria nos processos assistenciais e administrativos.

11.2. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

O SAC funciona de segunda a sexta-feira, das 09h00 às 15h00, com atendimento realizado por meio dos seguintes canais:

- Atendimento presencial;
- Telefone;
- E-mail;
- Reclame Aqui;
- Demandas encaminhadas por planos de saúde.

11.3. ESTRUTURA FÍSICA:

O Serviço de Atendimento ao Cliente está instalado em espaço físico destinado ao atendimento humanizado, garantindo privacidade, sigilo das informações e

condições adequadas para a escuta qualificada dos usuários, familiares e acompanhantes.

O local possibilita a realização de atendimentos individualizados, registro das manifestações e articulação direta com os diversos setores assistenciais e administrativos da instituição.

11.4. RECURSOS HUMANOS:

11.4.1 - Profissional Responsável - Assistente Social:

O SAC é executado por Assistente Social, profissional legalmente habilitada, cuja atuação é fundamentada nos princípios éticos, técnicos e legais da profissão, exercendo as seguintes atribuições:

- Realizar acolhimento humanizado e escuta qualificada;
- Registrar, classificar e analisar manifestações dos usuários (queixas, sugestões, elogios e solicitações);
- Avaliar as demandas sob a perspectiva social, assistencial, institucional e ética;
- Atuar na mediação de conflitos entre usuários, familiares, equipes assistenciais e gestão;
- Articular com os setores internos para resolução das demandas apresentadas;
- Orientar usuários e familiares quanto a fluxos institucionais, direitos e deveres;
- Acompanhar os casos até sua resolução, garantindo devolutiva ao usuário;
- Elaborar relatórios mensais quantitativos e qualitativos;
- Produzir indicadores para subsidiar a gestão hospitalar;
- Identificar fragilidades nos processos institucionais e propor melhorias;
- Garantir o sigilo das informações e o cumprimento do Código de Ética Profissional.

11.4.2 - Vantagens da Atuação do Assistente Social no SAC:

A condução do Serviço de Atendimento ao Cliente por um Assistente Social constitui um diferencial institucional, considerando que este profissional possui:

- Formação técnica voltada para escuta qualificada e análise crítica das demandas;
- Habilidade para mediação de conflitos complexos, especialmente em contextos de adoecimento, sofrimento e vulnerabilidade;
- Visão ampliada do cuidado, considerando os determinantes sociais da saúde;
- Atuação pautada na ética, imparcialidade e defesa de direitos;
- Capacidade de transformar manifestações individuais em dados estratégicos para a gestão;
- Contribuição direta para a humanização da assistência;
- Atuação preventiva na redução de conflitos, judicializações e notificações externas.

11.5. RESUMO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Acolhimento e escuta qualificada de usuários e familiares;
- Registro e acompanhamento de queixas espontâneas;
- Realização de pesquisas de satisfação nos leitos de forma esporádica;
- Atendimento por múltiplos canais (telefone, e-mail, presencial, Reclame Aqui e planos de saúde);
- Mediação de conflitos entre usuários, equipes assistenciais e gestão;
- Encaminhamento das demandas aos setores responsáveis e monitoramento das respostas;
- Elaboração de relatórios mensais quantitativos e qualitativos;
- Produção de indicadores para análise institucional;
- Identificação de fragilidades nos processos e proposição de melhorias contínuas.

11.6. DADOS E RESULTADOS – ANO 2025:

Ressalta-se que a atual gestão do Serviço de Atendimento ao Cliente teve início em **22/09/2025**, encontrando-se em fase de implantação e estruturação do setor.

Com o objetivo de organizar e qualificar os atendimentos, foi implantada uma **planilha de acompanhamento dos casos**, permitindo o controle das demandas, análise de reincidências e produção de dados gerenciais.

Atualmente, o SAC está estruturado em **dois eixos de atuação**:

- Queixas espontâneas;
- Pesquisa de satisfação realizada de forma esporádica nos leitos.

Indicadores de Atendimento – 2025:

- **Outubro/2025**
 - 43 queixas registradas
 - 37 pesquisas de satisfação realizadas
- **Novembro/2025**
 - 48 queixas registradas
 - 38 pesquisas de satisfação realizadas
- **Dezembro/2025**
 - 63 queixas registradas
 - 76 pesquisas de satisfação realizadas

Observa-se crescimento progressivo no número de manifestações, o que demonstra maior visibilidade do setor, ampliação do acesso dos usuários ao SAC e fortalecimento da cultura institucional de escuta e transparência.

11.7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O exercício de 2025 representa o **marco inicial de implantação e consolidação do Serviço de Atendimento ao Cliente**, com foco na organização dos fluxos, padronização dos registros, qualificação da escuta e produção de informações estratégicas para a gestão hospitalar.

A atuação do SAC sob a responsabilidade de uma Assistente Social tem contribuído de forma significativa para a humanização do atendimento, fortalecimento da relação entre usuários e instituição e melhoria contínua da qualidade assistencial.

12- NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

COORDENADORA: ENF. TATIANE RAMPIM ELEUTÉRIO

12.1 - APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

A) HORARIO DE FUNCIONAMENTO:

O horário de funcionamento é de 24 horas ininterruptas.

B) ESTRUTURA FÍSICA:

A sala do NIR fica no exterior do hospital (antiga sala da gerência - Claudete), é onde ocorre todo processo de liberação de leitos, transferências de pacientes internas e externas, solicitação de leitos e solicitação de exames externos.

C) RECURSOS HUMANOS:

❖ **Coordenador - carga horária 8h:**

- Efetuar planejamento, coordenação e controle das atividades na área do Núcleo Interno de Regulação;
- Coordenar os processos administrativos operacionais da equipe;
- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Internação, Urgência e Emergência e Agenda Cirúrgica;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Regulação de Leitos Municipal de Campinas), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital;
- Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas;
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos;
- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento;
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar;
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar;

- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável;
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
- Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente, pautá-lo sobre o padrão de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica;
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos;
- Elaborar e apresentar resultados;
- Estabelecer um sistema de comunicação entre equipes, setores, médicos e pacientes;
- Ser responsável pela gestão de pessoas, custos, qualidade e processos da área;
- Participar das reuniões convocadas pela presidência, diretoria e Gerência;
- Participar e conduzir a reunião mensal dos indicadores do SUS;
- Avaliar e desenvolver os colaboradores do setor;
- Fazer avaliação de desempenho dos colaboradores.

Observação: A coordenação do N.I.R também coordena a equipe multidisciplinar e núcleo de saúde pública.

❖ **Técnico de Enfermagem – carga horária 6h e 12h**

- Receber o plantão e passar o plantão adequadamente com todas as informações pertinentes para a continuidade do processo;
- Realizar visita nos setores afim de receber informação sobre altas para casa ou necessidade de transferência INTERNA OU EXTERNA;

- Realizar bate mapa e sinalizar em censo hospitalar os leitos a serem ocupados, otimizando os leitos, patologias e indicação;
- Gestão das transferências internas (isolamentos, acomodações, patologias...);
- Comunicar equipe médica sobre internação e transferências via WhatsApp;
- Planejamento de vagas para procedimentos de alta complexidade;
- Agilizar as altas dos setores para recebimento de novos pacientes e giro de leito;
- Sinalização do leito para internação de pacientes ambulatoriais e de urgência;
- Controle das saídas dos pacientes via PA para outros serviços na falta de leitos aqui;
- Recebimento da demanda de transferências externas de outros serviços para o nosso serviço;
- Conferência de carência (nos casos de plano ASPB) e se for o caso articulação com a Central de Regulação Municipal de Campinas para as transferências para SUS, quando houver carência;
- Solicitação e autorização de ambulância para transferências e admissões de pacientes para internação tanto no hospital, quanto para hospital externo (admissão ou transferência);
- Encaminhar solicitação de exames ao plano de saúde para autorização e após o agendamento do mesmo nos respectivos locais junto com agendamento da ambulância.

12.2 - RESUMO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES:

- Liberação de Leitos internos e externos conforme análise e demanda da instituição;

- Controle do fluxo de pacientes nas instituições externas em convênio com a operadora (censos);
- Agilidade nas internações clínicas e cirúrgica conforme disponibilidade dos leitos;
- Verificação in loco dos leitos com alta prescrita e liberação dos mesmos;
- Controle do tempo de permanência das internações clínicas e cirúrgicas em unidades de internações e UTI.

12.3 - DADOS E RESULTADOS DE 2025:

- Número de leitos Instalados (fixos): 135 leitos;
- Média do N° de Leitos Operacionais (liberados para uso): 138 leitos;
- Média de Ocupação Hospitalar Geral: 84%;
- Média de Permanência Hospitalar Geral: 06 dias;
- Média de Pacientes Admitidos mês: 639 pacientes;
- Total de Pacientes Admitidos no ano: 7668 pacientes;
- Total de Pacientes Admitidos com Perfil Clínico no ano: 3897 pacientes;
- Total de Pacientes Admitidos com Perfil Cirúrgico no ano: 3770 pacientes;
- Média de Óbitos Geral no mês: 75 óbitos;

- Total de Óbitos Geral no ano: 896 óbitos;
- N° de Transferências totais no ano: 201 - sendo 51 do convênio SUS e 150 de outros convênios devido aos acordos institucionais (leitos H-cor, Maternidade e Hospital Psiquiátrico);
- Total de Internações no ano: 7668 pacientes, sendo 6338 do plano ASPB, 1076 do SUS, 166 Remidos, 59 particulares e 29 filantropias.

Cabe ressaltar que, no ano de 2025, houve um aumento de 3% no quantitativo de internações, sendo 51% de pacientes clínicos e 49% de pacientes com perfil cirúrgico.

Além disso, a partir de 15/12/2025, passamos a absorver as internações dos pacientes cardiológicos em nosso hospital, deixando de encaminhá-los ao Hospital HCor. Quando há necessidade de intervenção com hemodinâmica, os pacientes são encaminhados ao Hospital Centro Médico de Campinas, o qual iniciamos a parceria provisória até que inauguramos o nosso próprio serviço.

Com relação ao SUS no ano de 2025 renovamos nossa parceria com o convênio assistencial, onde ofertamos 30 leitos de enfermagem clínica, 15 leitos de UTI, 60 ultrassons, 2441 RX e 250 tomografias.

Tivemos um convênio de investimento no valor R\$ 8.012.000,00, onde investimos na compra dos equipamentos abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
1	SISTEMA PARA HEMODINAMICA	1
2	NOBREAK PARA HEMODINAMICA	1
3	TOMOGRFO	1
4	RAIO X MOVEL	1
5	RX FIXO	1
6	ULTRASONOGRAFIA	2
7	AMBULANCIA	1
8	SISTEMA DE VIDEO ENDOSCOPIA FLEXIVEL	2
9	GASTROVIDEOSCOPIO	6
10	COLONVIDEOSCOPIO	6
11	BRONCOSCOPIO	1
12	ARMARIO PARA ENDOSCOPIO / COLONOSCOPIO 12 UNID	2
13	CARRO MACA PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	16
14	SUPORTE DE SORO PARA ENDOSCOPIA	10
15	ESCADA 2 DEGRAUS PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	16
16	MESA AUXILIAR PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	16
17	CADEIRA DE RODAS ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	5
18	CARRINHO DE ANESTERIA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	2
19	PISTOLA DE AR COMPRIMIDO PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	1
20	OXIMETRO PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	8
21	LAVADORA PARA ENDOSCOPIO	2
22	COMPUTADORES	84
23	GRAVADOR 32 CANAIS	1
24	CARDIOVERSOR - DESFIBRILADOR	4
25	CARRINHO DE URGÊNCIA	3
26	APARELHO DE ECG	4
27	SERVIDOR DE BACKUP	1
28	SERVIDOR DE HOMOLOGAÇÃO	1
29	APARELHO DE TV 43 POLEGAS	10
30	CADEIRA DE BANHO PARA OBESO	3
31	CARRINHO BEIRA LEITO PARA SSVV	12
32	MONITOR BEIRA LEITO PARA SSVV	12
33	MACA DE TRANSPORTE	2

Também tivemos um convênio de ambiência com valor de R\$ 550.000,00 o qual foi investido na climatização e moveis planejado no setor de imagem (hemodinâmica e RX).

13 – DEPARTAMENTO DE FATURAMENTO

SUPERVISOR: SR. NEWTON GOÉS MONTEIRO

13.1. COLABORADORES:

No corrente ano, o setor manteve o seguinte quadro de funcionários (01 Supervisor e 01 Encarregado; 01 Analistas de faturamento; 05 Assistentes de faturamento), sendo este número suficiente para o bom andamento dos serviços.

13.2. PATRIMONIO:

Devido a troca do mobiliário em período recente, não foi necessário qualquer intervenção nesta área, estando o departamento apto a executar suas funções com conforto para os colaboradores.

13.3. INFORMATICA:

Feito a substituição de todos os computadores do setor, com melhora na performance dos sistemas utilizados para faturamento.

13.4. FATURAMENTO:

Em comparação ao ano de 2024, houve uma queda no valor faturado de outros convênios, tendo como motivo a rescisão dos contratos mantidos com os convênios Care Plus, Santa Casa de Valinhos e Fundação Cesp. Houve um aumento na receita do Plano Saude captation, e também aumento na receita dos serviços de Imagem(Tomo/US e RX), sendo que o Particular vem mantendo uma média de faturamento nos últimos dois anos.

14 – ASSESSORIA JURÍDICA – DRA. MÁRCIA CONCEIÇÃO PARDAL CÔRTEZ - DIRETORA DE ASSUNTOS JURÍDICOS

14.1 – PROCESSOS EM ANDAMENTO:

A) **Cíveis:** 43 passivos
04 ativos

Valor Ativo: R\$ 735.428,80

Valor Passivo: R\$ 3.142.719,69

OBS: Existem ações cíveis cuja representação do hospital se dá pelo Dr. Pedro Nogueira e não compõem o presente relatório.

B) **Trabalhistas: 42** – promovidas diretamente contra o Hospital

Valor Passivo: R\$ 6.703.506,74

Terceirizadas: 29 – promovidas contra Tejofran/
Alternativa/Power / outras

C) **Federais:** As execuções propostas na Justiça Federal correspondem aos valores de tributos que não foram pagos, bem como aos pedidos de ressarcimento da ANS, referentes ao período em que a operadora pertencia ao hospital. Esses processos são acompanhados pelo Dr. Joaquim Vaz de Lima Neto. Os parcelamentos de débitos firmados suspendem as execuções.

OBS: Existem processos da Justiça Federal que estão sob os cuidados do escritório Lima Junior.

14.2 - ACORDOS EXTRAJUDICIAIS: Essa assessoria participa de reuniões em negociações, orienta sobre os riscos, e confecciona os termos e acordo.

14.3 - A assessoria jurídica elaborou vários contratos e termos aditivos para prestação de serviços em geral, serviços médico-hospitalares, fornecimento de produtos e serviços, locação de equipamentos, contratação de assessorias, além de participar da renegociação de contratos já pactuados e rever os instrumentos que mereciam alteração, renovação e/ou extinção. Também confeccionou as notificações das rescisões solicitadas pela Gerência e Diretoria Executiva.

14.4 - Foram elaboradas respostas aos ofícios judiciais e policiais recebidos com pedidos de informações e documentos.

14.5 - Participação nas Comissões de Sindicância e demais Comissões instituídas durante o ano de 2025.

14.6 - Elaboração de notificações e contranotificações à fornecedores, convênios e prestadores de serviços em geral.

14.7 - Participação nas reuniões para composição de acordos e negociações com fornecedores e autores de processos contra o hospital, inclusive Sindicato da Saúde, elaborando e analisando a documentação pertinente.

14.8 - Suporte ao Departamento Financeiro e departamentos correlatos para cobrança de valores a receber, para desbloqueio de contas bancárias e baixa de apontamentos em Cartórios de Protestos.

14.9 - Participação nas reuniões para as quais houve convocação do

Departamento Jurídico.

- 14.10** - Suporte ao Departamento de Recursos Humanos para análise dos requerimentos formulados por funcionários e pelo Sindicato, orientação para as dispensas por justa causa, parecer sobre penalidades, orientação para aplicação de medidas disciplinares, acompanhamento das alterações de rotinas e respostas de ofícios judiciais.
- 14.11** - Suporte às Gerências Técnico Administrativa e Técnico Assistencial para encaminhamentos dos casos apresentados.
- 14.12** - Acompanhamento das tratativas sobre Acordo Coletivo de Trabalho 2025/2026.
- 14.13** - Realização de defesas e recursos administrativos junto ao Ministério do Trabalho, Ministério Público, Procon, Vigilância Sanitária e Conselhos de Classe dos profissionais que prestam serviços no hospital.
- 14.14** - Auxílio a Diretoria Clínica para resposta de ofícios com solicitação de prontuários e/ou informações sobre pacientes para o CRM, Delegados de Polícia, Ministério Público, Varas Cíveis, Criminais, trabalhistas, etc.
- 14.15** - Auxílio para renovação do Certificado junto ao CREMESP, bem como acompanhamento do processo de regularização das pendências junto a tal órgão.
- 14.16** - Auxílio para renovação do alvará junto à Vigilância Sanitária e demais licenças necessárias para funcionamento do hospital.
- 14.17** - Acompanhamento de médicos e funcionários intimados para prestar

esclarecimentos junto às autoridades policiais.

14.18 - Realização de expediente presencial diário para melhor assessoramento da Gerência Geral e Diretoria.

14.19 - Suporte ao SAC para resposta às queixas apresentadas.

14.20 Suporte ao Serviço Social para condução e solução de questões envolvendo pacientes internados.

14.21 - Apresentação de relatórios mensais das ações em andamento com a movimentação e provisões necessárias.

14.22 - Suporte geral para todos os setores do hospital na condução das situações envolvendo o atendimento prestado.

14.23 - Apresentação de sugestões para implementação de rotinas para adequação à LGPD.

14.24 - Acompanhamento das periciais realizadas em decorrência de processos trabalhistas.

14.25 - Elaboração de pareceres envolvendo solicitações de atendimento e cobertura médica de associados remidos.

14.26 - Acompanhamento das Assembleias realizadas no ano de 2025.

15 – SIAD – SERVIÇO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA DOMICILAR
MÉDICO COORDENADOR TÉCNICO: DR. SÉRGIO LUIS DA COSTA DIAS
COORDENADORA: GIOVANIA WILCESKY GONÇALVES.

15.1 - Gestores:

- Médico Coordenador Técnico: Dr. Sérgio Luis da Costa Dias;
- Coordenadora: Enf^a Giovania Wilcesky Gonçalves.

15.2 - Introdução:

O SIAD tem por finalidade oferecer aos beneficiários da Associação de Saúde Portuguesa de Beneficência - ASPB e aos Remidos da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência - RSPB, continuidade do plano terapêutico em domicílio, proporcionando ao paciente e seus familiares um atendimento individualizado e de qualidade. Como objetivo o SIAD busca trabalhar a desospitalização a pacientes clinicamente estável e que não necessitam mais de hospitalização, realizando visitas e procedimentos pontuais ou periódico, visando os princípios:

- Continuidade ao plano terapêutico elaborado individual a cada necessidade;
- Promover saúde e prevenção de doenças;
- Desenvolvimento técnico/ científico de equipe multidisciplinar integrada ao SIAD;
- Prestar assistência baseada no conhecimento, habilidade humanização e atitudes éticas;

- Garantir segurança, acessibilidade, transparência no atendimento prestado.


15.3 - O SIAD conta com a equipe interdisciplinar: uma coordenadora, um médico coordenador técnico, um assistente administrativo, duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem, uma fonoaudióloga, fisioterapeuta respiratória, dois médicos geriatra, uma assistente social e um motorista.

Contamos com duas empresas prestadora de serviços de home care para atender as liminares e especialidades que não compõe o quadro de especialidades.

15.4 - O ano de 2025 foi marcado por importantes resultados e conquistas para o SIAD

- Os processos de solicitações, faturamento, foram informatizados;
- Os prontuários foram realizados a transição de físico para eletrônico.
- O departamento foi transferido para o CEM – localizado na Av.: Andrade Neves, 1811 Campinas São Paulo.

15.5 - No período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2025 o SIAD registrou os seguintes indicadores:

 SIAD – SERVIÇO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	
<i>Estatística SIAD 2025</i>	
<i>Indicador</i>	<i>Total</i>
SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO	876
ADMITIDOS	838
ALTAS	722
ÓBITOS	113

O índice de admissão de 95,66% demonstra elevada efetividade no processo de avaliação e conversão das solicitações recebidas, refletindo alinhamento entre critérios assistenciais, capacidade operacional e demanda regulatória.

A taxa de não admissão (4,34%) permanece residual e compatível com critérios técnicos de elegibilidade, não evidenciando impacto relevante na performance assistencial.

É relevante destacar que trabalhamos com rotatividade de fluxo, tivemos 722 pacientes que obtiveram o serviço e evoluíram para alta. O número expressivo do indicador nos aponta a efetivação do processo.

Finalizamos o ano 2025 com 200 pacientes ativos, distribuídos conforme os planos terapêuticos abaixo:

15.6 - AD - Atenção Domiciliar (atendimentos pontuais): 64 pacientes

É a categoria com maior demanda. Representa casos que necessitam de intervenções específicas, sem necessidade de acompanhamento prolongado. Este indicador indica alta rotatividade e boa resolutividade clínica do serviço.

15.7 - Oxigenoterapia: 85 pacientes

Desses, 58 pacientes estão incluídos exclusivamente para suporte de oxigenoterapia e 27 pacientes encontram-se em AD – Atenção Domiciliar, sendo acompanhados pela equipe interdisciplinar do SIAD.

Trata-se do segundo maior grupo, evidenciando um contingente expressivo de pacientes dependentes de suporte ventilatório domiciliar, o que exige monitoramento contínuo e logística bem estruturada.

15.8 - Curativos: 5 pacientes

Embora o volume seja pequeno, trata-se de uma demanda que requer manejo contínuo e atenção da equipe para prevenção de complicações.

15.9 - Troca de Dispositivos: 8 pacientes

- 02 – Troca de CNE (cateter nasoenteral)
- 02 – Troca de CVD (cateter vesical de demora)
- 03 – Cistostomia
- 01 – Gastrostomia

Demanda pontual e de menor complexidade relativa, porém essencial para manutenção da segurança assistencial e prevenção de intercorrências.

15.10 - Antibioticoterapia: 14 pacientes

Encerramos 2025 com 14 pacientes desospitalizados para continuidade do tratamento em domicílio. Em geral, trata-se de protocolos de curta duração, alinhados ao perfil clínico assistido.

15.11 - Medicação (protocolos de infusão): 18 pacientes

Demanda relevante, na qual o paciente fornece a medicação e o SIAD realiza a infusão conforme prescrição.

15.12 - Referente aos prestadores de empresa de home care assistidos

O SIAD conta com 33 pacientes em atendimento por empresas terceirizadas, 17 pacientes são por liminares, 21 pacientes era acompanhado pela empresa Campinas Home Care e 12 pacientes com a empresa Dedicare.

Dos 33 pacientes 12 pacientes são de ID- Internação Domiciliar de 24 horas, e 5 pacientes com internação domiciliar de 12 horas e 16 pacientes em atendimento pontuais.

Entre os pacientes em internação domiciliar, 9 utilizam suporte de ventilação mecânica, configurando um grupo de maior complexidade assistencial, que demanda elevado grau de vigilância clínica, monitoramento contínuo multiprofissional.

15.13 - Estatísticas do Fluxo do SIAD

Ao longo do ano de 2025, foram realizados 8.554 atendimentos domiciliares, distribuídos da seguinte forma:

- Remido: 356 atendimentos
- Saúde Beneficência 8.198 atendimentos

A equipe interdisciplinar do SIAD desempenhou papel fundamental nesse período, garantindo assistência qualificada aos pacientes. A distribuição dos atendimentos por categoria profissional foram:

- Enfermeira: 852 atendimentos
- Técnico de enfermagem: 3.173 atendimentos
- Nutricionista: 726 atendimentos
- Fisioterapeuta: 1.040 atendimentos
- Fonoaudióloga: 212 atendimentos
- Médico: 542 atendimentos
- Assistente Social: 855 atendimentos
- Suporte de concentradores: 1.154 atendimentos

Além das ações domiciliares, a equipe de enfermagem realizou atendimentos ambulatoriais.

15.14 - Desospitalização

Ao Longo do ano, foram realizadas 267 desospitalizações, distribuídas entre as instituições conforme detalhado:

- Hospital Beneficência Portuguesa: 87,3%;
- Galileo: 7,9%;
- HIP – Irmãos Penteados: 1,1%;
- Santa Casa de Valinhos: 0,7%;
- Santa Casa de Vinhedo: 0,7%;
- Santa Tereza: 0,7%;
- Unicamp: 0,4%;
- Santa Elisa: 0,4%;
- Samaritano: 0,4%;
- Maternidade de Campinas: 0,4%.

15.15 - Considerações Finais

O relatório anual do SIAD – Serviço Interdisciplinar de Assistência Domiciliar evidência avanços significativos nos processos de informatização, com implantações realizadas com excelência pelo Sr. Carlos Kummer. A inclusão formal e a sistematização da auditoria asseguraram maior qualidade, segurança e eficiência aos processos, fortalecendo o modelo de cuidado domiciliar e promovendo melhor alinhamento operacional.

Destaca-se, ainda, a melhoria no fluxo assistencial, com aumento da rotatividade nos processos de inclusão e alta.

O SIAD permanece empenhado em otimizar as desospitalizações e em proporcionar maior qualidade de vida aos pacientes em atendimento domiciliar.

16 – DEPARTAMENTO DA ÁREA DA QUALIDADE

SUPERVISORA: SRA FERNANDA CRISTINA DE ARAÚJO

16.1 – Introdução:

O Escritório da Qualidade do Hospital Beneficência Portuguesa é responsável por assegurar e sustentar as seguintes diretrizes institucionais:

1. Política Interna de Gestão da Qualidade;
2. Política Interna de Segurança do Paciente e seu respectivo Plano Anual;
3. Política Institucional de Qualificação de Fornecedores;
4. Comissão de Auditores Internos.

A área atua de forma transversal, apoiando os processos assistenciais e administrativos, com foco na melhoria contínua e na segurança do paciente.

16.2 – Produtividade da área de Gestão da Qualidade Hospitalar:

Os subprocessos sob responsabilidade da Gestão da Qualidade compreendem:

- A. Gestão de Documentos Organizacionais;
- B. Protocolos Institucionais;
- C. Gestão por Processos Organizacionais e Acordos de Nível de Serviço (SLAs);
- D. Sistema de Indicadores;

- E. Gestão de Riscos e Gerenciamento de Eventos Adversos;
- F. Auditorias Internas / Plano Anual de Auditorias da Qualidade;
- G. Visitas Externas – ONA, Vigilância Sanitária, Ministério Público, entre outros;
- H. Gestão de Projetos de Melhoria;
- I. Controle de Serviços Terceirizados;
- J. Qualificação de Fornecedores e Auditorias Externas.

16.3 - Gestão de Documentos:

No exercício de 2025, após reestruturação do processo de gestão documental, o hospital encerrou o ano com um total de 1.262 documentos ativos, refletindo a organização, padronização e consolidação do acervo institucional.

16.4 - Protocolos institucionais:

A área da Qualidade atuou de forma ativa na revisão, atualização e disseminação dos protocolos institucionais.

Em andamento:

- Implantação do Protocolo de TEV

16.5 - Gestão de processos Organizacionais:

Em 2025 foi realizada a revisão da matriz de risco organizacional, tornando o mapeamento mais robusto, com definição estruturada dos riscos institucionais, respectivas barreiras, mecanismos de monitoramento e planos de contingência, com o objetivo de mitigar impactos assistenciais e organizacionais.

No mesmo período, foi implantado o mapeamento de processos e riscos em 100% das áreas assistenciais e de apoio direto à assistência.

Para 2026, já foram iniciados os mapeamentos nas seguintes áreas:

- SESMT (Medicina e Segurança do Trabalho)
- Engenharia Predial
- SADT (Serviço de Imagem)
- Faturamento
- Com previsão de expansão para:
 - Tecnologia da Informação
 - Prestação de Contas
 - Patrimônio

Permanece estabelecido cronograma anual de apoio direto aos gestores para revisão sistemática dos processos.

16.6 Sistema de Indicadores:











Foi iniciada a revisão estrutural do layout e conteúdo dos indicadores de cada processo, com implantação de novo modelo de Ficha Técnica (FT), integrando:












- Mapa Estratégico
- Mapeamento de Processos
- Gerenciamento de Riscos
- Indicadores
- Análise Crítica
- Plano de Ação

Os indicadores do SUS, tanto quantitativos (produtividade) quanto qualitativos (metas), seguem sendo monitorados mensalmente e protocolados junto à Secretaria Municipal de Saúde via SEI, por meio do NIR, além de serem apresentados em reunião mensal.

a) Relação de pastas dos indicadores de cada processo

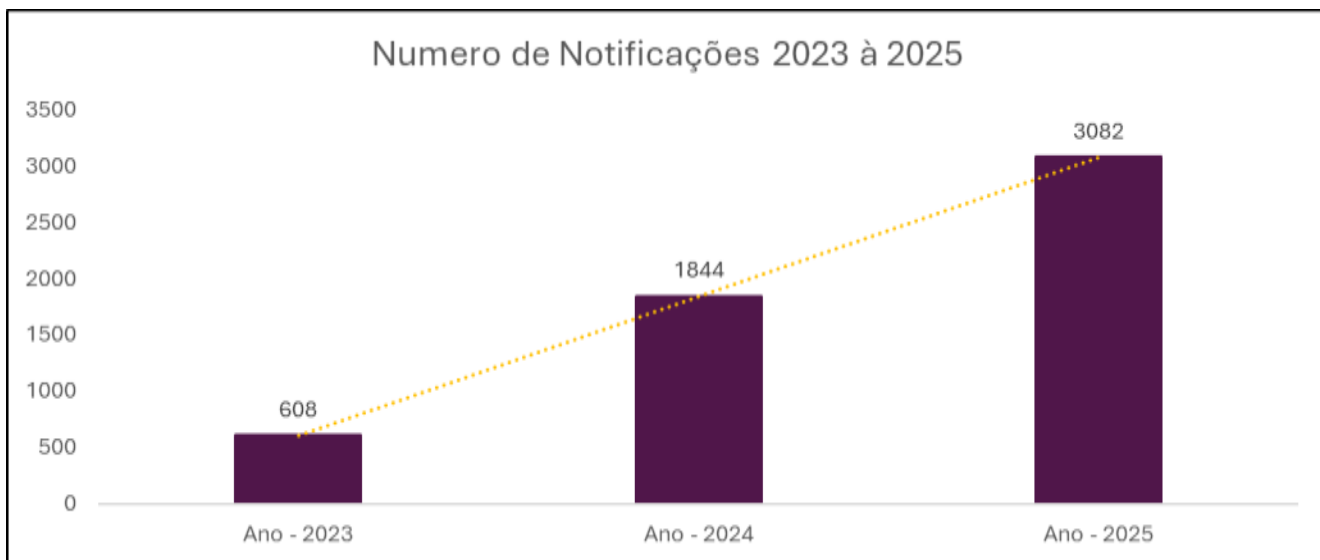
Relação de pastas dos indicadores de cada processo

Nome	Data de modificação
 INDICADORES DE PRODUÇÃO SUS - 2025	25/02/2025 09:32
 Educação Continuada	25/02/2025 07:57
 R.H	24/02/2025 16:00
 Oncologia	21/02/2025 15:19
 TREINAMENTOS - EQUIPE ASSISTENCIAL	14/02/2025 08:47
 Unidades Clinica	07/02/2025 09:35
 TERCEIROS	03/02/2025 13:35
 NIR	23/01/2025 13:24
 Prestação de contas	15/01/2025 09:07
 Serviço de Nutrição	26/12/2024 12:37
 Farmácia	26/12/2024 12:36
 Recepção	26/12/2024 12:36
 Diagnóstico por imagem	26/12/2024 12:35
 Pronto Atendimento	26/12/2024 12:33
 Unidades Cirúrgica	26/12/2024 12:33
 UTI's	26/12/2024 12:28

-  BP. CME
-  BP. S3
-  BP. UNIDADES CLINICA
-  BP. UTI Adulto
-  BP.CC. 14-02
-  BP.Farmácia - CC
-  BP.Farmácia -P.A
-  BP.Farmácia
-  BP.MP.CUSTOS E PRESTAÇÃO CONTAS
-  BP.PA
-  BP.SND

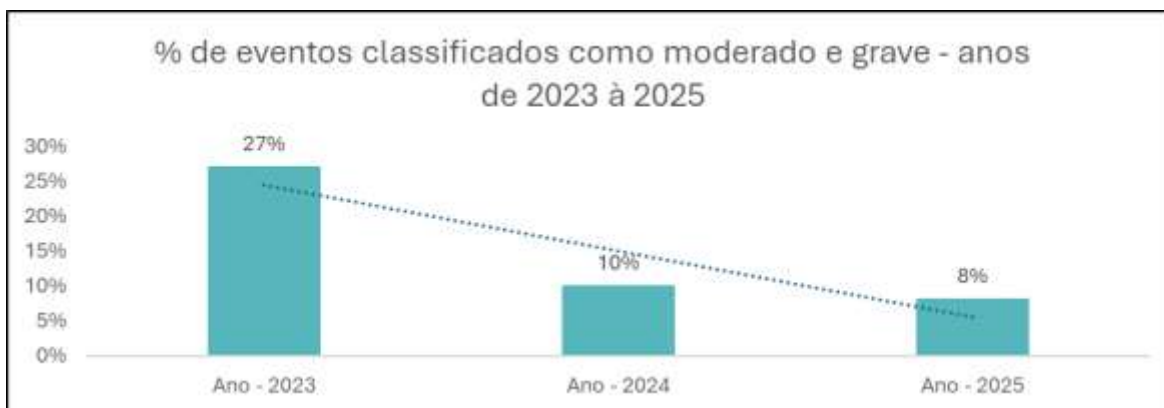
16.7 Gestão de Risco e Gerenciamento de Eventos adversos:

Em 2025, observou-se aumento no número de notificações em comparação aos anos anteriores, totalizando 3.082 registros.



As notificações, realizadas via sistema, envolveram eventos adversos relacionados a pacientes e foram analisadas e tratadas pela Qualidade em conjunto com as áreas envolvidas, promovendo discussões técnicas e revisão de rotinas e fluxos assistenciais.

No período de 2025, evidenciou-se redução nos eventos adversos classificados como moderados e graves, demonstrando efetividade das melhorias implementadas nos processos assistenciais.



Permanece em andamento trabalho conjunto com a Tecnologia da Informação para aprimoramento dos filtros do sistema, especialmente no refinamento da classificação de eventos categorizados como “outros”. Embora já se observe melhora em relação a 2024, ainda há oportunidade de qualificação dessa análise.

16.8 Auditorias Internas:

Foi iniciada a participação de membro do Departamento da Qualidade em todas as Comissões Obrigatórias, com o objetivo de fortalecer a integração das análises, contribuir para a melhoria dos processos e ampliar a utilização estratégica dos dados institucionais.

16.9 Gestão de Projetos de Melhoria:

O hospital mantém diversos projetos de melhoria em andamento, com acompanhamento direto da Qualidade.

Projetos acompanhados pela Qualidade:

16.9.1 Projetos acompanhados pela Qualidade:

ESFORÇO	Problema Central	Projeto de melhoria
ALTO	Planejamento Estratégico	Atualização das metas e métricas vinculadas aos objetivos estratégicos, com definição clara de indicadores-chave de desempenho.
ALTO	Comitê de Gestão de Crises	Centralização e monitoramento dos riscos com potencial repercussão na mídia, bem como revisão de fluxos e remapeamento de necessidades que possam impactar negativamente a instituição.
ALTO	Matriz de riscos organizacionais	Mapeamento estruturado dos riscos institucionais, com instituição de barreiras e planos de contingência para eventos que possam interferir na imagem institucional, na qualidade assistencial e na segurança do

		paciente.
ALTO	Comissões obrigatórias	Utilização sistemática dos dados gerados pelas comissões multiprofissionais para promoção de melhoria assistencial e fortalecimento do aprendizado organizacional.

16.9.2 - Projetos do Setor (Qualidade) encaminhados à Gerência:

- Implantação do módulo de Gestão da Qualidade no sistema TASY, prevista para ocorrer na transição do sistema Delphi para HTML.
- Implantação de sistema complementar de Gestão da Qualidade integrado ao TASY, com o objetivo de fortalecer o acompanhamento dos dados e promover extração e análise mais fidedignas das informações monitoradas.

16.10 - Controle de Qualidade dos Serviços Terceirizados (documentação):

Desde 2023, foi retomado pela Qualidade, em parceria com RH, SESMT e Medicina do Trabalho, o acompanhamento da documentação legal dos serviços terceirizados.

A Qualidade centraliza a documentação recebida em pasta específica, enquanto cada setor é responsável por monitorar os requisitos legais pertinentes à sua área (RH, Medicina do Trabalho, Segurança, entre outros), assegurando conformidade regulatória.

16.11 - Qualificação de Fornecedores:

O Comitê de Qualificação, criado com a finalidade de operacionalizar a Política de Qualificação de Fornecedores, manteve funcionamento estruturado, ainda em fase de amadurecimento junto aos fornecedores.

Durante todo o ano de 2025, foram realizadas Auditorias Externas para qualificação de fornecedores, com padronização de checklists fundamentados nas legislações específicas aplicáveis a cada tipo de serviço auditado e avaliado.

16.12 - Conclusão:

O ano de 2025 consolidou a atuação do Escritório da Qualidade como eixo estruturante da governança institucional, fortalecendo a integração entre gestão de riscos, indicadores, processos assistenciais e decisões estratégicas.

Observou-se um avanço significativo na maturidade dos processos, especialmente na consolidação do mapeamento de riscos, na revisão do modelo de indicadores e no fortalecimento da cultura de notificação e análise de eventos adversos. O aumento das notificações, associado à redução de eventos moderados e graves, demonstra maior engajamento das equipes e evolução na capacidade de monitoramento e resposta institucional.

A ampliação da participação da Qualidade nas comissões obrigatórias, o acompanhamento sistemático dos projetos estratégicos e o avanço na qualificação de fornecedores reforçam o compromisso com a segurança do paciente, a conformidade regulatória e a sustentabilidade organizacional.

Para 2026, os esforços permanecem direcionados ao fortalecimento da integração sistêmica dos dados, à implantação de soluções tecnológicas que ampliem a rastreabilidade das informações e à consolidação de uma gestão cada vez mais orientada por riscos, evidências e resultados.

O Escritório da Qualidade segue atuando como suporte técnico às lideranças e como indutor da melhoria contínua, contribuindo para a solidez institucional e para a entrega de valor aos pacientes e à sociedade.

17 - DEPARTAMENTO DE HOTELARIA – SUPERVISORA: TELMA ALESSANDRA VICENTE DE OLIVEIRA

17.1 - Recepção:

- Migração do sistema Tasy (atualização) para controle de visitantes e acompanhantes na recepção da portaria.
- Aguardando reforma da recepção devido a infiltração ocorrida há mais de um ano.

17.2 - Portaria:

- Nenhuma alteração (aguardando verba para instalação de catracas a fim de melhorar o controle de acesso)

17.3 - Rouparia:

- Nenhuma alteração

17.4 - Telefonista:

- Nenhuma alteração

17.5 - Same:

- Acolhido 2 colaboradoras da enfermagem readaptadas.

17.6 - Capela:

- Com a ajuda monetária de voluntários (participantes das missas na capela) e iniciativa do Padre Nilo, foram restauradas as imagens de Santo Antônio de Paula, Santo Antônio e dos Arcanjos.

- Em Abril recebemos a visita de Dom João Inacio, sendo que para esta visita nossa capela foi restaurada, voltando a cor original.

17.7 - Hotelaria:

- Auxiliado e acompanhado movimentação de equipamentos/ chegada e guarda no salão nobre.
- Acompanhado projeto de instalação de televisores para TV doutor.

18 – FISIOTERAPIA – ENFERMARIA - RESPONSÁVEL

TÉCNICA: SANDRA DIAS TAVARES CINTRA – CREFITO 17941-F

18.1 - ESTRUTURA E OPERAÇÃO:

Equipe: 03 Fisioterapeutas.

Período:

Dias úteis: 08h às 19h.

Finais de semana e feriados: 10h às 16h.

- Setor: Enfermarias (S2, S3, H2, H3, TMO) e Pronto Socorro (Emergência/Sala Vermelha).

18.2 - OBJETIVO:

- Fisioterapia Respiratória: Aplicação de técnicas de reexpansão pulmonar, higiene brônquica, aspiração de vias aéreas e manejo de oxigenoterapia (instalação, titulação e desmame).

- Fisioterapia Motora: Protocolos de reabilitação precoce utilizando exercícios isométricos, concêntricos e excêntricos para manutenção e melhora da funcionalidade.

18.3 - DESEMPENHO POR SETOR E ESPECIALIDADE:

18.3.1 - S3 Cirúrgico (Ortopedia e Bariátrica)

- Fratura de Fêmur: Alcançada a meta de 100% de cobertura no pré e pós-operatório. Foco em desmame de O2 e reabilitação motora imediata (sedestação, ortostase e treino de marcha com dispositivo auxiliar).
- Cirurgia Bariátrica: 100% de adesão ao protocolo de fisioterapia respiratória e motora precoce.

18.3.2 - Cirurgia Geral e Alinhamento Estratégico

- Indicador: 40% de cobertura assistencial.
- Melhoria: Em dezembro de 2025, foi realizado um alinhamento estratégico entre a Coordenação de Cirurgia e a Gerência (Tatiane Rampin) para otimizar o fluxo de encaminhamentos e elevar este indicador em 2026.

18.3.3 - Transplante de Medula Óssea (TMO) e Hematologia

- Indicador: 100% de cobertura.
- Objetivo: Manutenção da capacidade funcional e estabilidade ventilatória, visando minimizar a dependência de oxigênio suplementar em pacientes imunossuprimidos.

18.3.4 - Clínica Médica (H2, H3,TMO) e S2 (SUS)

- H2/H3: 100% de cobertura em pacientes de clínica médica, focando na prevenção de declínio funcional e respiratório durante a internação.
- S2 (Pacientes Externos/UPAs): Média de 95% de cobertura em pacientes de alta complexidade crônica, com foco em reabilitação pulmonar e motora.

18.4 - PRONTO SOCORRO E SUPORTE VENTILATÓRIO:

Atuação em intercorrências e pacientes críticos na Sala Vermelha:

- Manejo de Ventilação Não Invasiva (VNI) e suporte na Intubação Orotraqueal (IOT).
- Configuração e ajuste fino de parâmetros em ventiladores mecânicos.
- Acompanhamento e transporte seguro de pacientes críticos para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

18.5 - IMPLANTAÇÕES

Em 2025, otimizamos uso da Ventilação Mecânica nas enfermarias, apesar da limitação da quantidade de ventiladores disponibilizados para as enfermarias, como medida de resgate para reverter broncoespasmos e evitar intubações desnecessárias.

Mantivemos o rigor nos protocolos de transferência segura para o Pronto Socorro ou UTI nos casos em que o suporte em enfermaria atingia o limite de segurança clínica.

19 – DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS E DEPARTAMENTO

PESSOAL - SUPERVISORA: FLÁVIA REGINA F.DE CARVALHO

ENCARREGADA: LUCIANA SOLANGE M. A. DE CARVALHO

19.1 - No exercício de 2025, o Departamento de Recursos Humanos e o Departamento Pessoal organizaram suas atividades com base em três pilares estratégicos: Administração de Pessoal, Desenvolvimento Humano e Organizacional e Saúde, Segurança e Qualidade de Vida, com o objetivo de fortalecer a gestão de pessoas, promover o desenvolvimento das lideranças e assegurar o cuidado integral aos colaboradores.

19.2 - No âmbito da Administração de Pessoal, o RH administra as diversas atividades no âmbito trabalhista, como:

- Admissão de pessoal, férias, folha de pagamento (CLT, autônomos, estagiários, patrulheiros, Radimagem), rescisão, homologação, acordos judiciais, parcelamento do FGTS, emissão de advertência/suspensão, controle e recolhimento de encargos (FGTS, INSS, IRRF), DIRF, Informe de Rendimentos, Frequência, controle de afastados, controle de PCDs, atendimento ao público e à fiscalização do Ministério do Trabalho, Ministério Público.
- Pagamento mensal de funcionários, todo 5º dia útil do mês.
- O Pagamento de Rescisões Contratuais.

As rescisões contratuais de funcionários foram todas pagas. Com o início do FGTS Digital, não é possível parcelar a multa de 40% do FGTS e rescisão, sendo assim, todas as verbas foram pagas na integralidade dentro no prazo legal.

- Parcelamento dos débitos de FGTS E Contribuição Social.

Dentro dos benefícios da Lei 11.345/06, as dívidas acima mencionadas foram parceladas, sendo que atualmente temos dois parcelamentos vigentes:

1º Parcelamento: compreendendo as competências 04/1998 a 12/2014 em 180 parcelas

2º Parcelamento: compreendendo as competências 06/2023 a 08/2023 em 060 parcelas

As parcelas são pagas mensalmente com vencimento no dia 22 de cada mês.

- Acordo Coletivo

Foi aplicado o reajuste salarial de 6% para os funcionários e mais uma vez assinado Acordo Coletivo com o Sindicato da Saúde.

- Benefícios

O Hospital oferece um pacote de benefícios composto por Vale Transporte, Vale Alimentação, Convênio Médico, Refeição subsidiada, Auxílio Creche, TotalPass, PAE (Programa de assistência ao Empregado) e medicamentos, onde o colaborador não tem custo algum na aquisição de medicamentos, pois tais despesas são cobertas com um investimento mensal feito pelo Hospital.

- No pilar de Desenvolvimento Humano e Organizacional, foram realizadas 255 contratações para o Hospital e 76 contratações para o Plano de Saúde. O processo de recrutamento interno passou por reestruturação, possibilitando o preenchimento de 13 vagas por meio de movimentações internas, contribuindo para a valorização dos talentos e ampliação das oportunidades de crescimento profissional.
- O índice de turnover manteve-se abaixo da meta institucional, registrando média de 2,84%, frente à meta estabelecida de 2,9%.

- Iniciamos o programa de treinamento voltados à liderança, com foco no fortalecimento da gestão e no desenvolvimento de competências comportamentais. O projeto de Plano de Cargos e Salários foi iniciado e encontra-se em fase de desenvolvimento.
- Foram implantados programas de reconhecimento por tempo de casa, apadrinhamento de novos colaboradores da assistência, bem como mantida a oferta contínua de treinamentos técnicos e comportamentais aos colaboradores, totalizando 61 treinamentos.
- Destacam-se, ainda, a implantação do Código de Conduta, a realização de palestras educativas e a elaboração de cartilhas orientativas sobre prevenção ao assédio. Ressalta-se também a condução da Pesquisa de Clima Organizacional, cujos resultados subsidiaram a definição de planos de ação e a implementação de melhorias institucionais, além de contribuírem para o direcionamento das adequações à NR-1.
- No Pilar de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida, foi implantado o Projeto de Qualidade de Vida, com foco na promoção da saúde e do bem-estar, contemplando ações direcionadas à prevenção e enfrentamento de condições como obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, distúrbios osteomusculares e transtornos mentais. Foi implementado o benefício TotalPass, ampliando o acesso dos colaboradores a serviços voltados à saúde física, nutricional e mental. Também foi estruturado o Programa de Atendimento ao Empregado e Familiares, destinado ao suporte psicológico. Adicionalmente, foram firmadas parcerias com instituições de ensino, com o objetivo de incentivar a capacitação, formação acadêmica e desenvolvimento profissional.
- No que se refere à Medicina do Trabalho, foram realizados 1.352 atendimentos médicos, abrangendo exames admissionais, demissionais, periódicos e demais atendimentos ocupacionais. Registraram-se, ainda, 27

encaminhamentos de colaboradores para acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

19.3 - As ações desenvolvidas ao longo de 2025 evidenciam o compromisso institucional com a valorização das pessoas, o fortalecimento da cultura organizacional, a promoção da saúde e a busca contínua pela excelência nos processos de gestão de pessoas.

20 – PRONTO ATENDIMENTO - PA

COORDENADOR: DR. LUIS JORGE CORREA PASSOS

SUPERVISORA DE ENFERMAGEM: CLÁUDIA TACLA FURTADO

20.1 - HORARIO DE FUNCIONAMENTO:

O horário de funcionamento é de 24 horas ininterruptas.

20.2 - ESTRUTURA FÍSICA:

O setor conta com uma recepção de pacientes, sala de acolhimento, duas salas de espera internas, 6 consultórios, posto de enfermagem, farmácia satélite, duas salas de medicações com 15 poltronas ao total, sala de observação com 6 macas, sala de observação anexa com 3 macas e sala de urgência com 4 leitos, sala administrativa e conforto médico.

20.3 - RECURSOS HUMANOS:

- ❖ Coordenadora RT – carga horária 8h.
- ❖ Coordenador Médico
- ❖ Enfermeiro – carga horária 6h

- ❖ Técnico de Enfermagem – carga horária 6h
- ❖ Auxiliar administrativo

20.4 - DADOS E RESULTADOS DE 2025:

- Número de Atendimentos: 79510clientes
- Número de atendimentos ASPB: 77032clientes.
- Número de Atendimentos Remidos: 1715 clientes.
- Número de Atendimentos Outros Convênios: 589 clientes.
- Número de Atendimentos Particular: 199 clientes.
- Número de Atendimentos Filantropia: 171 clientes.
- Média de Pacientes Atendidos nas Observações – Salas Amarela e Vermelha: 365/mês.
- Média de Pacientes com Retorno Precoce: 124/mês – Retornos com mesmo CID em menos de 48h.

20.5 - MELHORIAS IMPLEMENTADAS:

- Instalação de campanha e mudança no fluxo no Protocolo de dor torácica para possibilitar o atendimento do tempo de eletrocardiograma em 10 minutos.
- Acordo com equipe de Clínica Médica para que pacientes internados em Leito 500 recebam visita médica diária.
- Direcionamento dos pacientes diagnosticados com Dengue, casos não críticos, para acompanhamento por tele consulta com liberação de solicitação de exame laboratorial a ser coletado ambulatorialmente.
- Instalação de barras de segurança nos banheiros da sala de medicação e sala amarela.

- Instalação de monitores multiparâmetros nos 06 leitos da sala de observação Amarela.
- Inclusão de dupla checagem e cuidados relacionados as drogas de alto alerta na prescrição médica do pronto atendimento.
- Central de monitoramento para os 6 leitos da sala de observação Amarela e 4 leitos da sala de observação Vermelha instalada na área de prescrição médica.

21 – SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

COORDENADOR: DR. RAFAEL FAGUNDES SILVA -CRM-SP 148782

21.1 - Produção e Utilização de Salas:

O centro cirúrgico apresentou média de aproximadamente 490 procedimentos mensais. A taxa de ocupação das salas com anestesia variou entre 75% e 99%, indicando alta utilização da capacidade instalada. Observou-se aumento da demanda eletiva, gerando maior pressão sobre a agenda cirúrgica.

21.2 - Cancelamentos Cirúrgicos:

A taxa média de cancelamentos foi de aproximadamente 3,9%, abaixo da meta institucional de 5%. As principais causas relacionadas à anestesia incluem falhas no preparo pré-operatório, como jejum inadequado, uso de anticoagulantes e medicações como análogos de GLP-1, além de condições clínicas não otimizadas no dia da cirurgia.

21.3 - Atraso no Início das Cirurgias:

A média anual de atrasos foi de aproximadamente 15,2%, próxima à meta institucional. Os atrasos atribuídos à anestesia foram mínimos, representando pequena parcela dos casos, demonstrando bom desempenho operacional.

21.4 - Segurança Assistencial:

Os indicadores de reabordagem e mortalidade mantiveram-se dentro do esperado para o perfil de complexidade dos pacientes atendidos. Os casos envolveram, majoritariamente, pacientes de alto risco (ASA III-IV), sem evidência de falhas diretamente atribuíveis à anestesia.

21.5 - Protocolos Assistenciais:

O serviço de anestesia apresentou elevada adesão aos protocolos institucionais, com aproximadamente 96% de conformidade no checklist de cirurgia segura. No protocolo de fratura de fêmur, houve 100% de cobertura da avaliação anestésica, evidenciando forte integração com a equipe multiprofissional.

21.6 - Pós-operatório:

Observou-se adequada estratificação de risco, com encaminhamento apropriado para UTI nos casos indicados. Pacientes direcionados à enfermaria apresentaram evolução favorável, com altas precoces entre o segundo e quarto dia pós-operatório.

21.7 - Melhorias Implementadas:

Foram implementadas ações relevantes, incluindo expansão do SAEP, presença de anestesista em plantão presencial e desenvolvimento de protocolos de segurança, como prevenção de lesão por posicionamento e abreviação do jejum.

21.8 - Oportunidades de Melhoria:

Destacam-se como oportunidades o fortalecimento da avaliação pré-anestésica, especialmente quanto ao uso de medicações e preparo adequado, redução de cancelamentos evitáveis e ampliação dos protocolos perioperatórios.

21.9 - Conclusão:

O serviço de anestesia apresenta desempenho global satisfatório, com alta adesão a protocolos, baixa contribuição para atrasos e adequada segurança assistencial. Os principais pontos de evolução concentram-se na fase pré-operatória, com foco em eficiência e qualidade do preparo dos pacientes.

22- TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

- TICS - COORDENADOR: LÉO CARLOS DA SILVA COSTA

22.1 - Durante o ano de 2025 foram realizadas diversas atividades envolvendo as equipes de sistemas, infraestrutura e suporte técnico da equipe da TICS.

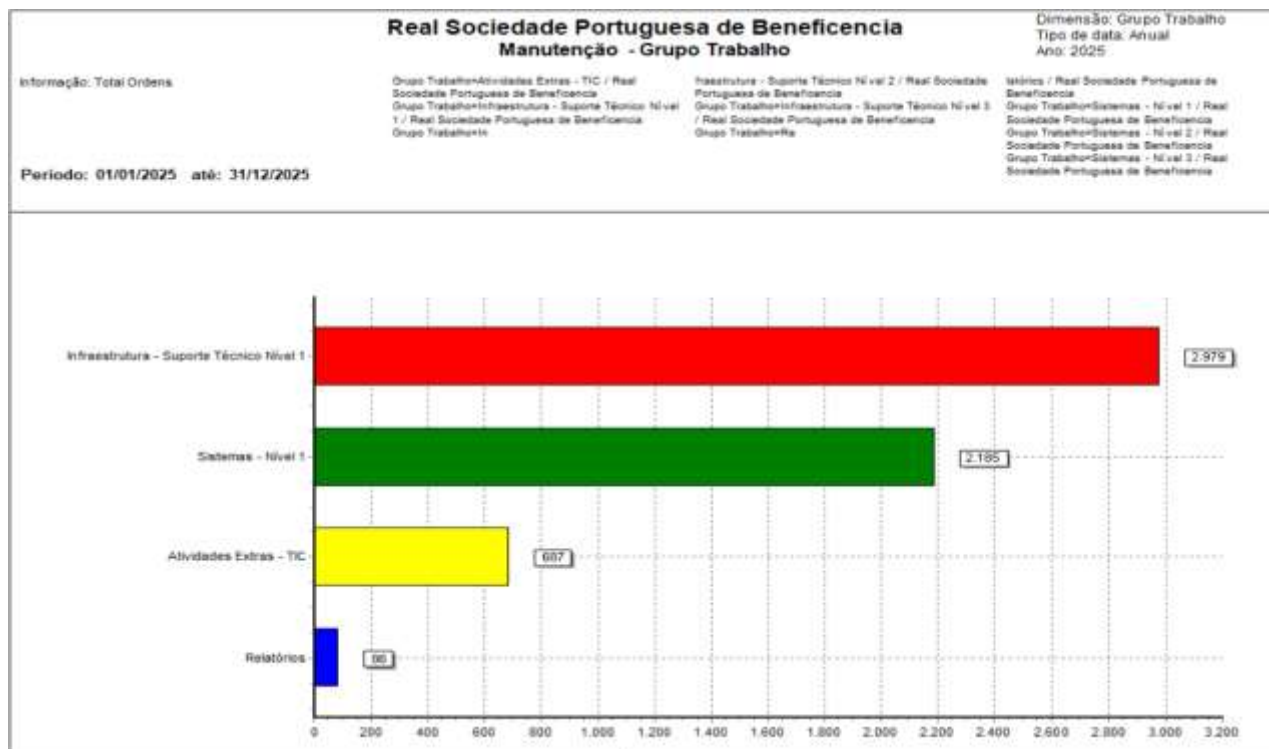
Entre todas as tarefas que são realizadas rotineiramente, além de novas implementações e melhorias, destacam-se:

Setor	Tipo	Processo	Melhoria
Hospital	Sistema Tasy	Migração para a versão HTML5 do Tasy (TASY EMR) nos setores de: Compras, Caf, Almojarifado, Manutenção, Engenharia Clínica, Portaria de visitantes, Gestão de contratos, Central de Empréstimo de Equipamentos, Patrimônio, Central de notas, Recursos humanos, Segurança do Trabalho, Medicina do trabalho e Radiologia.	Evolução do sistema Tasy para uma plataforma web que garante a continuidade da implantação de melhoras técnicas e novas funcionalidades. A nova interface web é mais intuitiva e responsiva e irá permitir no futuro a migração do sistema para a nuvem.
Hospital	Infraestrutura	Troca de 84 computadores, e 2 servidores (servidor de homologação e servidor de backup)	Novos equipamentos que garantem melhor desempenho e segurança para o uso atual e para novas funcionalidades futuras.

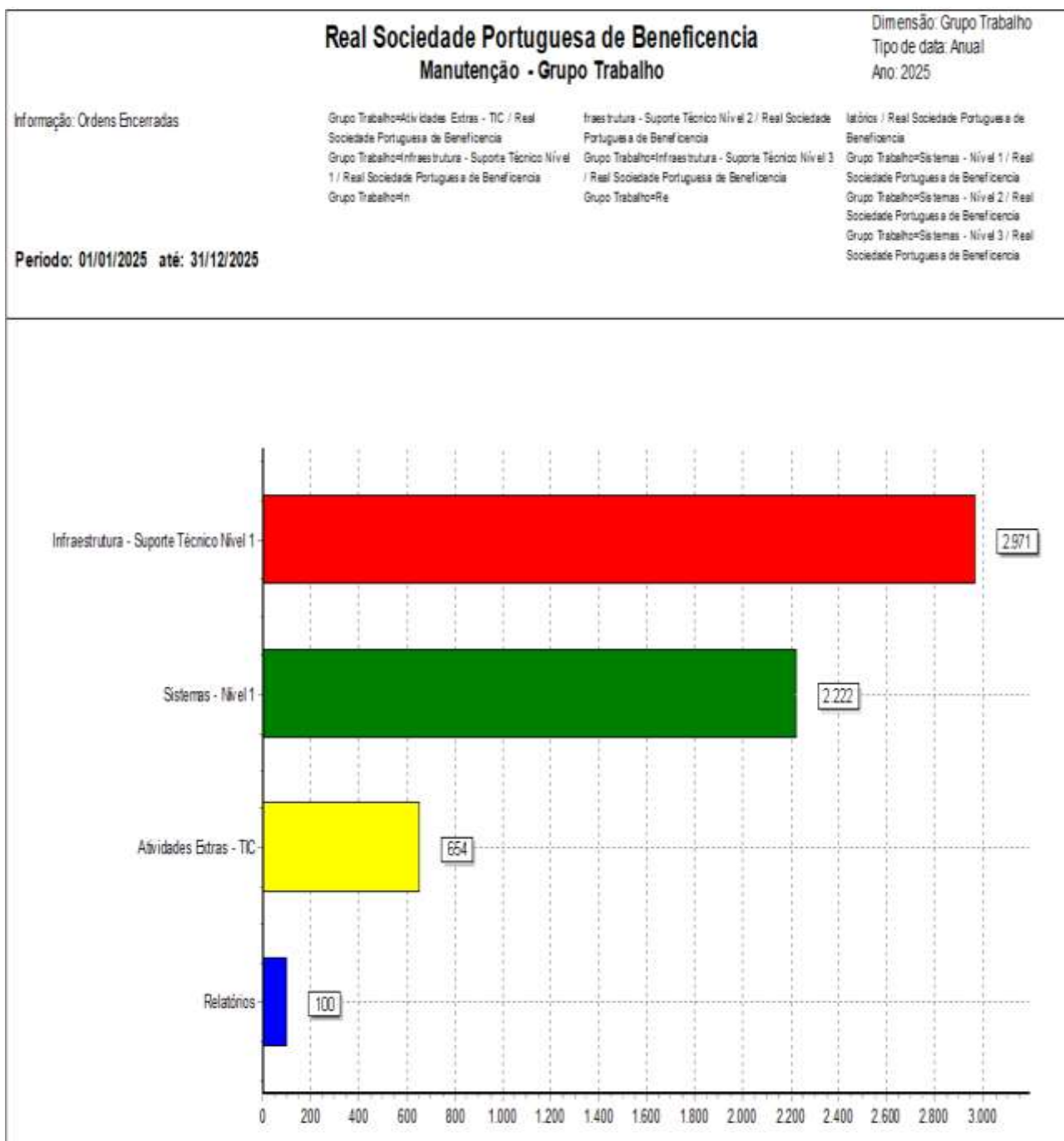
Hospital	Infraestrutura	Upgrade do link de internet de 600Mbps para 1Gbps.	O upgrade permite melhor conectividade de todos os usuários com a internet.
Hospital	Sistema Tasy	Atualização do sistema	Foram feitas diversas atualizações do sistema durante o ano. Com isso novas melhorias e correção de erros foram implantadas em todas as áreas do Hospital.

22.2 - Performace do Suporte de T.I.

22.2.1 - Durante o ano de 2025 foram solicitadas ao suporte de informática 5937 Ordens de Serviço.



Durante o ano de 2025 **foram encerradas 5947 Ordens de Serviço.**



23- DEPARTAMENTO DE IMAGEM

MÉDICO GESTOR: DR. CARLOS ROBERTO MONTI

MÉDICO COORDENADOR TÉCNICO (RT): DR. SAMUEL RODRIGUES

- COORDENADORA DE ENFERMAGEM: TATIANE LARA FRANCO

23.1 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O horário de funcionamento é de 24 horas e atendimento ambulatorial, internados e Pronto Socorro pacientes convênio e SUS.

23.2 - ESTRUTURA FÍSICA

O Departamento de Imagem do Hospital é composto pelos seguintes equipamentos:

- Raio-x móvel e fixo.
- Tomografia Computadorizada 64 canais Tomografia cardíaca 64 canais
- Radiologia Intervencionista (Biópsia, ablação...) Ultrassonografia
- Ecocardiografia
- Densitometria óssea
- Ressonância Magnética
- Hemodinâmica
- Mamografia

Nº de Equipamentos funcionando: 13
Raio-x Fixo: 02
Raio-x Portatil: 02
Tomografo: 01
Ultrassom: 03
Ecocardio: 01
Densitometria Ossea: 01
Ressonância Magnética: 01
Mamografia: 01
Hemodinâmica: 01

23.3 - RECURSOS HUMANOS

- ❖ 01 Gestor Médico
- ❖ 01 Coordenador Médico (RT)
- ❖ 02 médicos cardiologistas - Especialização Tomografia e Ressonância Cardíaca.
- ❖ 21 médicos radiologistas
- ❖ 05 cirurgiões vasculares - especialização Ultrassom Doppler.
- ❖ 04 médicos Cardiologistas- especialização ecocardiografia.
- ❖ 01 Enfermeira RT
- ❖ 01 Enfermeira Assistencial

- ❖ 09 Técnicos de Enfermagem
- ❖ 02 auxiliares de sala
- ❖ 01 Coordenador Técnico de Raio-x
- ❖ 01 Biomédica
- ❖ 23 Técnicos de Radiologia
- ❖ 10 Recepcionistas
- ❖ 04 Assistentes administrativas
- ❖ 01 Técnico de TI
- ❖ 01 Analista de Sistema
- ❖ 01 Técnica em engenharia clínica

23.4 - DADOS DE ATENDIMENTO ANO 2025

Nº Total de Exames realizados: 98.916
Nº Total de Raio-x: 63.753
Nº Total de Tomografia: 18.628
Nº Total de Ultrassom: 15.151
Nº Total de Ecocardio: 879
Nº Total de Densitometria óssea: 505

OBS: A reforma física do Departamento de Imagem contínua e com previsão para término em junho de 2026.

A Ressonância Magnética entrará em funcionamento em 09/03/2026. A

Mamografia entrará em funcionamento em 16/03/2026.

A Hemodinâmica tem previsão de funcionamento em abril de 2026.

24– SERVIÇO DE PSICOLOGIA

PSICÓLOGA : ANA GABRIELA VILLAGELIN MAZZOLA

24.1 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

O horário de funcionamento do serviço de Psicologia é de 8 horas diárias, de segunda à sexta-feira.

24.2 - ESTRUTURA FÍSICA:

A sala da Psicologia está localizada no pátio externo do hospital, atrás do atual Raio-x, onde são realizadas as evoluções dos atendimentos e os relatórios de indicadores, bem como a participação no Huddle diário.

24.3 - RECURSOS HUMANOS:

PSICÓLOGA – 8 horas diárias, com carga horária de 40 horas semanais.

24.4 - RESUMO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Atendimento a pacientes por solicitação da Equipe Multiprofissional, encaminhadas via Tasy:

- Acolhimento, apoio, orientação e acompanhamento psicológico a pacientes e familiares nas unidades de internação clínica e cirúrgica;
 - Acolhimento, apoio, orientação e acompanhamento psicológico a pacientes e familiares nas Unidades de Terapia Intensiva.
- Atendimento a pacientes e familiares por demanda espontânea;
 - Acolhimento a pacientes internados com diagnóstico hematológico;
 - Acolhimento a pacientes e familiares inseridos nos Protocolos Institucionais: Cuidados Paliativos, Fratura de Fêmur e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC);
 - Auxílio na programação de alta hospitalar;
 - Intermediação da comunicação entre famílias e equipe médica;
 - Integração na Equipe de Cuidados Paliativos;
 - Elaboração e apresentação de indicadores de resultados;
 - Participação em reuniões para apresentação de indicadores e troca de conhecimento;
 - Participação em reuniões mensais para apresentação de indicadores SUS.

24.5 - DADOS E RESULTADOS DE 2025:

A) Internações/Solicitações:

- Solicitações da Equipe Multiprofissional: 214
- Internações Paliativas: 379
- Internações Fratura de Fêmur: 107
- Internações ICC: 53

- Internações Hematologia: 49
- Demanda Espontânea: 09

B) Atendimentos:

- Número de Atendimentos realizados: 395

**25 – SERVIÇO SOCIAL – ASSISTENTES SOCIAIS: ANA CLÁUDIA
GONÇALVES G. AMORIM/ SELMA VIEIRA/ MARIA TEREZINHA
ALBERGARIA PEREIRA**

APRESENTAÇÃO DA UNIDADE:

25.1 - HORARIO DE FUNCIONAMENTO

O horário de funcionamento é de 2ª a 6ª feira das 08h00 às 16h00.

25.2 - ESTRUTURA FÍSICA

A sala do Serviço Social fica no exterior do hospital atrás do setor de imagem.

25.3 - RECURSOS HUMANOS

03 Assistentes Sociais com carga horária diária de 06 horas, 30 horas semanais e que atendem as enfermarias, UTI'S e Pronto Atendimento tendo como rotina:

- Realizar entrevistas individuais e/ou grupais, com paciente e/ou familiar para levantamento da situação sociofamiliar e das condições de tratamento domiciliar, com atenção às famílias em situação de vulnerabilidade social;

- Atendimento aos pacientes em situação de rua, paciente sem acompanhante, e sem visitas e, em uso de dispositivos e superioridade com vulnerabilidade social (acima de 80 anos), de forma criteriosa, visando uma atuação compatível com a legislação vigente referente aos direitos inerentes a essa população; com conflitos familiares em vulnerabilidade social, com dependência parcial e total.
- Paciente com perfil de atendimento domiciliar, mobilizar recursos junto a família e/ou responsável; manter entendimento com os recursos de saúde e sociais, para viabilizar o atendimento domiciliar visando a garantia da continuidade dos cuidados e do tratamento após alta hospitalar.
- Pacientes sem visitas e/ou acompanhantes a mais de dois dias, visando a continuidade do atendimento.
- Atender e acolher de maneira humanizada o paciente/família com o objetivo de orientar sobre a dinâmica da instituição; orientar e esclarecer quanto aos direitos trabalhista e previdenciários.
- Participar das discussões de caso, para interpretar fatores, psicossociais e econômicos que envolvam o paciente e assim como avaliar as condições de alta, para providência necessária quanto a desospitalização segura.
- Realizar entrevistas individuais e/ou grupais, com paciente e/ou familiar para levantamento da situação sociofamiliar e das condições de tratamento domiciliar, com atenção às famílias em situação de vulnerabilidade social;

- Atendemos prioritariamente pacientes sem acompanhante e/ou sem visitas há mais de 03 dias;
- Pessoas em situação de rua;
- Pacientes em situação de vulnerabilidade social relacionados à situação socioeconômica, acesso a moradia precária, vínculos familiares fragilizados ou rompidos.
- Pacientes pertencentes a famílias unipessoal com necessidade de cuidadores;
- Idosos sem acompanhantes;
- Paciente com perfil de atendimento domiciliar (acamado com uso de dispositivos);
- Pacientes institucionalizados;
- Pacientes com suspeita de maus tratos e/ou violências;
- Pacientes judicializados.

25.4 - DADOS E RESULTADOS DE 2025:

- Em 2025, foram realizados 1.870 atendimentos, dentre eles 402 foram através de solicitações realizadas através do sistema tasy e 1.468 atendimentos realizados por busca ativa.

- 367 pacientes foram encaminhados para acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde, SAD- Serviço de atendimento domiciliar e Instituição de Longa Permanência para idoso, DAS- Distrito de Assistência Social, CRAS Centro de Referência de Assistência Social, Centro Pop, SOS Rua.
- Foram realizados atendimentos com pacientes inseridos nos protocolos de fratura de fêmur, ICC e pacientes em cuidados paliativos.

26 - SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA – FONOAUDIÓLOGA: ALINE SANTANA

26.1 - APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

26.1.1 - HORARIO DE FUNCIONAMENTO E JORNADA DE TRABALHO

O Serviço de Fonoaudiologia é composto por 01 (um) membro que responde à Coordenação da Equipe Multiprofissional do Hospital. O Serviço de Fonoaudiologia presta os atendimentos em toda a área hospitalar - UTIs e Enfermarias. A profissional cumpre carga horária de 30 horas semanais, disposta em jornada de 06 horas diárias, de segunda a sexta, das 07h às 13h.

26.2 - ESTRUTURA FÍSICA

Não há sala ou estação de trabalho para a profissional fonoaudióloga.

26.3 - RECURSOS HUMANOS

❖ **01 (uma) Fonoaudióloga – carga horária 6 horas (segunda a sexta, das 07h às 13h):**

São atribuições e responsabilidades do fonoaudiólogo:

- integrar a equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de prevenir e reduzir complicações, por meio do gerenciamento da deglutição e da comunicação, de maneira segura e eficaz;
- avaliar a biomecânica da deglutição;
- definir o diagnóstico fonoaudiológico da fisiopatologia da deglutição, levando em consideração todos os marcadores clínicos;
- solicitar avaliações e exames complementares, quando necessário, para diagnóstico, planejamento e condutas mais assertivos para o caso;
- realizar encaminhamentos para profissionais de outras áreas, quando necessário;
- posicionar-se quanto à segurança da alimentação via oral, contribuindo para a decisão quanto à necessidade de vias alternativas de alimentação;
- indicar o volume e a(s) consistência(s) segura(s) por via oral, de forma parcial ou total, de acordo com as condições da fisiopatologia da deglutição;
- prescrever a modificação de consistências e a manutenção por via oral, de maneira segura e prazerosa, minimizando os riscos de broncoaspiração;
- prescrever os espessantes, bem como o grau de espessamento, para a ingestão segura de líquidos, sempre que necessário;
- estabelecer plano terapêutico individualizado para tratamento dos distúrbios da deglutição/disfagia orofaríngea;

- discutir os casos avaliados com a equipe multidisciplinar envolvida;
- colaborar com a elaboração do plano terapêutico do paciente;
- realizar treinamentos e orientações de alta, junto ao paciente, cuidador e/ou familiares;
- documentar a evolução em prontuário e determinar critérios para alta, acompanhamento e monitoramento fonoaudiológico;
- estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, de acordo com as diretrizes e a legislação vigentes relacionadas à assistência fonoaudiológica no âmbito hospitalar, nas questões de comunicação, cuidados paliativos, disfagia e no atendimento ao paciente crítico;
- gerenciar indicadores fonoaudiológicos.

26.4 - DADOS E RESULTADOS DO ANO DE 2025:

- Número de atendimentos no mês de Janeiro: 29
- Número de atendimentos no mês de Fevereiro: 37
- Número de atendimentos no mês de Março: 71
- Número de atendimentos no mês de Abril: 102
- Número de atendimentos no mês de Maio: 85
- Número de atendimentos no mês de Junho: 92
- Número de atendimentos no mês de Julho: 81
- Número de atendimentos no mês de Agosto: 79
- Número de atendimentos no mês de Setembro: 65

- Número de atendimentos no mês de Outubro: 80
 - Número de atendimentos no mês de Novembro: 18
 - Número de atendimentos no mês de Dezembro: 76
- **Total de atendimentos fonoaudiológicos no ano de 2025: 815**

Obs.: Os meses de Janeiro, Fevereiro e Novembro de 2025 apresentaram um número menor de atendimentos, devido às férias da profissional Fonoaudióloga. Durante os períodos de férias, o suporte fonoaudiológico foi dado por uma profissional terceirizada, sendo que os atendimentos realizados pela mesma não constam deste relatório.

27 - UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

UTI 1º ANDAR/ UTI TÉRREO / UTI S-1

COORDENADORA E RESPONSÁVEL TÉCNICA DE ENFERMAGEM :

MICHELLE MELO

27.1 - Mantivemos o total de 40 leitos para internação nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI.

27.2 - Na UTI do 1º andar, disponíveis 16 leitos, sendo 15 leitos destinados ao convênio ASPB, Remidos e Particular, e 01 leito direcionado ao SUS para ressarcimento conforme plano de trabalho estabelecido previamente, com o perfil clínico/cirúrgico;

27.3 - Na UTI do Térreo, disponíveis 14 leitos, exclusivo para internação SUS, com regulação municipal, via CROSS, perfil clínico, com cronicidade prevalente, incluindo casos frequentes de paliatividade;

27.4 - Na UTI S1, disponíveis 10 leitos, atendendo ao convênio ASPB, Remidos e Particular, perfil clínico/cirúrgico.

27.5 - Considerando o total de leitos críticos disponíveis, ou seja, englobando as três UTI's, tivemos o total de 1.797 admissões, 96% de taxa de ocupação, 6 dias de média de permanência, e o total de 407 óbitos.

27.6 - Diariamente é direcionada a gestão dos protocolos institucionais, prevenção de riscos, notificação de não conformidades e eventos relacionados à assistência.

27.7 - Eventos adversos são monitorados e casos classificados como moderados e graves, são discutidos com o Núcleo de Segurança. E óbitos inesperados, na Comissão de óbitos da instituição. Ambos, visando plano de ação para melhoria dos processos e qualidade assistencial.

27.8 - Planejamento 2026:

- Continuidade no desenvolvimento do plano terapêutico;
- Continuidade na implantação qualitativa do SAPS;
- Monitoramento da Taxa de Mortalidade Padronizada e Esperada (relação entre observadas e esperadas);
- Expansão do projeto de mentoria (apadrinhamento) dos novos colaboradores;
- Intensificar medidas de Educação Continuada, visando a atualização e aprimoramento dos colaboradores assistenciais;
- Desenvolvimento de novos indicadores, que agreguem valor à qualidade da assistência intensiva.

28– DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA E SUPRIMENTOS –
GERENTE TÉCNICA ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL –
SRA. LUCIANA DE LIMA E SILVA CARVALHO

28.1 - No que se refere à Farmácia e aos Suprimentos da R.S.P.B., apresentamos, em síntese, as principais atividades desenvolvidas no exercício de 2025:

- **Mapeamento de Processos - Farmácias:** Realizada, em janeiro/2025, a atualização do mapeamento de processos das Farmácias Central, Pronto Atendimento e Centro Cirúrgico.
- **Regimento Internos - Farmácia:** Elaboração do Regimento Interno da farmácia, em janeiro/2025.
- **Indicadores de Suprimentos:** Revisão dos indicadores de Suprimentos e Farmácia, com inclusão de métricas de perdas por quebra/vencimento e devoluções por setor/motivo, após visita da ONA em fevereiro/2025.
- **Teste Cadastro código “PAI”:** Início da unificação do cadastro de medicamentos por princípio ativo (“código pai”), visando eliminar duplicidade por marca. Teste realizado com furosemida ampola (cód. 1002) em julho/2025.
- **Atualizações de rotinas da Farmácia:**
 - Inclusão no sistema Tasy da infusão estendida para antimicrobianos (Cefepime, Meropenem, Piperacilina/Tazobactam);
 - Revisão da lista de medicamentos de alta vigilância e implementação de dupla checagem na dispensação;
 - Atualização dos impressos e manuais de rotina;

- Revisão dos critérios do Projeto Terapêutico para acionamento da Farmácia Clínica.
- **Rastreabilidade:** Início do processo de ampliação da rastreabilidade de materiais, incluindo testes com código de barras e controle por lote e validade.
- **Plano de Ação:** Elaboração de plano de ação para toda a cadeia medicamentosa, com foco no aumento da segurança dos processos.
- **Migração do sistema TASY:** Migração da versão Delphi para HTML: Compras (agosto/2025), CAF e Almoxarifado (outubro/2025).
- **Mapeamento de Processos - Suprimentos:** Realizado, em janeiro/2025, o mapeamento de processos dos setores Central de Abastecimento e Compras.
- **Comissão de Padronização e Tecnovigilância:** Elaboração do Regimento da Comissão de Padronização e Tecnovigilância, em janeiro/2025.
- **Contratos Comerciais:** Renegociação de contratos com fornecedores (Cristália, ABL, Suzano/Kimberly e Luimed/Rioquímica).
- **Controle de Custos:** Implementação de teto de gastos, com acompanhamento contínuo para manutenção das compras dentro dos valores aprovados.
- **Cronograma Anual:** Cumprimento das atividades programadas, incluindo inventários, visitas técnicas e controle de vencimentos (documentações legais, equipamentos e contratos).

- **Verba SUS:** Realização de compras mensais conforme convênio 011/2021 e início, em junho/2025, das aquisições via Tabela SUS Paulista, conforme orientações da prestação de contas, visando evitar glosas.
- **Alteração do processo SIAD:** Transferência do setor para o CEM 3 em junho/2025 e, a partir de novembro/2025, gestão integral pela operadora, incluindo suprimentos e demandas judiciais.
- **Compras Oncologia ASPB:** Compras realizadas pela RSPB até agosto/2025 via plataforma Bionexo. A partir de setembro/2025, a gestão foi assumida pela operadora.
- **Recursos Humanos - Compras:**
 - Substituição e novas contratações ao longo do exercício;
 - Reestruturação da equipe;
 - Adequação do cargo da colaboradora Maria Hozana para Farmacêutica de Compras e Suprimentos.
- **Recursos Humanos CAF:** Adequação do cargo da colaboradora Ana Paula Pereira Martins para Farmacêutica de Logística, em novembro/2025.
- **Armazenamento de Psicotrópicos:** Aquisição de armários e divisórias (psicobox), com apoio do fornecedor Cristália, visando adequação às exigências da Portaria 344/98.
- **Verba para Equipamentos e Mobiliários:** No exercício de 2025, ocorreu o recebimento parcial dos equipamentos vinculados ao convênio SUS nº 021/2023, iniciado em 2024 e ainda em execução, totalizando valor R\$ 7.579.111,00.

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS - CONVÊNIO 021/2023

Nº	FORNECEDOR	QUANTIDADE	STATUS
1	CAMA HOSPITALAR MOTORIZADA C/ COLCHÃO	28	RECEBIDO 2024
2	CAMA HOSPITALAR MOTORIZADA C/ COLCHÃO PARA OBESO	2	RECEBIDO 2024
3	CAMA HOSPITALAR MOTORIZADA C/ COLCHÃO COM BALANÇA	5	RECEBIDO 2025
4	RESSONANCIA MAGNETICA COM SEDAÇÃO	1	RECEBIDO 2025
5	ARMARIO DE VIDEO PARA CIRURGIA FLEXIVEL	1	RECEBIDO 2024
6	APARELHO PARA ANESTESIA	1	RECEBIDO 2024
7	FOCO CIRURGICO FIXO	1	RECEBIDO 2024
8	FOCO CIRURGICO MOVEL	1	RECEBIDO 2024
9	MESA CIRURGICA	1	RECEBIDO 2024
10	ECOCARDIO /ULTRASSOM	1	RECEBIDO 2024
11	RAIO X MOVEL	1	RECEBIDO 2024
12	OXIMETRO DE PULSO	10	RECEBIDO 2025
13	POLTRONA	18	RECEBIDO 2024
14	MESA REFEIÇÃO	48	RECEBIDO 2024
15	SUPORTE SORO	40	RECEBIDO 2024
16	ESCADAS	35	RECEBIDO 2024
17	ELEVADOR JACK TRANSPOSIÇÃO DE PACIENTES	3	RECEBIDO 2024
18	CENTRAL DE MONITORIZAÇÃO PARA UTI 16 MONITORES	1	RECEBIDO 2024
19	APARELHO PARA ANESTESIA PARA RESSONANCIA	1	RECEBIDO 2025
20	MONITOR MULTIPARAMETRO PARA RM	1	RECEBIDO 2025
21	BLINDAEM		EXCLUIDO
22	CLIMATIZAÇÃO	1	FALTA CHEGAR
23	ESTABILIZADOR -NOBREAK	1	RECEBIDO 2024
24	QUADRO DE FORÇA		EXCLUIDO
25	FOGÃO INDUSTRIAL	2	RECEBIDO 2024
26	CARRO TERMICO ALIMENTAÇÃO	3	RECEBIDO 2025
27	VENTILADOR PULMONAR DE TRANSPORTE	3	RECEBIDO 2024
28	VENTILADOR PULMONAR	10	RECEBIDO 2024

- **Verba para aquisição de equipamentos e mobiliários:** recebemos em 2025 os equipamentos referentes a verba específica do **convênio 021/2023 - SUS** no valor de R\$ 8.000.012,00.

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS - CONVÊNIO 021/23			
Nº	FORNECEDOR	QUANTIDADE	STATUS
1	SISTEMA PARA HEMODINAMICA	1	RECEBIDO 2025 aguardando lançamento da NF
2	NOBREAK PARA HEMODINAMICA	1	RECEBIDO 2025
3	TOMOGRAFO	1	RECEBIDO 2025
4	RAIO X MOVEL	1	RECEBIDO 2025
5	RX FIXO	1	RECEBIDO 2025
6	ULTRASONOGRAFIA	2	RECEBIDO 2025
7	AMBULANCIA	1	FALTA CHEGAR
8	SISTEMA DE VIDEO ENDOSCOPIA FLEXIVEL	2	RECEBIDO 2025
9	GASTROVIDEOSCOPIO	6	RECEBIDO 2025
10	COLONVIDEOSCOPIO	6	RECEBIDO 2025
11	BRONCSCOPIO	1	RECEBIDO 2025
12	ARMARIO PARA ENDOSCOPIO / COLONOSCOPIO 12 UNID	2	RECEBIDO 2025
13	CARRO MACA PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	16	RECEBIDO 2025
14	SUPORTE DE SORO PARA ENDOSCOPIA	10	FALTA CHEGAR
15	ESCADA 2 DEGRAUS PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	16	RECEBIDO 2025
16	MESA AUXILIAR PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	16	RECEBIDO 2025
17	CADEIRA DE RODAS ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	5	RECEBIDO 2025
18	CARRINHO DE ANESTERIA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	2	RECEBIDO 2025
19	PISTOLA DE AR COMPRIMIDO PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	1	RECEBIDO 2025
20	OXIMETRO PARA ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	8	RECEBIDO 2025
21	LAVADORA PARA ENDOSCOPIO	2	RECEBIDO 2025
22	COMPUTADORES	84	RECEBIDO 2025
23	GRAVADOR 32 CANAIS	1	RECEBIDO 2025
24	CARDIOVERSOR - DESFIBRILADOR	4	RECEBIDO 2025
25	CARRINHO DE URGÊNCIA	3	RECEBIDO 2025
26	APARELHO DE ECG	4	RECEBIDO 2025
27	SERVIDOR DE BACKUP	1	RECEBIDO 2025
28	SERVIDOR DE HOMOLOGAÇÃO	1	RECEBIDO 2025
29	APARELHO DE TV 43 POLEGAS	10	RECEBIDO 2025
30	CADEIRA DE BANHO PARA OBESO	3	RECEBIDO 2025
31	CARRINHO BEIRA LEITO PARA SSVV	12	RECEBIDO 2025
32	MONITOR BEIRA LEITO PARA SSVV	12	RECEBIDO 2025
33	MACA DE TRANSPORTE	2	RECEBIDO 2025

29 – CONCLUSÃO DO PRESIDENTE

29.1 - A Diretoria Executiva no ano de 2025, não mediu esforços para atualizar o parque tecnológico, reestruturar áreas para implantação de novos serviços, revisar as políticas institucionais, com o objetivo de ofertar à população uma assistência moderna e humanizada. Mantivemos o CEBAS, através do atendimento ao SUS, nas áreas de internação clínica e UTI, procedimentos de alta complexidade e atendimentos ambulatoriais. Atendemos os usuários ASPB, sendo o maior prestador da operadora, e mantivemos o compromisso de ampliar continuamente oferta de serviços assistenciais.

29.2 – Atividades realizadas em 2025:

- Investimos na estrutura física, finalizando a reforma da área de Imagem, onde implantamos novos serviços, como a Hemodinâmica, Ressonância Magnética, Densitômetro e Mamógrafo, o que elevou a complexidade assistencial do hospital.
- Adquirimos novos equipamentos em substituição a equipamentos obsoletos, como Raios x, Ecocardiógrafo, Equipamentos de Ultrassom, trocamos também o Tomógrafo;
- O serviço próprio de Hemodiálise será inaugurado no segundo semestre, contempla 40 poltronas, com capacidade operacional de aproximadamente 3100 sessões mês;
- Estamos na fase final, de um projeto do novo anexo hospitalar, que contemplará um novo Pronto Socorro, um centro cirúrgico e leitos de UTI, para atender as necessidades do hospital;

- Garantimos a Manutenção da Certificação ONA, nível II, com desdobramento das políticas, revisão da matriz de risco organizacional e atualização dos processos.
- Mantemos o projeto de captação de recurso (Emendas Parlamentares), culminando com as emendas impositivas municipais, onde foram destinadas verbas para investimentos e custeio:

29.3 - Emendas municipais 2026:

EMENDAS 2026				
EMENDA INDIVIDUAL - PROJETO DE LEI Nº 380/2025				
AGUARDA APROVAÇÃO DA PREFEITURA				
INVESTIMENTO				
PARLAMENTAR		ORIGEM DE RECURSO	OBS	VALOR DESTINADO
ARNALDO SALVETTI	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	LASER + VENOSCÓPIO + MÁQUINA FRACIONAMENTO	R\$ 450.000,00
BENÉ LIMA	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	BALÃO INTRA-AÓRTICA	R\$ 700.000,00
CARLINHOS CAMELO	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	TI	R\$ 200.000,00
CARMO LUIZ	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	VENTILADORES/MONITO RES	R\$ 800.000,00
DR. YANKO	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	VENTILADORES/MONITO RES	R\$ 160.000,00
EDISON RIBEIRO	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	TI	R\$ 842.500,00
GUILHERME TEIXEIRA	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	VENTILADORES/MONITO RES	R\$ 200.000,00
HIGOR DIEGO	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	AUTOCLAVE	R\$ 690.000,00
LUIS YABIKU	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	HEMODIÁLISE	R\$ 255.000,00
NELSON HOSSRI	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	TI	R\$ 862.500,00
PERMINIO MONTEIRO	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	HEMODIÁLISE	R\$ 700.000,00
RODRIGO DA FARMADIC	INVESTIMENTO	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	VENTILADORES/MONITO RES	R\$ 862.500,00
VALOR INVESTIMENTO:				R\$ 6.722.500,00
CUSTEIO ASSISTENCIAL				
PARLAMENTAR		ORIGEM DE RECURSO	OBS	VALOR DESTINADO
FELIPE MARCHESI	CUSTEIO ASSISTENCIAL	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	COLONOSCOPIA	R\$ 100.000,00
OTTO ALEJANDRO	CUSTEIO ASSISTENCIAL	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	COLONOSCOPIA	R\$ 100.000,00
LUIZ CARLOS ROSSINI	CUSTEIO ASSISTENCIAL	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	RESSONÂNCIA	R\$ 390.000,00
MARROM CUNHA	CUSTEIO ASSISTENCIAL	MUNICIPAL EMENDAS PARLAMENTARES	ANGIOPLASTIA	R\$ 490.000,00
VALOR INVESTIMENTO:				R\$ 1.080.000,00
VALOR TOTAL INVESTIMENTO + CUSTEIO:				R\$ 7.802.500,00

29.4- Por todas essas razões, verifica-se que houve comprovados avanços no atendimento médico-hospitalar principalmente na alta complexidade.

29.5 - A atualização tecnológica, o investimento na qualificação dos Recursos Humanos, e implantação de políticas de humanização e segurança do paciente, engrandece e consolida o nome da nossa Instituição.

Campinas, 30 de junho de 2026.



Claudio Amatte
Presidente

ANEXO

30 - RELATÓRIO DA CONTABILIDADE

EXAMES DE AUDITORIA EM

31/12/2025

**REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA.**

**DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS
REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS
EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 E RELATÓRIO DOS
AUDITORES INDEPENDENTES**



REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024.

CONTEÚDO

Relatório dos auditores independentes

Quadro 1 - Balanços patrimoniais

Quadro 2 - Demonstração dos resultados

Quadro 3 – Demonstração dos resultados abrangentes

Quadro 4 – Demonstração das mutações do patrimônio líquido

Quadro 5 - Demonstração dos fluxos de caixa

Notas explicativas às demonstrações financeiras



RELATÓRIO DO AUDITOR INDEPENDENTE SOBRE AS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

Aos Administradores da
Real Sociedade Portuguesa de Beneficência.
Campinas – SP

Opinião

Examinamos as demonstrações financeiras da **Real Sociedade Portuguesa de Beneficência** (“Entidade”), que compreendem o balanço patrimonial em 31 de dezembro de 2025 e as respectivas demonstrações do resultado, do resultado abrangente, das mutações do patrimônio social e dos fluxos de caixa para o exercício findo naquela data, bem como as correspondentes notas explicativas, incluindo o resumo das principais políticas contábeis.

Em nossa opinião, as demonstrações financeiras acima referidas apresentam adequadamente, em todos os aspectos relevantes, a posição patrimonial e financeira da **Real Sociedade Portuguesa de Beneficência** em 31 de dezembro de 2025, o desempenho de suas operações e os seus fluxos de caixa para o exercício findo naquela data, de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil.

Base para opinião

Nossa auditoria foi conduzida de acordo com as normas brasileiras e internacionais de auditoria. Nossas responsabilidades, em conformidade com tais normas, estão descritas na seção a seguir intitulada “Responsabilidade do auditor pela auditoria das demonstrações financeiras”. Somos independentes em relação à Entidade, de acordo com os princípios éticos relevantes previstos no Código de Ética Profissional do Contador e nas normas profissionais emitidas pelo Conselho Federal de Contabilidade, e cumprimos com as demais responsabilidades éticas de acordo com essas normas. Acreditamos que a evidência de auditoria obtida é suficiente e apropriada para fundamentar nossa opinião.

Incerteza relevante relacionada com a continuidade operacional

Embora tenha encerrado o exercício com superavit, a Entidade reconhece que enfrenta dificuldades financeiras, baixos índices de liquidez e o patrimônio social a descoberto

As demonstrações financeiras foram preparadas no pressuposto da continuidade normal de suas operações e não possuem ajustes em caso de descontinuidade.

Nossa opinião não está sendo ressalvada em função desta incerteza de continuidade operacional.

Auditoria de valores correspondentes ao exercício anterior

Os valores correspondentes ao exercício findo em 31 de dezembro de 2024, apresentados para fins de comparação, foram por nós auditadas e o relatório de auditoria, datado de 05 de abril de 2025, foi emitido sem ressalva e com parágrafo de ênfase referente a incerteza da continuidade operacional.

Responsabilidades da administração e da governança pelas demonstrações financeiras

A administração é responsável pela elaboração e adequada apresentação das demonstrações financeiras de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil e pelos controles internos que ela determinou como necessários para permitir a elaboração de demonstrações financeiras livres de distorção relevante, independentemente se causada por fraude ou erro.

Na elaboração das demonstrações financeiras, a administração é responsável pela avaliação da capacidade de a Entidade continuar operando, divulgando, quando aplicável, os assuntos relacionados com a sua continuidade operacional e o uso dessa base contábil na elaboração das demonstrações financeiras, a não ser que a administração pretenda liquidar a Entidade ou cessar suas operações, ou não tenha nenhuma alternativa realista para evitar o encerramento das operações.

Os responsáveis pela governança da Entidade são aqueles com responsabilidade pela supervisão do processo de elaboração das demonstrações financeiras.

Responsabilidades do auditor pela auditoria das demonstrações financeiras

Nossos objetivos são obter segurança razoável de que as demonstrações financeiras, tomadas em conjunto, estão livres de distorção relevante, independentemente se causada por fraude ou erro, e emitir relatório de auditoria contendo nossa opinião. Segurança razoável é um alto nível de segurança, mas não uma garantia de que a auditoria realizada de acordo com as normas brasileiras e internacionais de auditoria sempre detectam as eventuais distorções relevantes existentes. As distorções podem ser decorrentes de fraude ou erro e são consideradas relevantes quando, individualmente ou em conjunto, possam influenciar, dentro de uma perspectiva razoável, as decisões econômicas dos usuários tomadas com base nas referidas demonstrações financeiras.

Como parte da auditoria realizada de acordo com as normas brasileiras e internacionais de auditoria, exercemos julgamento profissional e mantemos ceticismo profissional ao longo da auditoria. Além disso:

- Identificamos e avaliamos os riscos de distorção relevante nas demonstrações financeiras, independentemente se causada por fraude ou erro, planejamos e executamos procedimentos de auditoria em resposta a tais riscos, bem como obtemos evidência de auditoria apropriada e suficiente para fundamentar nossa opinião. O risco de não detecção de distorção relevante resultante de fraude é maior do que o proveniente de erro, já que a fraude pode envolver o ato de burlar os controles internos, conluio, falsificação, omissão ou representações falsas intencionais.
- Obtemos entendimento dos controles internos relevantes para a auditoria para planejarmos procedimentos de auditoria apropriados às circunstâncias, mas, não, com o objetivo de expressarmos opinião sobre a eficácia dos controles internos da Entidade.
- Avaliamos a adequação das políticas contábeis utilizadas e a razoabilidade das estimativas contábeis e respectivas divulgações feitas pela administração.

Responsabilidades do auditor pela auditoria das demonstrações financeiras (continuação)

- Concluímos sobre a adequação do uso, pela administração, da base contábil de continuidade operacional e, com base nas evidências de auditoria obtidas, se existe incerteza relevante em relação a eventos ou condições que possam levantar dúvida significativa em relação à capacidade de continuidade operacional da Entidade. Se concluirmos que existe incerteza relevante, devemos chamar atenção em nosso relatório de auditoria para as respectivas divulgações nas demonstrações financeiras ou incluir modificação em nossa opinião, se as divulgações forem inadequadas. Nossas conclusões estão fundamentadas nas evidências de auditoria obtidas até a data de nosso relatório. Todavia, eventos ou condições futuras podem levar a Entidade a não mais se manter em continuidade operacional.
- Avaliamos a apresentação geral, a estrutura e o conteúdo das demonstrações financeiras, inclusive as divulgações e se as demonstrações financeiras representam as correspondentes transações e os eventos de maneira compatível com o objetivo de apresentação adequada.

Comunicamo-nos com os responsáveis pela governança a respeito, entre outros aspectos, do alcance planejado, da época da auditoria e das constatações significativas de auditoria, inclusive as eventuais deficiências significativas nos controles internos que identificamos durante nossos trabalhos.

Campinas-SP, 05 de junho de 2026



Evolução Auditores Independentes S.S. Ltda
CVM nº 12.602
CRC 2SP027695/O-7

**ALEXANDRE FERRETTI
REGINALDO:21896765840**

Assinado digitalmente por ALEXANDRE FERRETTI REGINALDO:21896765840
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=AC Sempre RFB v2, OU=RFB e-CPF A1, OU=EM BRANCO, OU=15590921000129, OU=videoconferencia, CN=ALEXANDRE FERRETTI REGINALDO:21896765840
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: Campinas - SP
Data: 2026.06.11 11:44:44-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.2.0

Alexandre Ferretti Reginaldo
Sócio contador
CRC 1SP254620/O-0

QUADRO 1

Real Sociedade Portuguesa de Beneficência (RSPB)

BALANÇOS PATRIMONIAIS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024

(Valores expressos em reais)

ATIVO	nota	2025	2024	PASSIVO E PATRIMÔNIO LÍQUIDO (PASSIVO A DESCOBERTO)	nota	2025	2024
CIRCULANTE				CIRCULANTE			
Caixa e equivalentes de caixa	4	7.335.458	9.201.381	Empréstimos e financiamentos	10	8.259.841	10.994.049
Clientes	5	11.756.035	13.124.363	Acordos com fornecedores	11	8.389.529	398.204
Estoques	6	2.955.097	3.086.992	Fornecedores e Prestadores de Serviços	12	11.732.087	21.851.202
Adiantamentos a fornecedores	-	4.597.889	2.947.890	Honorários médicos	13	4.923.316	3.679.575
Impostos a recuperar	-	2.225.626	1.375.345	Obrigações sociais	14	12.290.988	14.878.465
Total do ativo circulante		28.870.105	29.735.971	Adiantamentos de clientes	15	19.408.777	20.541.238
				Obrigações tributárias	16	5.229.823	5.045.886
				Obrigações tributárias - Parcelamentos	17	20.084.299	8.941.170
				Receitas diferidas	-	150.000	150.000
				Outras contas a pagar	18	19.114.054	7.733.162
NÃO CIRCULANTE				Total do passivo circulante		109.582.714	94.212.951
Bloqueios judiciais e outros ativos	7	1.702.250	1.157.576	NÃO CIRCULANTE			
Investimentos	8	16.809.326	4.311.209	Empréstimos e financiamentos	10	21.557.914	23.748.998
Imobilizado	9	32.062.064	16.843.639	Fornecedores e Prestadores de Serviços	12	108.050	28.428.848
Total do ativo não circulante		50.573.640	22.312.424	Acordos com fornecedores	11	16.743.260	413.748
				Receitas diferidas	-	875.000	875.000
				Provisão de contingências	19	5.753.513	6.299.472
				Obrigações tributárias - Parcelamentos	17	60.502.207	65.580.650
				Total do passivo não circulante		105.539.944	125.346.716
				PATRIMÔNIO LÍQUIDO (PASSIVO A DESCOBERTO)			
				Patrimônio social	-	17.153.825	17.153.825
				Reservas de reavaliação	-	10.209.882	10.209.882
				Déficits acumulados	-	(169.858.163)	(201.690.528)
				Outros Resultados Abrangentes	-	6.815.549	6.815.549
				Total do patrimônio líquido (Passivo a Descoberto)		(135.678.907)	(167.511.272)
TOTAL DO ATIVO		79.443.745	52.048.395	TOTAL DO PASSIVO E PATRIMÔNIO LÍQUIDO (PASSIVO A DESCOBERTO)		79.443.745	52.048.395

As notas explicativas são parte integrante das demonstrações financeiras.

QUADRO 2

Real Sociedade Portuguesa de Beneficência (RSPB)

DEMONSTRAÇÃO DO SUPERÁVIT OU DÉFICIT
PARA OS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024
(Valores expressos em reais)

	nota	2025	2024
RECEITA LÍQUIDA	20	141.708.976	132.014.315
Custo dos serviços prestados	21	(86.302.636)	(101.193.963)
RESULTADO BRUTO		55.406.340	30.820.352
		39,1%	23,3%
DESPESAS OPERACIONAIS			
Gerais e administrativas	22	(59.792.987)	(46.442.214)
Outras (despesas) e receitas operacionais, líquidas	23	56.236.752	34.693.342
		(3.556.235)	(11.748.872)
(DÉFICIT) / SUPERÁVIT DO EXERCÍCIO ANTES DO RESULTADO FINANCEIRO		51.850.105	19.071.480
		36,6%	14,4%
Despesas financeiras	24	(26.728.133)	(22.383.498)
Receitas financeiras	25	1.461.818	10.501.871
SUPERAVIT DO EXERCÍCIO		26.583.790	7.189.853
		18,8%	5,4%

As notas explicativas são parte integrante das demonstrações financeiras.

QUADRO 3

Real Sociedade Portuguesa de Beneficência (RSPB)

**DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS ABRANGENTES
PARA OS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024
(Valores expressos em reais)**

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
(Déficit) / Superávit líquido do exercício	26.583.790	7.189.853
Receita com combinação de negócio (Centro de Oncologia)	-	-
Total de resultados abrangentes do exercício	<u>26.583.790</u>	<u>7.189.853</u>

As notas explicativas são parte integrante das demonstrações financeiras.

QUADRO 4

Real Sociedade Portuguesa de Beneficência (RSPB)

DEMONSTRAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO PATRIMÔNIO SOCIAL (PASSIVO A DESCOBERTO)
PARA OS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024

(Valores expressos em reais)

	Patrimônio social	Reservas de reavaliação	Reserva de moratória - Pró SUS	Superávits (Déficits) acumulados	Outros Resultados Abrangentes	Total
SALDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2023	17.153.825	10.209.882	-	(208.880.381)	6.815.549	(174.701.125)
Resultado do exercício	-	-	-	7.189.853	-	7.189.853
SALDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2024	17.153.825	10.209.882	-	(201.690.528)	6.815.549	(167.511.272)
Ajuste de exercícios anteriores	-	-	-	5.248.575	-	5.248.575
Resultado do exercício	-	-	-	26.583.790	-	26.583.790
SALDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025	17.153.825	10.209.882	-	(169.858.163)	6.815.549	(135.678.907)

As notas explicativas são parte integrante das demonstrações financeiras.

QUADRO 5

Real Sociedade Portuguesa de Beneficência (RSPB)

**DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA
PARA OS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024
(Valores expressos em reais)**

	2025	2024
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS		
Superávit (Déficit) do exercício	26.583.790	7.189.853
Ajustes para reconciliar o lucro (prejuízo) líquido ao caixa gerado pelas atividades operacionais:		
Combinação de negócio (Centro de Oncologia)	-	-
Depreciações	515.507	2.211.668
Valor residual do ativo imobilizado baixado	3.545.277	200.115
	<u>30.644.574</u>	<u>9.601.636</u>
(Aumento) diminuição dos ativos:		
Clientes	1.368.328	(836.940)
Estoques	131.895	(178.662)
Adiantamentos	(1.649.999)	(1.669.293)
Depósitos judiciais - não circulante	(544.674)	(58.949)
Antecipação de aluguel	-	-
Impostos a recuperar	(850.281)	(593.443)
Aumento (diminuição) dos passivos:		
Fornecedores - circulante	(10.119.115)	(2.129.773)
Acordos com fornecedores	7.991.325	14.761
Honorários médicos	1.243.741	696.943
Obrigações tributárias	183.937	(4.887.368)
Obrigações tributárias - Parcelamentos - circulante	11.143.129	(8.037.985)
Obrigações sociais	(2.587.477)	5.725.109
Adiantamento de clientes	(1.132.461)	(5.290)
Outras contas a pagar	11.380.892	7.032.142
Acordos com fornecedores - não circulante	16.329.512	197.648
Provisão de contingências - não circulante	(545.959)	1.782.830
Obrigações tributárias - Parcelamentos - não circulante	(5.078.443)	9.874.940
Fornecedores - não circulante	(28.320.798)	(7.394.883)
	<u>(1.056.448)</u>	<u>(468.213)</u>
CAIXA LÍQUIDO GERADO (CONSUMIDOS) NAS ATIVIDADES OPERACIONAIS	29.588.126	9.133.423
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTOS		
Investimentos	(12.498.117)	(308.238)
Adições de bens do ativo imobilizado	(14.030.635)	(3.038.695)
CAIXA LÍQUIDO UTILIZADO NAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTOS	(26.528.752)	(3.346.933)
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTOS		
Empréstimos e financiamentos - circulante	(2.734.208)	4.252.286
Empréstimos e financiamentos - não circulante	(2.191.084)	(4.819.472)
CAIXA LÍQUIDO GERADO PELAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTOS	(4.925.292)	(567.186)
CAIXA LÍQUIDO GERADO (CONSUMIDO) PELAS ATIVIDADES OPERACIONAIS, DE INVESTIMENTOS E DE FINANCIAMENTOS	(1.865.918)	5.219.304
A VARIAÇÃO DO CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA É ASSIM DEMONSTRADA:		
No início do período	9.201.381	3.982.077
No fim do período	<u>7.335.458</u>	<u>9.201.381</u>
AUMENTO (REDUÇÃO) DO CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA	(1.865.923)	5.219.304

As notas explicativas são parte integrante das demonstrações financeiras.

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

1. CONTEXTO OPERACIONAL

A Real Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campinas é uma sociedade civil fundada em 20 de julho de 1873, de fins não econômicos, reconhecida de utilidade pública federal, estadual e municipal respectivamente pelo Decreto Federal de 08/10/1996; Lei Estadual nº 4.402, de 27/11/1957; e Lei Municipal nº 1.971, de 23/12/1958.

2. ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

As demonstrações financeiras relativas ao exercício findo em 31 de dezembro de 2025 estão de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil, que compreendem a lei 11.638/2007, 11.941/2009 e suas respectivas alterações, o pronunciamento técnico PME – contabilidade para pequenas e médias empresas e demais dispositivos legais e normativos pertinentes às Instituições de Fins Filantrópicos, as Resoluções CFC nº 1.159/09 e nº. 1.409/12, que aprovou a ITG 2002 – Entidades sem fins lucrativos

3. PRINCIPAIS PRÁTICAS CONTÁBEIS

3.1. MOEDA FUNCIONAL E DE APRESENTAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

A moeda funcional e de apresentação da Entidade é o real (R\$).

3.2. ESTIMATIVAS CONTÁBEIS

São utilizadas para a mensuração e reconhecimento de certos ativos e passivos das demonstrações financeiras da Entidade.

A determinação dessas estimativas levou em consideração experiências de eventos passados e correntes, pressupostos relativos a eventos futuros e outros fatores objetivos e subjetivos. Itens significativos sujeitos a estimativas incluem, quando aplicável: i) a determinação das vidas úteis dos ativos imobilizados e dos ativos intangíveis; ii) a estimativa de perdas para créditos de liquidação duvidosa, quando necessário; iii) a análise de recuperação dos valores dos ativos imobilizados e intangíveis.

A liquidação das transações envolvendo essas estimativas poderá resultar em valores divergentes dos registrados nas demonstrações financeiras devido às imprecisões inerentes ao processo de sua determinação. A Entidade revisa suas estimativas e premissas, pelo menos, anualmente.



REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

3.3. RESULTADO

O resultado das operações é apurado de acordo com o regime contábil de competência do exercício.

3.4. ATIVOS CIRCULANTES

a. Caixa e equivalentes de caixa

São representados por dinheiro em caixa, saldos em conta corrente (bancos) e aplicações financeiras, registrados pelos valores de custo acrescidos dos rendimentos até as datas dos balanços, que não excedem os seus valores de mercado ou de realização.

b. Contas a receber

As contas a receber de clientes são registradas e mantidas no balanço pelo valor nominal dos títulos representativos desses créditos. A Entidade revisa anualmente a necessidade de ajuste de seus recebíveis a valor presente. Também são reconhecidos como Estimativa para Perdas sobre Créditos de Liquidação Duvidosa (EPCLD), valores vencidos a mais de 360 dias cujos processos de cobrança foram efetuados e a Administração, em conjunto com a controladoria, entendem que não serão realizados por meio de recebimento.

c. Estoques

Os estoques estão demonstrados ao custo médio ponderado.

A administração efetua inventários físicos, por meio de contagens periódicas para que seja possível a mensuração da quantidade e valorização adequada.

3.5. ATIVOS NÃO CIRCULANTES

a. Imobilizado

É registrado ao custo de aquisição, formação ou construção e deduzido da depreciação acumulada. As depreciações são calculadas pelo método linear, com base nas taxas que levam em consideração a vida útil dos bens.

3.6. DEMAIS ATIVOS CIRCULANTES E NÃO CIRCULANTES

Os demais ativos são registrados pelos seus valores de aquisição e reduzidos, mediante provisão, aos seus valores prováveis de realização, quando aplicável.



REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

3.7. PASSIVOS CIRCULANTES

São demonstrados por valores conhecidos ou calculáveis, acrescidos, quando aplicável.

3.8. DEMAIS PASSIVOS CIRCULANTES

São demonstrados por valores conhecidos ou calculáveis, acrescidos, quando aplicável, dos correspondentes encargos financeiros.

3.9. DEMONSTRAÇÃO DO FLUXO DE CAIXA

Foi preparada e está sendo apresentada de acordo com o CPC 03 - Demonstração dos Fluxos de Caixas, emitido pelo CPC. As demonstrações dos fluxos de caixa refletem as modificações no caixa que ocorreram nos exercícios apresentados utilizando o método indireto. Os termos utilizados na demonstração do fluxo de caixa são os seguintes:

- Atividades operacionais: são as principais atividades geradoras de receita da Entidade e outras atividades que não sejam atividades de investimento ou de financiamento.
- Atividades de investimentos: são as atividades relativas à aquisição e alienação de ativos não circulantes e outros investimentos não incluídos em atividade operacional e de financiamento.
- Atividades de financiamentos: são as atividades que têm como consequência alterações na dimensão e composição do capital próprio e nos empréstimos obtidos pela Entidade.

4. CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Caixa	39.814	22.132
Bancos	1.609.827	6.550.112
Aplicação financeira	5.685.817	2.629.137
	<u><u>7.335.458</u></u>	<u><u>9.201.381</u></u>



Beneficência
Portuguesa

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

5. CLIENTES

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Associação de Saúde Portuguesa de Beneficência	8.813.390	8.823.670
Sistema Único de Saúde - SUS	1.831.981	3.639.939
Outros créditos	1.033.178	1.026.747
Convênios a receber	674.567	678.439
Aluguéis	47.155	41.775
Cheques devolvidos	24.444	24.444
(-) Provisão para perda sobre crédito	(668.680)	(1.110.651)
	<u>11.756.035</u>	<u>13.124.363</u>

6. ESTOQUES

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Materiais e medicamentos	2.613.669	2.656.636
Outros estoques	319.485	407.416
Gêneros alimentícios	21.943	22.940
	<u>2.955.097</u>	<u>3.086.992</u>

7. BLOQUEIOS JUDICIAIS

Bloqueios judiciais no montante de R\$ 1.702.250 (Em 2024 R\$ 1.157.576), referente processos trabalhistas e cíveis, que estão em tramite e aguardam decisão judicial.

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

8. INVESTIMENTOS

	2025	2024
Imóveis destinados a renda com aluguéis (i)	16.470.000	3.799.612
Investimentos em outras sociedades	339.326	339.326
Títulos de capitalização	-	172.271
	16.809.326	4.311.209

(i) Ajuste a Valor Justo

A valorização de R\$ 12.670.388 foi registrada com base em laudo de avaliação técnica emitido por perito independente.

Imóveis destinados a renda

Os imóveis destinados a renda com aluguéis geraram uma renda anual de R\$ 478 mil em 2025 e 395 mil em 2024, conforme demonstrado na nota explicativa nº 22.

9. IMOBILIZADO

Descrição	Taxa de depreciação anual	Custo	Depreciação acumulada	Líquido	
				2025	2024
Edifício social	4%	15.649.793	(11.358.733)	4.291.060	4.091.060
Reavaliação edifício social	4%	13.519.428	(8.111.657)	5.407.771	5.407.771
Aparelhos médicos e instrumentais	10%	18.114.055	(4.250.595)	13.863.460	2.969.859
Móveis, utensílios e equipamentos	10%	8.645.283	(3.399.060)	5.246.223	3.072.161
Equipamentos de informática	4%	2.173.836	(1.082.207)	1.091.629	317.236
Reav. de outros imóveis de uso	4%	812.033	(631.413)	180.620	420.943
Outros imóveis de uso	20%	2.050.000	(413.379)	1.636.621	431.128
Veículos	10%	360.737	(233.622)	127.115	41.478
Utensílios de copa e cozinha	20%	232.251	(91.994)	140.257	18.021
Consórcio de veículos	0%	55.908	-	55.908	55.908
Ferramentas e utensílios de manutenção	10%	59.679	(38.279)	21.400	18.074
		61.673.003	(29.610.939)	32.062.064	16.843.639

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

Mapa de movimentação do imobilizado

Custos	2024			2025
	Final	Adições	Baixas	Final
Edifício social	15.649.793	-	-	15.649.793
Reavaliação edifício social	13.519.428	-	-	13.519.428
Aparelhos médicos e instrum.	6.662.412	12.090.750	(639.107)	18.114.055
Móveis, utensílios e equipam.	6.402.336	4.656.506	(2.413.559)	8.645.283
Equipamentos de informática	1.381.010	852.247	(59.421)	2.173.836
Reav. de outros imóveis de uso	1.052.356	-	(240.323)	812.033
Outros imóveis de uso	844.507	1.205.493	-	2.050.000
Veículos	271.737	89.000	-	360.737
Utensílios de copa e cozinha	109.126	123.125	-	232.251
Consórcio de veículos	55.908	-	-	55.908
Ferramentas e utensílios de manutenção	55.761	3.918	-	59.679
	46.004.374	19.021.039	(3.352.410)	61.673.003
Depreciação acumulada				
Edifício social	(11.358.733)	-	-	(11.358.733)
Reavaliação edifício social	(8.111.657)	-	-	(8.111.657)
Aparelhos médicos e instrum.	(3.692.553)	(64.151)	2.655	(3.754.049)
Móveis, utensílios e equipam.	(3.330.175)	(80.656)	11.771	(3.399.060)
Equipamentos de informática	(1.063.774)	(72.503)	54.070	(1.082.207)
Reav. de outros imóveis de uso	(631.413)	-	-	(631.413)
Outros imóveis de uso	(413.379)	-	-	(413.379)
Veículos	(230.259)	(3.363)	-	(233.622)
Utensílios de copa e cozinha	(91.105)	(889)	-	(91.994)
Aparelhos médicos e instrum. Contrato Gestão	(200.000)	(1.331.530)	1.034.984	(496.546)
Ferramentas e utensílios de manut.	(37.687)	(592)	-	(38.279)
	(29.160.735)	(1.553.684)	1.103.480	(29.610.939)
Imobilizado líquido	16.843.639	17.467.355	(2.248.930)	32.062.064

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

10. EMPRESTIMOS E FINANCIAMENTOS

Instituição financeira	Modalidade	Status	Encargos financeiros	2025	2024
Banco Caixa Econômica Federal	Capital de giro	Em vigor	1,25% a.m	18.200.352	19.082.964
Banco Santander S.A.	Capital de giro	Em vigor	0,47% a.m	3.879.829	5.437.352
Unicred do Estado de São Paulo	Capital de giro	Em vigor	0,69% a.m	3.848.029	4.228.297
Banco Pine	Capital de giro	Em vigor	0,86% a.m	2.395.495	3.813.989
Banco Daycoval S.A.	Capital de giro	Em vigor	0,88% a.m.	453.326	941.966
Banco Daycoval S.A.	Capital de giro	Em vigor	1,09% a.m	437.124	634.479
Uniprime Cooperativa de Crédito	Capital de giro	Em vigor	0,49% a 2% a.m.	603.600	604.000
				29.817.755	34.743.047
Passivo circulante				8.259.841	10.994.049
Passivo não circulante				21.557.914	23.748.998
				29.817.755	34.743.047

11. ACORDO COM FORNECEDORES

	2025	2024
Curto prazo		
ASPB oncologia	7.000.000	-
Convênio médico (ASPB)	755.924	363.779
Sanasa	348.982	-
Sindicato dos estabelecimentos de saúde	215.820	-
Sua saúde imagem diagnósticos	34.428	34.428
Acordos cíveis	29.275	-
EGM engenharia	5.100	-
	8.389.529	398.207
Longo prazo		
ASPB oncologia	14.000.000	-
Sanasa	2.617.365	-
Sindicato dos empregados de estabelecimento de saúde	125.895	413.745
	16.743.260	413.745

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

Confissão de dívida - Investimento oncologia, reclassificados em 2025 para a rubrica de “*acordos com fornecedores*”, *nota 12*. no montante de R\$ 21.000.000,00, para melhor classificação, sendo R\$ 7.000.000,00 (CP) e R\$ 14.000.000,00 (LP) para melhor classificação.

12. FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS – CIRCULANTE E NÃO CIRCULANTE

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Fornecedores	11.212.087	7.616.232
Contrato Pediatria	520.000	520.000
Confissão de dívida - Investimento Oncologia	-	7.000.000
Honorários de serviços de assessoria empresarial e advocatícia	-	5.950.000
Acordo Sanasa	-	348.982
Acordo com sindicato	-	215.820
Acordo Centro Saneamento	-	144.067
EGM Engenharia	-	56.101
Total do passivo circulante	<u>11.732.087</u>	<u>21.851.202</u>
Acordo Centro Saneamento	108.050	-
Confissão de dívida - Investimento Oncologia	-	21.000.000
Acordo Sanasa	-	2.966.348
Honorários de serviços de assessoria empresarial e advocatícia	-	4.462.500
Total do passivo não circulante	<u>108.050</u>	<u>28.428.848</u>

Confissão de dívida - Investimento oncologia, reclassificados em 2025 para a rubrica de “*acordos com fornecedores*”, *nota 11*. no montante de R\$ 21.000.000,00, sendo R\$ 7.000.000,00 (CP) e R\$ 14.000.000,00 (LP) para melhor classificação.

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

13. HONORÁRIOS MÉDICOS

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Honorarios médicos	4.923.316	3.679.578
	<u>4.923.316</u>	<u>3.679.578</u>

14. OBRIGAÇÕES SOCIAIS

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Férias a pagar	6.327.314	6.754.539
Salários	3.011.635	2.703.326
FGTS	1.124.161	1.080.228
13º Salários	809.348	3.471.762
Sindicato	439.575	177.647
Acordos trabalhistas	305.854	404.204
Empréstimo consignado	284.547	234.175
Rescisões	18.128	67.961
Pensão alimentícia	(29.574)	(15.377)
	<u>12.290.988</u>	<u>14.878.465</u>

15. ADIANTAMENTO DE CLIENTES – PRODUÇÃO MÉDICA

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Adiantamentos operadora	19.408.777	20.541.238
	<u>19.408.777</u>	<u>20.541.238</u>

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

16. OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
ISSQN	3.973.229	3.911.059
IR Retido na Fonte	852.266	827.794
INSS	401.849	299.268
PIS sobre folha	-	5.286
Taxa de lixo	2.479	2.479
	<u>5.229.823</u>	<u>5.045.886</u>

17. OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS – PARCELAMENTO - CIRCULANTE E NÃO CIRCULANTE

Tributo	Status	<u>2025</u>			<u>2024</u>		
		Circulante	Não circulante	Total	Circulante	Não circulante	Total
Ressarcimento SUS	Parcelamento ANS	(12.925.645)	(5.906.235)	(18.831.880)	(5.026.666)	(2.768.176)	(7.794.842)
INSS	Deferida e consolidada	(1.019.950)	(30.058.873)	(31.078.823)	(579.781)	(31.585.529)	(32.165.310)
ISS Terceiros	Em negociação	-	(10.283.423)	(10.283.423)	-	(6.576.954)	(6.576.954)
Transação individual	Parcelamento	(6.138.704)	(14.253.676)	(20.392.380)	(3.334.723)	(24.649.991)	(27.984.714)
		<u>(20.084.299)</u>	<u>(60.502.207)</u>	<u>(80.586.506)</u>	<u>(8.941.170)</u>	<u>(65.580.650)</u>	<u>(74.521.820)</u>

18. OUTRAS CONTAS A PAGAR

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Verbas parlamentares	18.950.465	7.579.111
Seguros a pagar	30.064	240
Outros débitos	115	23.324
	<u>18.980.644</u>	<u>7.602.675</u>

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024

(Valores expressos em reais)

19. CONTINGÊNCIAS

	2025			2024		
	Provável	Possível	Remoto	Provável	Possível	Remoto
Trabalhista (i)	4.167.596	2.003.632	-	4.802.299	2.008.600	-
Cível (ii)	1.585.917	1.933.976	-	1.497.173	2.305.000	-
	5.753.513	3.937.608	-	6.299.472	4.313.600	-
Provisão para contingência	<u>5.753.513</u>			<u>6.299.472</u>		

Processos trabalhistas reconhecidos na contabilidade.

O saldo de R\$ 4.167.596 está composto em sua maioria por ações trabalhistas nas quais os autores requerem verbas trabalhistas (horas extras, adicionais por insalubridade), indenizações (por acidente de trabalho, doença e danos morais).

Processos cíveis reconhecidos na contabilidade

O saldo de R\$ 1.585.917 está composto por ações de indenizações por danos morais, cobrança de honorários médicos e descumprimento de acordos.

20. RECEITA LIQUIDA

	2025	2024
Convênios	110.371.137	99.476.088
SUS - Sistema Único de Saúde	33.347.152	32.948.177
Verba parlamentar	650.000	-
Particular	611.378	407.791
Contrato Prefeitura	550.000	529.862
(-) Glosas emendas temporárias	(4.970)	-
(-) Glosas	(49.357)	(91.551)
(-) Glosas SUS	(3.766.364)	(1.256.052)
	<u>141.708.976</u>	<u>132.014.315</u>



Beneficência
Portuguesa

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

21. CUSTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Honorários médicos	(39.112.306)	(38.696.127)
Salários, encargos e outros benefícios	(21.037.507)	(34.816.936)
Materiais e medicamentos	(15.520.715)	(15.343.379)
Prestadores de serviços hospitalares (limpeza, gases, e outros)	(5.175.608)	(6.047.184)
FGTS	(2.731.075)	(3.254.740)
Lavanderia	(1.450.328)	(1.452.154)
Alimentação	(996.401)	(850.979)
Acordos e indenizações	(278.696)	(732.464)
	<u>(86.302.636)</u>	<u>(101.193.963)</u>

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024

(Valores expressos em reais)

22. DESPESAS GERAIS E ADMINISTRATIVAS

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Salários, encargos e outros benefícios	(39.202.909)	(24.792.157)
Gratuidade	(6.320.036)	(6.315.764)
Conservação e limpeza	(4.276.806)	(3.838.089)
Manutenção e reparos	(4.172.015)	(3.251.012)
Serviços prestados	(3.357.519)	(1.988.565)
Água, luz e gás	(2.432.856)	(2.597.112)
Contingência	(1.224.156)	(4.690.617)
Honorários advocatícios	(891.128)	(998.762)
Locação	(865.344)	(634.206)
Outras despesas	(749.665)	(969.481)
Vigilância	(723.897)	(327.764)
Telefone	(598.296)	(320.588)
Depreciação	(515.508)	(2.214.658)
Copa e cozinha	(470.858)	(446.343)
Legais e trabalhistas	(395.959)	(266.671)
Refeições	(391.940)	(346.265)
Aluguel	(289.245)	(305.032)
Material de escritório	(208.730)	(178.194)
Honorários consultoria	(151.527)	(79.973)
Associação de classe	(136.312)	(75.013)
Uniformes	(81.654)	(69.577)
IPTU	(78.011)	(58.268)
Ajuste de estoque	(77.492)	-
Combustíveis	(50.300)	(48.238)
Honorários auditoria	(37.320)	(21.918)
Publicidade e propaganda	(32.484)	(11.775)
Seguro	(27.190)	(27.790)
Assistência religiosa	(22.893)	(22.184)
Cursos e palestras	(20.989)	(5.078)
Correios	(13.081)	(8.976)
Consumo	(10.155)	(12.207)
Eventos	(4.920)	(800)
Viagem	(2.373)	(716)
Impostos e taxas	(2.314)	(40.394)
Condução	(100)	(750)
Honorários serviços técnicos	-	(2.900)
Provisão para devedores duvidosos	385.300	(750.248)
Reversão de provisões	1.337.659	2.960.107
(-) Gratuidade	6.320.036	6.315.764
	<u>(59.792.987)</u>	<u>(46.442.214)</u>

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024

(Valores expressos em reais)

21.1 GRATUIDADE

A Entidade está registrada no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, processo nº 025.413/66, deferido em sessão realizada em 06 de setembro de 1966, com renovação Sub Judice através da PORTARIA Nº 1.267, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2021, a Concessão do seu Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (“CEBAS/Saúde”).

23. OUTRAS (DESPESAS) E RECEITAS OPERACIONAIS LIQUIDAS

		<u>2025</u>	<u>2024</u>
Outras receitas	(i)	25.343.546	18.109.383
Contrato de uso da marca	(ii)	15.860.133	14.466.926
Receita com a reavaliação dos imóveis		12.670.388	-
Doações		989.485	986.811
Ajustes de estoque consignado		918.969	730.244
Receita com aluguel de imóveis		478.168	395.639
Programa Mais Santa Casas		-	28.919
Venda de ativo imobilizado		-	956
Ajuste de inventário		-	572
(-) Alienação de ativos imobilizados		<u>(23.937)</u>	<u>(26.108)</u>
		<u>56.236.752</u>	<u>34.693.342</u>

(i) Refere-se em sua maioria aos recebimentos advindos de ressarcimentos de custos e despesas administrativas advindas da Gestão Administrativa da folha de pagamento dos colaboradores da Associação de Saúde Portuguesa de Beneficência – ASPB (“Operadora”), bem como do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital. Nesta rubrica também são reconhecidas as receitas com refeição aos acompanhantes dos pacientes (R\$ 14 por refeição), utilização de WIFI (R\$ 10 por senha de acesso).

(ii) Refere-se aos valores cobrados da ASPB pela utilização da marca.

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024

(Valores expressos em reais)

24. DESPESAS FINANCEIRAS

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Encargos parcelamento de impostos	(14.820.290)	(2.192.025)
Juros s/ empréstimos bancários	(6.138.052)	(15.692.926)
Juros e multa	(5.409.814)	(4.048.672)
Comissões agenciamento de empréstimos	(290.871)	(166.683)
Custas com cartório	(35.025)	(248.402)
Despesas bancárias	(18.630)	(21.562)
Descontos concedidos	(12.129)	(12.214)
Variação monetária	(3.322)	(1.014)
	<u>(26.728.133)</u>	<u>(22.383.498)</u>

Encargos de parcelamentos - Valores referente a atualização de multa, juros e encargos relacionados aos tributos municipais e federais e dívida de ressarcimento ao SUS em 31 de dezembro de 2025, no montante de R\$ 14.820.290 (Em 2024 - R\$ 2.192.025).

25. RECEITAS FINANCEIRAS

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
Rendimentos de aplicações	1.381.189	857.179
Descontos obtidos	74.760	9.527.657
Juros e multas ativos	5.869	93.284
Depósitos judiciais	-	23.751
	<u>1.461.818</u>	<u>10.501.871</u>

26. SEGUROS

A Administração da Entidade adota uma política de seguros que considera principalmente, a concentração de riscos e sua relevância, contratados por montantes considerados suficientes, levando-se consideração a natureza de suas atividades e a orientação de seus consultores de seguros.

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024 (Valores expressos em reais)

27. INSTRUMENTOS FINANCEIROS E RISCOS OPERACIONAIS

As transações financeiras efetuadas pela Entidade em 2025 são pertinentes às suas atividades econômicas e estão relacionadas ao caixa e equivalentes de caixa, contas a receber, contas a pagar com vencimento de curto prazo, empréstimos, financiamentos de cunho operacional.

Esses instrumentos, devido a sua natureza, condições e prazos, têm seus valores contábeis registrados no balanço patrimonial próximos aos valores de mercado.

A Entidade não possui e, também não efetuou, operações com derivativos financeiros nem com outros ativos financeiros de risco nos exercícios de 2025.

28. PLANO PARA RECUPERAÇÃO DA LUCRATIVIDADE DAS OPERAÇÕES

Embora a Entidade tenha sucessivos déficits, dificuldade financeira e expressiva redução do patrimônio líquido em função da baixa do Programa PRÓ-SUS, a Administração vem buscando promover internamente um programa de governança corporativa, que visa a redução de seus déficits e o aumento da sua liquidez financeira.

29. EVENTOS SUBSEQUENTES

Não ocorreram, até a data de autorização para emissão destas demonstrações financeiras, eventos que deveriam refletir em ajustes ou divulgação em notas explicativas.

30. DATA DE AUTORIZAÇÃO PARA EMISSÃO DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

A emissão das demonstrações financeiras foi autorizada pela Administração em 05 de junho de 2026.

* * *



Beneficência
Portuguesa

REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS FINDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2025 E 2024

(Valores expressos em reais)

Conselho Deliberativo

José Roberto Sundfeld - Presidente
Cleiton Risola - Primeiro Secretário
Eduardo de Góes Monteiro - Segundo Secretário
Alberto de Vasconcellos Rodrigues
Ana Cecília Parisi
Celso Semedo Fernandes
Fernanda Andreoli
Marcelo Mendes Vinagre
Paulo Roberto Marinho Couto
Paulo Sérgio Ceccarelli
Rafael de Almeida Barbosa Ceccarelli
Renato Bertani
Rosângela Aparecida Ramos de Oliveira Ortiz
Sílvia Helena Motta
Yara Maria Baldo Pupo de Campos Ferreira

Diretoria Executiva

Cláudio Amatte - Presidente
José Henrique Moreira Lopes - Diretor Financeiro
Antônio Mendes Vinagre Júnior - Diretor Secretário
Fábio Toledo Ferreira - Diretor de Patrimônio
Fernanda Vaccarelli Tournieux - Diretora de Relacionamento Remidos
Márcia Conceição Pardal Côrtes - Diretora de Assuntos Jurídicos
Luiz Augusto Michelim da Silva - Diretor de Tecnologia da Informação
Jobert William da Esperança - Diretor da Contabilidade
Ana Laura Metri Villagelin - Diretora de Relações Públicas

Conselho Fiscal

Ricardo Vieira de Almeida Barbosa
Guilherme de Brito Lara Rômeo
Paulo Jorge Zeraik
Sebastião Sérgio Buani dos Santos

Contadora

Valdirene de Carvalho Suzzio
CRC 1SP192562/O-9

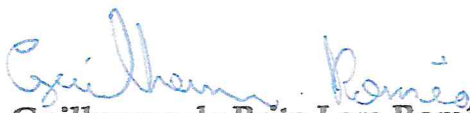
PARECER DO CONSELHO FISCAL

Os membros do Conselho Fiscal da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência inscrita com o C.N.P.J. (MF) n.º 46.030.318/0001-16, no exercício de suas atribuições legais e estatutárias, após examinarem o Balanço Patrimonial, as respectivas Demonstrações de Resultados e os registros contábeis pertinentes, relativos ao exercício encerrado em 31 de dezembro de 2025, acompanhados do parecer dos auditores independentes Evolução Auditores Independentes S.S. Ltda., concluem que as peças examinadas traduzem, adequadamente, a situação patrimonial e financeira da Instituição.

Campinas, 29 de maio de 2026.



Dr. Ricardo Vieira de Almeida Barbosa - Presidente



Dr. Guilherme de Brito Lara Romão - Secretário



Sr. Paulo Jorge Zeraik- Vice-Presidente