



LAUDO DE INSPEÇÃO TÉCNICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

Identificação da Unidade: CLÍNICA DOUTOR GUSTAVO NOVAES LTDA			
Nome Fantasia: CLÍNICA DOUTOR GUSTAVO NOVAES LTDA			
Endereço: Av. Paulo de Frontim, 590 – sala 709,710 e 711		Aterrado	
Município: Volta Redonda		Telefone: (24) 99221-1124	
CNPJ: 37.835.306/0001-78			
Responsável Técnico	Dr Gustavo Novaes Cardoso	CRM	52.82346-5
Email:	dr.gustavonovaes@gmail.com	CNES	0283185
Tipo de Vistoria:		Prestação de serviço de exames US de órgãos e Estruturas	
Processo de Contratação:	PA2327/2024	Data: 27/01/25	Horas: 14:30H
Atendido por: Emanuela Cardoso			
Preposto:			

TIPO DE PRESTADOR:

☐	Federal	☐	Municipal	☐	Filantrópico
☐	Estadual	☐	Universitário	☒	Privado x

TURNO DE ATENDIMENTO

☐	Somente de manhã	☐	Turnos Intermitentes	☐	Manhã, Tarde e Noite
x	Manhã e Tarde	☐	Somente à Tarde	☐	Privado

CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Procedimento	Semanal	Mensal	Anual
USG	360		

RECURSOS HUMANOS:

Função	Quant.	Seg.	Ter	Qua.	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico (a)	04	X	x	X	X	X	X	Não
Serviço Administrativo	2	X	X	X	X	X	X	Não
Recepção	1	X	X	X	X	X	X	Não
Serviços Gerais	1	x	X	x	X	x	X	Nao

INSTALAÇÕES:

Nº total de salas para realização de	02
Área em metros quadrados	45mts²

ÁREA PARA COLETA DE MATERIAL:

Acesso restrito ?	Sim	-	Não	-
Sinalização adequada ?	Sim	-	Não	-
Espaço adequado ?	Sim	-	Não	-
Tem janelas a menos de 2.20cm de altura do piso ?	Sim	-	Não	-



RECEPÇÃO:

Atendimento adequado ?	Sim	X	Não	
Espaço adequado ?	Sim	X	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	X	Não	

SALA DE ESPERA:

Acesso restrito ?	Sim	X	Não	
Há conforto para funcionários / clientes	Sim	X	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	X	Não	
Espaço adequado ?	Sim	X	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	X	Não	
Área bem localizada em relação do fluxo de pacientes ?	Sim	X	Não	

SANITÁRIOS:

Para o público é separado por sexo ?	Sim		Não	X
Exclusivo para funcionários ?	Sim	X	Não	
Boas condições de higiene ?	Sim	X	Não	
Espaço adequado ?	Sim	X	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	X	Não	
Estado geral de conservação, limpeza dos pisos, anteparas e teto ?	Sim	X	Não	

CERTIFICADOS / CERTIDÕES

Certificado de Inspeção Sanitária	Validade	28/05/25
Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica - CRM	Validade	31/12/25
Certidão de Inscrição de Empresas e da Clínica ?	Validade	12/08/20

FLUXO DA CLIENTELA

X	Atendimento de clientela referenciada
-	Atendimento de demanda espontânea
-	Material coletado nas UBS e encaminhado ao prestador

MODO DE AGENDAMENTO

Telefone		Pessoalmente		Sistema de Regulação Municipal	X
----------	--	--------------	--	--------------------------------	---

TEMPO DE EXECUÇÃO

Tempo médio de agendamento e a prestação de serviços ?	Vivver
Tempo médio da coleta e a entrega dos resultados ?	Na hora
Número de atendimentos diários programados para o Sistema Único de Saúde	60
Inclui pacientes internados ?	Não

DESTINO DOS RESULTADOS

Qual o destino dos resultados não entregues ao paciente ?	Sistema
Como são arquivados os laudos ?	Sistema
Por qual período são arquivados ?	5 anos
Existem normas de rotina dos serviços ?	Não apresentou



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Volta Redonda
Secretaria Municipal de Saúde



Processo nº	2327	24	Folha	351
Assinatura				

Sistema
Único
De Saúde

Existe algum programa de qualidade ?

Não

Observação: A clínica está apta para funcionamento!

Volta Redonda, 28 de Janeiro de 2025

Dr. Marcelo Henrique Mazoni
Auditor
CRM 52.37.297-5

Dr Marcelo Henrique Mazoni
Médico
CRM 52.37.297-5

Paola Calderaro Nogueira Leite
Enfermeira Auditora
Supervisora DCRAA
COREN RJ 88367

Paola Calderaro Nogueira Leite
Enfermeira
COREN 88367



LAUDO DE INSPEÇÃO TÉCNICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

Identificação da Unidade: S.R.BIANCO ULTRASSONOGRAFIA E DIAGNÓSTICO LTDA			
Nome Fantasia: CLINERJ			
Endereço:	Rua 40 Nº 13 - B	Bairro:	Vila Santa Cecília
Município:	Volta Redonda	Telefone:	(24) 3343-3707
CNPJ: 32.507.345/0001-22			
Responsável Técnico		CRM	
Email:	contato@clinerj.com.br	CNES	3008274
Tipo de Vistoria:	Prestação de serviço de exames US de Órgãos e Estruturas		
Processo de Contratação:	PA: 2327/2024	Data:	28/01/2025
Atendido por:	SOLANGE		
Preposto:			

TIPO DE PRESTADOR:

☐	Federal	☐	Municipal	☐	Filantrópico
☐	Estadual	☐	Universitário	☒	Privado

TURNO DE ATENDIMENTO

☐	Somente de manhã	☐	Turnos Intermitentes	☐	Manhã, Tarde e Noite
☒	Manhã e Tarde	☐	Somente à Tarde	☐	Privado

CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Procedimento	Semanal	Mensal	Anual
USG/ÓRGÃOS E ESTRUTURAS	200	800	9.000

RECURSOS HUMANOS:

Função	Quant.	Seg.	Ter	Qua.	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico (a)	5	5	5	5	5	5	3	
Serviço Administrativo	5	5	5	5	5	5	5	
Recepção	5	5	5	5	5	5	5	
Serviços Gerais	5	5	5	5	5	5	5	

INSTALAÇÕES:

Nº total de salas para realização dos serviços	5
Área em metros quadrados	886,29M ²

ÁREA PARA COLETA DE MATERIAL:

Acesso restrito ?	Sim	☒	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	☒	Não	
Espaço adequado ?	Sim	☒	Não	
Tem janelas a menos de 2.20cm de altura do piso ?	Sim		Não	☒



RECEPÇÃO:

Atendimento adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	

SALA DE ESPERA:

Acesso restrito ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Há conforto para funcionários / clientes	Sim	<u>X</u>	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Área bem localizada em relação do fluxo de pacientes ?	Sim	<u>X</u>	Não	

SANITÁRIOS:

Para o público é separado por sexo ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Exclusivo para funcionários ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Boas condições de higiene ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Estado geral de conservação, limpeza dos pisos, anteparas e teto ?	Sim	<u>X</u>	Não	

CERTIFICADOS / CERTIDÕES

Certificado de Inspeção Sanitária	Validade	<u>OK</u>
Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica - CRM	Validade	<u>OK</u>
Certidão de Inscrição de Empresas e da Clínica ?	Validade	<u>OK</u>

FLUXO DA CLIENTELA

<u>SIM</u>	Atendimento de clientela referenciada
<u>NÃO</u>	Atendimento de demanda espontânea
<u>NÃO</u>	Material coletado nas UBS e encaminhado ao prestador

MODO DE AGENDAMENTO

Telefone		Pessoalmente		Sistema de Regulação Municipal	<u>X</u>
----------	--	--------------	--	--------------------------------	----------

TEMPO DE EXECUÇÃO

Tempo médio de agendamento e a prestação de serviços ?	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Tempo médio da coleta e a entrega dos resultados ?	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Número de atendimentos diários programados para o Sistema Único de Saúde	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Inclui pacientes internados ?	<u>NÃO SE APLICA</u>

DESTINO DOS RESULTADOS

Qual o destino dos resultados não entregues ao paciente ?	<u>ARQUIVADOS</u>
Como são arquivados os laudos ?	<u>FÍSICO E DIGITAL</u>
Por qual período são arquivados ?	<u>5 ANOS</u>
Existem normas de rotina dos serviços ?	<u>SIM</u>



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Volta Redonda
Secretaria Municipal de Saúde



SUS

Sistema
Único
De Saúde

Processo nº	Ano	Folha
2327	24	354
Assinatura		

Existe algum programa de qualidade ?

SIM

Observação:

PRESTADOR APTO

Volta Redonda, 28 de JANEIRO de 2025.

28, 01, 25
Inimá J. O. Junior
Enfermeiro Médico-Cirúrgico
CARDIO-INTENSIVISTA
COREN-RJ 83.798
AUDITOR/DCRAA/SMS/PMVR



LAUDO DE INSPEÇÃO TÉCNICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

Identificação da Unidade: CARDIOLOGISTAS E PNEUMOLOGISTAS ASSOCIADOS LTDA			
Nome Fantasia: PRONTOCLÍNICA			
Endereço	Rua Madame Curie Nº 8		Bairro: Vila Mury
Município: Volta Redonda			Telefone: (24) 3346-2971
CNPJ: 29.069.598/0001-57			
Responsável Técnico		CRM	
Email:	prontoclinicavr@uol.com.br		CNES 2295202
Tipo de Vistoria:	Prestação de serviço de exames US de Órgãos e Estruturas		
Processo de Contratação:	PA: 2327/2024	Data: 28/01/2025	Horas: 14:00
Atendido por: Ana Paula			
Preposto:			

TIPO DE PRESTADOR:

☐	Federal	☐	Municipal	☐	Filantrópico
☐	Estadual	☐	Universitário	☒	Privado

TURNO DE ATENDIMENTO

☐	Somente de manhã	☐	Turnos Intermitentes	☐	Manhã, Tarde e Noite
☒	Manhã e Tarde	☐	Somente à Tarde	☐	Privado

CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Procedimento	Semanal	Mensal	Anual
Ultrassonografia de órgãos e estruturas	280	1120	13440

RECURSOS HUMANOS:

Função	Quant.	Seg.	Ter	Qua.	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico (a)	04	01	01*	01	01	01	-	-
Serviço Administrativo	02	02	02	02	02	02	-	-
Recepção	03	03	03	03	03	03	-	-
Serviços Gerais	01	01	01	01	01	01	-	-

INSTALAÇÕES:

Nº total de salas para realização dos serviços	02
Área em metros quadrados	≅

ÁREA PARA COLETA DE MATERIAL: - Não se aplica

Acesso restrito ?	Sim		Não	
Sinalização adequada ?	Sim		Não	
Espaço adequado ?	Sim		Não	
Tem janelas a menos de 2.20cm de altura do piso ?	Sim		Não	



RECEPÇÃO:

Atendimento adequado ?	Sim	X	Não	
Espaço adequado ?	Sim	X	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	X	Não	

SALA DE ESPERA:

Acesso restrito ?	Sim	X	Não	
Há conforto para funcionários / clientes	Sim	X	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	X	Não	
Espaço adequado ?	Sim	X	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	X	Não	
Área bem localizada em relação do fluxo de pacientes ?	Sim	X	Não	

SANITÁRIOS:

Para o público é separado por sexo ?	Sim	X	Não	
Exclusivo para funcionários ?	Sim	X	Não	
Boas condições de higiene ?	Sim	X	Não	
Espaço adequado ?	Sim	X	Não	
Ventilação e iluminação adequadas?	Sim	X	Não	
Estado geral de conservação, limpeza dos pisos, anteparas e teto ?	Sim	X	Não	

CERTIFICADOS / CERTIDÕES

Certificado de Inspeção Sanitária	Validade	06/09/2025
Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica - CRM	Validade	06/11/2026
Certidão de Inscrição de Empresas e da Clínica ?	Validade	-

FLUXO DA CLIENTELA

X	Atendimento de clientela referenciada
	Atendimento de demanda espontânea
	Material coletado nas UBS e encaminhado ao prestador

MODO DE AGENDAMENTO

Telefone		Pessoalmente		Sistema de Regulação Municipal	X
----------	--	--------------	--	--------------------------------	---

TEMPO DE EXECUÇÃO

Tempo médio de agendamento e a prestação de serviços ?	10 a 15 min
Tempo médio da coleta e a entrega dos resultados ?	Na hora
Número de atendimentos diários programados para o Sistema Único de Saúde	40
Inclui pacientes internados ?	Sim

DESTINO DOS RESULTADOS

Qual o destino dos resultados não entregues ao paciente ?	Arquivo
Como são arquivados os laudos ?	Caixa arquivo
Por qual período são arquivados ?	2 anos
Existem normas de rotina dos serviços ?	Sim
Existe algum programa de qualidade ?	Não



Observação:

* Toda terça-feira a instituição possui 02(dois) médicos para a realização de exame.
A instituição possui banheiro unissex com acessível a cadeirante.
Em anexo cópia da certidão de inspeção sanitária e regularidade CRM.
Unidade apta a prestar o serviço com os exame de Ultrassonografia.

Volta Redonda, 29 de janeiro de 2025.

Sabrina S. Ramalho
Enfermeira/Supervisora/Auditoria
COREN 146764
DCRAA SMS

2008. 2. 28. 10:00



CERTIFICADO
de Regularidade de inscrição de Pessoa Jurídica

CERTIFICADO nº:1193/2025

Inscrito no CRM-PJ nº 52-95593-9
Data da Inscrição - 06/11/1984
Razão Social - CARDIOLOGISTAS E PNEUMOLOGISTAS ASSOCIADOS LTDA
Nome Fantasia - PRONTOCLINICA
CNPJ - 29.069.598/0001-57
Endereço - RUA MADAME CURIE, 8 VILA MURY - VOLTA REDONDA/RJ 27.281-040
Classificação - Clínica Especializada
Porte -
Tipo - Subtipo -
Diretor Técnico - BERNARDO AUGUSTO ALVES MARTINS - CRM nº 52-89519-9

Validade deste Certificado
06/11/2026

Este certificado atesta a REGULARIDADE de inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº 6.839, 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.980/2011 de 07/12/2011.

Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, esta Certidão é válida até 06/11/2026. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

06 de Janeiro de 2025

Katia Telles Nogueira

KATIA TELLES NOGUEIRA
1ª TESOUREIRA DO CREMERJ

SEDE

Praia de Botafogo, 228, loja 119b, Botafogo, CEP 22250-145, Rio de Janeiro/RJ
(21) 3184-7050 - <https://www.cremerj.org.br/>



DOCUMENTO ASSINADO POR KATIA TELLES NOGUEIRA EM 06/01/2025 ÀS 10:11:39 DO HORÁRIO DE BRASÍLIA.
DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA, PARA VALIDAR ACESSSE <https://sistemacremerj.com.br/assinaturas/validarAssinatura/AK6240977> OU UTILIZE O QR CODE.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



CERTIFICADO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

PROCESSO: 3005/2024.

O Gerente da Divisão de Fiscalização Sanitária do Município de Volta Redonda, no uso de suas atribuições, de acordo com a Legislação vigente e tendo em vista as condições higiênico-sanitárias satisfatórias no momento da inspeção do estabelecimento, resolve conceder-lhe Licença Sanitária para: **Clínica médica com exames complementares.**

INTERESSADO: **CARDIOLOGISTAS E PNEUMOLOGISTAS ASSOCIADOS LTDA – ME.**

CIC/CNPJ: **29.069.598/0001-57.**

ENDEREÇO: **Rua Madame Curie nº. 08 – Vila Mury.**

RESPONSÁVEL TÉCNICO: **Bernardo Augusto Alves Martins CRM/RJ 52.0089519-9.**

VÁLIDO ATÉ: **06/09/2025.**

ESTE ORIGINAL DEVE SER MANTIDO NO ESTABELECIMENTO.
Volta Redonda, 06 de Setembro de 2024.

CARLOS AMARO CHICARINO DE CARVALHO
GERENTE DE DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA
SMS/PMVR

Proc. nº	2327	Ano	24	Folha	358
Assinatura					



LAUDO DE INSPEÇÃO TÉCNICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

Identificação da Unidade: CLÍNICA RITMO LTDA			
Nome Fantasia:			
Endereço	Rua 25 - A Nº 23 , Sala 610		Bairro: Vila Santa Cecília
Município: Volta Redonda	Telefone: (24) 3212-1819		
CNPJ: 23.641.801/0001-31			
Responsável Técnico		CRM	
Email:	clinaritmovr@gmail.com	CNES	4112458
Tipo de Vistoria:	Prestação de serviço de exames US de Órgãos e Estruturas		
Processo de Contratação:	PA: 2327/2024	Data: 28/01/2025	Horas: 10:00
Atendido por: GISELA			
Preposto:			

TIPO DE PRESTADOR:

☐	Federal	☐	Municipal	☐	Filantropico
☐	Estadual	☐	Universitário	☒	Privado

TURNO DE ATENDIMENTO

☐	Somente de manhã	☐	Turnos Intermitentes	☐	Manhã, Tarde e Noite
☒	Manhã e Tarde	☐	Somente à Tarde	☐	Privado

CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Procedimento	Semanal	Mensal	Anual
USG/ÓRGÃOS E ESTRUTURAS	200	800	9.000

RECURSOS HUMANOS:

Função	Quant.	Seg.	Ter	Qua.	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico (a)	2	2	2	2	2	2		
Serviço Administrativo	2	2	2	2	2	2		
Recepção	2	2	2	2	2	2		

INSTALAÇÕES:

Nº total de salas para realização dos serviços	3
Área em metros quadrados	12

ÁREA PARA COLETA DE MATERIAL:

Acesso restrito ?	Sim	☒	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	☒	Não	
Espaço adequado ?	Sim	☒	Não	
Tem janelas a menos de 2.20cm de altura do piso ?	Sim		Não	☒



RECEPÇÃO:

Atendimento adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	

SALA DE ESPERA:

Acesso restrito ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Há conforto para funcionários / clientes	Sim	<u>X</u>	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Área bem localizada em relação do fluxo de pacientes ?	Sim	<u>X</u>	Não	

SANITÁRIOS:

Para o público é separado por sexo ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Exclusivo para funcionários ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Boas condições de higiene ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Estado geral de conservação, limpeza dos pisos, anteparas e teto ?	Sim	<u>X</u>	Não	

CERTIFICADOS / CERTIDÕES

Certificado de Inspeção Sanitária	Validade	<u>OK</u>
Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica - CRM	Validade	<u>OK</u>
Certidão de Inscrição de Empresas e da Clínica ?	Validade	<u>OK</u>

FLUXO DA CLIENTELA

<u>SIM</u>	Atendimento de clientela referenciada
<u>NÃO</u>	Atendimento de demanda espontânea
<u>NÃO</u>	Material coletado nas UBS e encaminhado ao prestador

MODO DE AGENDAMENTO

Telefone	Pessoalmente	Sistema de Regulação Municipal	<u>X</u>
----------	--------------	--------------------------------	----------

TEMPO DE EXECUÇÃO

Tempo médio de agendamento e a prestação de serviços ?	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Tempo médio da coleta e a entrega dos resultados ?	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Número de atendimentos diários programados para o Sistema Único de Saúde	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Inclui pacientes internados ?	<u>NÃO SE APLICA</u>

DESTINO DOS RESULTADOS

Qual o destino dos resultados não entregues ao paciente ?	<u>ARQUIVADOS</u>
Como são arquivados os laudos ?	<u>FÍSICO E DIGITAL</u>
Por qual período são arquivados ?	<u>5 ANOS</u>
Existem normas de rotina dos serviços ?	<u>SIM</u>



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Volta Redonda
Secretaria Municipal de Saúde



Processo nº	Ano	Folha
2327	24	361
Assinatura		
Sistema Único De Saúde		

Existe algum programa de qualidade ?

SIM

Observação:

PRESTADOR APTO

Volta Redonda, 28 de JANEIRO de 2025.

28/01/25
Inimá J. O. Junior
Enfermeiro Médico-Cirúrgico
CARDIO-INTENSIVISTA
COREN-RJ/83.798
AUDITOR/DCRAA/SMS/PMVR



LAUDO DE INSPEÇÃO TÉCNICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

Identificação da Unidade: BRASIL SAÚDE CLÍNICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA LTDA			
Nome Fantasia:			
Endereço:	Rua 33 Nº 129	Bairro:	Vila Santa Cecília
Município:	Volta Redonda	Telefone:	(24) 3212-0244
CNPJ: 48.653.819/0001-84			
Responsável Técnico		CRM	
Email:	redebrasilsaude@gmail.com	CNES	4184068
Tipo de Vistoria:	Prestação de serviço de exames US de Órgãos e Estruturas		
Processo de Contratação:	PA: 2327/2024	Data:	28/01/2025
		Horas:	11:00
Atendido por: DIEGO E GUSTAVO			
Preposto:			

TIPO DE PRESTADOR:

☐	Federal	☐	Municipal	☐	Filantrópico
☐	Estadual	☐	Universitário	☒	Privado

TURNO DE ATENDIMENTO

☐	Somente de manhã	☐	Turnos Intermitentes	☐	Manhã, Tarde e Noite
☒	Manhã e Tarde	☐	Somente à Tarde	☐	Privado

CAPACIDADE DE ATENDIMENTO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Procedimento	Semanal	Mensal	Anual
USG/ÓRGÃOS E ESTRUTURAS	250	1000	12.000

RECURSOS HUMANOS:

Função	Quant.	Seg.	Ter	Qua.	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico (a)	5	5	5	5	5	5	3	
Serviço Administrativo	5	5	5	5	5	5	5	
Recepção	5	5	5	5	5	5	5	
Serviços Gerais	5	5	5	5	5	5	5	

INSTALAÇÕES:

Nº total de salas para realização dos serviços	5
Área em metros quadrados	12

ÁREA PARA COLETA DE MATERIAL:

Acesso restrito ?	Sim	☒	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	☒	Não	
Espaço adequado ?	Sim	☒	Não	
Tem janelas a menos de 2.20cm de altura do piso ?	Sim		Não	☒



RECEPÇÃO:

Atendimento adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	

SALA DE ESPERA:

Acesso restrito ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Há conforto para funcionários / clientes	Sim	<u>X</u>	Não	
Sinalização adequada ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Área bem localizada em relação do fluxo de pacientes ?	Sim	<u>X</u>	Não	

SANITÁRIOS:

Para o público é separado por sexo ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Exclusivo para funcionários ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Boas condições de higiene ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Espaço adequado ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Ventilação e iluminação adequadas ?	Sim	<u>X</u>	Não	
Estado geral de conservação, limpeza dos pisos, anteparas e teto ?	Sim	<u>X</u>	Não	

CERTIFICADOS / CERTIDÕES

Certificado de Inspeção Sanitária	Validade	<u>OK</u>
Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica - CRM	Validade	<u>OK</u>
Certidão de Inscrição de Empresas e da Clínica ?	Validade	<u>OK</u>

FLUXO DA CLIENTELA

<u>SIM</u>	Atendimento de clientela referenciada
<u>NÃO</u>	Atendimento de demanda espontânea
<u>NÃO</u>	Material coletado nas UBS e encaminhado ao prestador

MODO DE AGENDAMENTO

Telefone		Pessoalmente		Sistema de Regulação Municipal	<u>X</u>
----------	--	--------------	--	--------------------------------	----------

TEMPO DE EXECUÇÃO

Tempo médio de agendamento e a prestação de serviços ?	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Tempo médio da coleta e a entrega dos resultados ?	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Número de atendimentos diários programados para o Sistema Único de Saúde	<u>PELA REGULAÇÃO</u>
Inclui pacientes internados ?	<u>NÃO SE APLICA</u>

DESTINO DOS RESULTADOS

Qual o destino dos resultados não entregues ao paciente ?	<u>ARQUIVADOS</u>
Como são arquivados os laudos ?	<u>FÍSICO E DIGITAL</u>
Por qual período são arquivados ?	<u>5 ANOS</u>
Existem normas de rotina dos serviços ?	<u>SIM</u>



SUS

Sistema
Único
De Saúde

Existe algum programa de qualidade ?

SIM

Observação:

PRESTADOR APTO

Volta Redonda, 28 de JANEIRO de 2025.

28/01/25
Inimá J.O. Junior
Enfermeiro Médico-Cirúrgica
CARDIO-INTENSIVISTA
COREN-RJ 63.798
AUDITOR/DCRAA/SMS/PMVR



BEM VIVER

CHAMAMENTO PÚBLICO – CREDENCIAMENTO Nº 03/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO 2327/2024

REQUERIMENTO

BEM VIVER SERVIÇOS TÉCNICOS LTDA, empresa comercial estabelecida à Rua Ruy Barbosa de Oliveira, nº 170, Sala nº 101 Aterrado, Volta Redonda-RJ, CEP 27.215-510, qualificada como ME inscrita no CNPJ sob o número: 06.863.003/0001-35 e Isento de Inscrição Estadual, por intermédio de seus representantes legais, Sr. Henrique Oliveira Lima Valim, brasileiro, solteiro, empresário, portador da Carteira de Identidade nº 248187692 DETRAN - RJ e CPF sob o nº 133.801.287-83, residente e domiciliado à Rua Duzentos e quarenta e nove, nº 08, Conforto, Volta Redonda-RJ e Sr. Luís Carlos Barata de Oliveira, brasileiro, casado, empresário, portadora da Carteira de identidade nº 202657607 DETRAN-RJ e CPF nº 449.195.227-20, residente e domiciliada à Avenida Lúcio Costa, nº 330, Bloco 04, apartamento 2605, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro – RJ.Tel.: (24) 3013-8919, E-mail:administrativo@bemviverscp.com.br.

Vem mui respeitosamente requerer que seja retirado seu credenciamento do mapa de visita técnica para atendimento em prestação de serviços para realização de Exame de Ultrassonografia de Órgãos e Estruturas aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, cujo credenciamento é o nº 03/2024 e Processo Administrativo 2327/2024.

Justificativa: Por problemas técnicos, houve um atraso considerável em nossas instalações para que se enquadrem dentro dos parâmetros do edital, por esse motivo requeiro a inabilitação .

Volta Redonda, 29 de Janeiro de 2025.

Assinado por:

1088A151D7884D4

BEM VIVER SERVIÇOS TÉCNICOS LTDA

CNPJ: 06.863.003/0001-35

Henrique Oliveira Lima Valim

Sócio – Administrador

Rua Ruy Barbosa de Oliveira, 170 – sala 101, Bairro Aterrado – Volta Redonda/RJ – CEP: 27.215-510

e-mail: administrativo@bemviverscp.com.br; Telefones: (24) 3013-8919 – (24)99217-7070



dcraa sms <contratos.dcras@gmail.com>

Requerimento BEM VIVER

BEM VIVER <administrativo@bemviverscp.com.br>
Para: dcraa sms <contratos.dcras@gmail.com>

30 de janeiro de 2025 às 09:48

Bom dia,

Segue o requerimento solicitando o declínio do credenciamento da empresa.

Atenciosamente,
Bem Viver

 **Requerimento.pdf**
761K



PROCESSO			RÚBRICA
Número	Exercício	Folha	
2327	2024	367	DCRAA

Volta Redonda, 30 de Janeiro de 2025.

FOLHA DE INFORMAÇÃO

De: DCRAA/SMS

Para: CPL/DFMS/SMS

Tendo em vista os Laudos de Inspeção Técnica de Serviços de Saúde elaborados pelos supervisores do DCRAA/SMS, informamos que os prestadores foram considerados habilitados para prestarem os serviços propostos, com exceção da empresa CARE CENTRO MÉDICO LTDA que foi declarada inabilitada conforme registro (folha 346).

Informamos ainda que, não foi realizada a visita técnica na empresa BEM VIVER SERVIÇOS TÉCNICOS LTDA por motivo do mesmo ter solicitado o declínio do credenciamento (folhas 365 e 366).

Atenciosamente,

Rosely Frossard de Andrade
Gerente DCRAA/SMS

