

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



ESCOLA DE IDENTIDADE DE MEDICO
Documento de Identidade nos termos da Lei nº 6.256/76

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DO CEARÁ



NOME
FRANCISCO ALVES DA SILVA
CEP
1936
DATA DE INSCRIÇÃO
22/01/1976
SEX
M
DATA DE NASCIMENTO
22/11/1947

Francisco Alves da Silva
ASSINATURA DO INTERESSADO

NOME DO
FRANCISCO ALVES DA SILVA

MARIA ALVES NOGUEIRA

NATURALIDADE
ACÓPIARA-CE

RG
229680/SPSP-CE

DATA DE EMISSÃO
04/07/1976
TÍTULO DE SAU
054982530736
SÉRIE
004
ZONA
001

CEP
04501736348
LOCAL E DATA DE EMISSÃO
FORTALEZA-CE, 04/12/2009

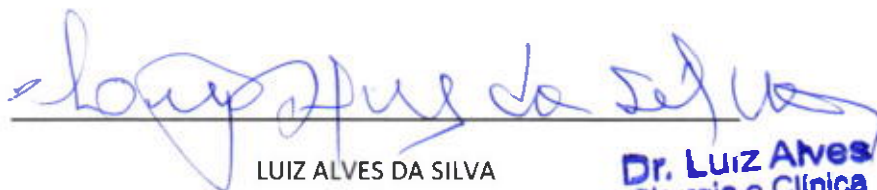
Francisco Alves da Silva
ASSINATURA DO PRESIDENTE

DECLARAÇÃO DE TRABALHO

Em nome de a empresa **TRATAR EXCELENCIA EM SERVIÇOS DE SAUDE E HOSPITALAR**, declaramos para todos os fins que o(a) Sr(a). **LUIZ ALVES DA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **045.027.363-68**, no RG nº **229650** e CRM nº **1939** trabalha nesta empresa. Referido funcionário ocupa o cargo de cirurgião geral e realiza as cirurgias da sua especialidade.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

FORTALEZA, CE- 02 de Agosto de 2023.



LUIZ ALVES DA SILVA
CIRURGIÃO GERAL

TRATAR EXCELENCIA EM SERVIÇOS DE SAUDE E HOSPITALAR
CNPJ: 39.993.726/0001-08

Dr. Luiz Alves
Cirurgia e Clínica
CREMEC 1939

CNPJ: 39.993.726/0001-08.

Rua 24 de Maio 1084- Centro- Fortaleza, Ce.
Fone: (85) 3224.5417 Celular (85) 99266.5937
E-mail: kekeucern22@hotmail.com
E-mai: homecarehospital20@gmail.com



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

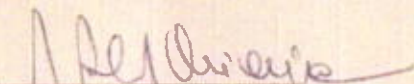
A DIREÇÃO do Hospital GERAL DR CÉSAR CALS confere a

LUIZ ALVES DA SILVA

o certificado de conclusão de Residência

de dois anos, no período de 1.º de janeiro de 1976 a 31 de dezembro de 1977,

em CIRURGIA GERAL


DIRETOR DO HOSPITAL


SECRETÁRIO DE SAÚDE


SUPERINTENDENTE DA FUSEC

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

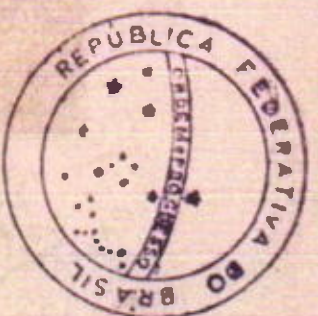
Universidade Federal do Ceará

Aprova o registro constante do verso

15 de Janeiro de 1976

Luiz Alves da Silva

Ministério da Educação e Cultura
Universidade Federal do Ceará
Centro de Ciências da Saúde



O Reitor da Universidade Federal do Ceará, tendo em vista o termo de colação de grau conferido, no dia vinte de dezembro de mil novecentos e setenta e cinco, a

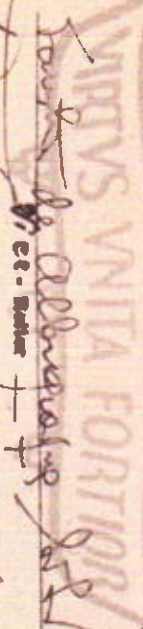
Luiz Alves da Silva

filho de Francisco Alves da Silva e Maria Alves Nogueira, nascido em Acopiara (Ceará), no dia vinte e dois de novembro de mil novecentos e quarenta e sete, manda expedir-lhe o presente diploma de

Médico

para que possa gozar dos correspondentes direitos e prerrogativas, de acordo com as leis da República.

Fortaleza, 15 de Janeiro de 1976



Luiz Alves da Silva

Luiz Alves da Silva

Diplomado

Director do Centro



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CE

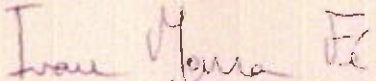
Certificado

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 26/04/2010, no livro nº 5, sob nº 4544, folha nº 64, a qualificação do médico,
LUIZ ALVES DA SILVA, CRM nº 1939,

na especialidade de
CIRURGIA GERAL

Com validade em todo o território nacional.

Fortaleza - CE, 06 de maio de 2010.


IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
PRESIDENTE


DALGIMAR BESERRA DE MENEZES
1º SECRETÁRIO



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CE

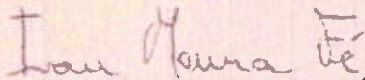
Certificado


O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 14/11/2011, no livro nº 6, sob nº 5610, folha nº 27, a qualificação do médico,
LUIZ ALVES DA SILVA, CRM nº 1939.

**na especialidade de
CIRURGIA PEDIÁTRICA**

Com validade em todo o território nacional.

Fortaleza - CE, 17 de novembro de 2011.


IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
PRESIDENTE


DALGIMAR BESERRA DE MENEZES
1º SECRETÁRIO



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CE

Certificado

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 14/11/2011, no livro nº 6, sob nº 5612, folha nº 27, a qualificação do médico,

LUIZ ALVES DA SILVA, CRM nº 1939,

**na especialidade de
PEDIATRIA**

Com validade em todo o território nacional.

Fortaleza - CE, 17 de novembro de 2011.

Ivan Moura Fê

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÊ
PRESIDENTE

Dalgimar Beserra de Menezes

DALGIMAR BESERRA DE MENEZES
1º SECRETÁRIO



Meus Processos

limite por dia 0 de 5

Criar Processo



NÚMERO
P185059/2023

TRAMITANDO

SOLICITAÇÃO DE FORNECEDORES/PREST ADORES

– ADMINISTRATIVO

▶ SMS (Secretaria Municipal da
Saúde)

📍 SMS/CEAUD

📅 22/05/2023

📎 3 ARQUIVOS ANEXADOS (visualizar

)

▶ 0 SOLICITAÇÕES



Sistema de Protocolo Único
Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo: P185631/2023

Dt. Abertura: 23/05/2023 - 10:50

Local Abertura: SEGER/CEGAI - CÉLULA DE
GESTÃO DO ACOLHIMENTO E

Local Atual: SMS/CORES-II - Coordenadoria
Regional de Saúde II

Tipo: - Saúde

Assunto: - Reg. Sanitário - - Holding

Folhas: 0

Anexos: 1

Envolvido: Tratar Excelencia Em Servicos De Saude E
Hospitalar

Observação: SOLICITAÇÃO DE LICENÇA
SANITÁRIA.

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 23.05.2023 - 10:51

Recebido por: _____ cm

— / — / —



TRATAR SAÚDE HOSPITALAR

TERMO DE ACEITAÇÃO DE PROPOSTA

Tratar Excelência em Serviços de Saúde e Hospitalar, inscrita no CNPJ Nº 39.993.726/0001-08, sediada na Rua 24 de Maio 1084- Centro, Fortaleza/CE, por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr(a) Kleiton Alves de Andrade portador (a) da Carteira de Identidade nº 2397771 e do CPF nº 069.654.144-05, compareço até Vossa Senhorias para apresentar a proposta , como encontra-se exigida, para exame dessa comissão. Aceito os mesmo preços e condições definidos no Edital. Igualmente, informo que concordo com todas as condições estipuladas no edital.

Atenciosamente,

FORTALEZA, CE. 04 de Agosto de 2023.


Kleiton Alves de Andrade
Diretor Administrativo

KLEITON ALVES DE ANDRADE
DIRETOR ADMINISTRATIVO
TRATAR EXCELENCIA EM SERVIÇOS DE SAUDE E HOSPITALAR
CNPJ: 39.993.726/0001-08

CNPJ: 39.993.726/0001-08.
Rua 24 de Maio 1084- Centro- Fortaleza, Ce.
Fone: (85) 3224.5417 Celular (85) 99266.5937
E-mail: kekeucern22@hotmail.com
E-mai: homecarehospital20@gmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins e sob as penas da Lei, especialmente para o processo de avaliação do meu estabelecimento segundo o PASS, que o(a) TRATAR EXCELENCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE E HOSPITALAR CNPJ nº 39.993.726/0001-08 , estabelecido ,na RUA 24 DE MAIO 1084- CENTRO na cidade de FORTALEZA- CE , o(a) qual represento legalmente como Diretor Geral, declaro que :

Que o pessoal da limpeza, lavanderia, esterilização e SND utilizam métodos e Equipamentos de Proteção Individual - EPI durante as suas atividades; Que existem Portas do tipo "corta fogo" entre os diversos pavimentos e/ou alas do estabelecimento (somente para estabelecimentos com mais de um pavimento);

Comprovo que o estabelecimento tem mapeado os serviços e/ou estabelecimentos de referência;

Que o estabelecimento possui o mapeamento dos serviços e/ou estabelecimentos de referência, disponíveis pelo SUS, orienta e informa aos pacientes, quando necessários, para garantir a continuidade da assistência.

Que o estabelecimento possui ouvidoria e/ou que dispõe de caixas para a coleta das Pesquisas de Satisfação da clientela;

Que há ações institucionais por parte do estabelecimento para corrigir os problemas detectados pela Pesquisa de Satisfação.

Que o estabelecimento registra as informações referentes aos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes;

Declaro e confirmo que todos os prontuários, inclusive os de arquivo morto, estão em local seguro, em boas condições de conservação e organização e acessível. Observar o fluxo dos prontuários e a garantia da confiabilidade das informações contidas;

Que todos os postos de trabalho do estabelecimento estão com seu quadro de pessoal completo.

Demonstrar por meio de amostragem a existência de documento que comprove que os funcionários da área da saúde tenham registros nos conselhos de classe;

Manter os serviços de realização de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos em horário comercial ou ainda em cronograma estabelecido pela secretaria municipal da Saúde.

Providenciar a entrega de resultados dos exames especiais realizados em 48 (quarenta e oito horas) após a realização;

Providenciar a entrega dos resultados dos exames de casos caracterizados como urgência / emergência em até 72 (setenta e duas) horas após solicitado ou ou ainda em cronograma estabelecido pela secretaria municipal da Saúde;



Que o estabelecimento possui um sistema próprio ou reservatório de abastecimento de água, independente da rede pública.

Que o estabelecimento mantém serviço de manutenção regular da estrutura física, dos aparelhos e equipamentos utilizados na execução dos serviços de saúde.

Que o estabelecimento tem condições técnicas e plena capacitação para a realização dos procedimentos informados no Plano Operativos.

Que o estabelecimento mantém serviço de manutenção adequado e regular dos seus equipamentos.

Declarar que equipamentos há identificação de registro junto ao MS/ANVISA;

Que os equipamentos adquiridos/ locados pelo estabelecimento possuem registro na ANVISA

Que há manutenção preventiva dos equipamentos do estabelecimento

Declarar que o estabelecimento dispõe de locais, instalações e equipamentos adequados e suficientes de forma a assegurar uma boa conservação e distribuição dos produtos de natureza diversos, inclusive farmacêuticos.

Que a guarda, conservação e distribuição dos produtos e medicamentos utilizados pelo estabelecimento obedecem as normas da LEI N° 6.360, DE 23 DE SETEMBRO DE 1976 (Publicado no D.O.U. de 24.9.1976, pág. 12647).

Declarar se há existência de Livro de Registro específico que é destinado à anotação de medicamentos sujeitos ao controle especial sendo que este deverá ser, obrigatoriamente, guardado e controlado em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico;

Que o estabelecimento efetua os registros no LIVRO DE REGISTRO ESPECIFICO, em ordem cronológica, de estoques, de entradas, de saídas e de perdas de medicamentos sujeitos ao controle especial;

Que o estabelecimento cumpre o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos e controle especial.

Declarar que o estabelecimento possui margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores secundários e outros;

Que o estabelecimento instituiu e normalizou o uso obrigatório do crachá de identificação profissional para todos os servidores da Unidade;

Declaração do prestador de serviços que dispõe de pessoal para realização dos exames laboratoriais no próprio município.

