



# Relatório Mensal de Fiscalização - 2023

## Identificação

### 1. Conselho Regional de Enfermagem \*

Marcar opção de acordo com o Regional

- AC
- AL
- AP
- AM
- BA
- CE
- DF
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS

MG

PA

PB

PR

PE

PI

RJ

RN

RS

RO

RR

SC

SP

SE

TO

## 2. **Coordenador de Fiscalização** \*

Nome completo

MARINA APOLONIO DE BARROS COSTA

## 3. **E-mail** \*

E-mail de contato

coord.fiscalizacao@corenma.gov.br

## Período

### 4. Retificação de dados preenchidos equivocadamente? \*

a) Caso positivo, marcar a opção "SIM" corrigindo **SOMENTE** o campo específico com a informação correta. Nos demais campos preencher com "0", e nos itens em que houver "SIM" ou "NÃO", marcar a opção "Não se aplica".

b) Caso negativo, marcar a opção "NÃO" e seguir o preenchimento do relatório mensal.

SIM

NÃO

### 5. Mês de referência \*

Marcar opção de acordo com o mês de referência

JANEIRO

FEVEREIRO

MARÇO

ABRIL

MAIO

JUNHO

JULHO

AGOSTO

SETEMBRO

OUTUBRO

NOVEMBRO DEZEMBRO

## Recursos Humanos

### 6. Quantitativo total de fiscais do Regional:

- a) Número **total de fiscais existentes no Regional**. Somente NÚMERO.
- b) Se não houver mudança em relação ao informado no Planejamento Anual de Fiscalização, esse campo não deve ser preenchido.

Introduza a sua resposta

### 7. Quantitativo total de fiscais em campo 30h:

- a) Número total de fiscais **em campo 30h** no mês de referência. Somente NÚMERO. Se não houver, preencher somente "0".
- b) Se não houver mudança em relação ao informado no Planejamento Anual de Fiscalização, esse campo não deve ser preenchido.

Introduza a sua resposta

### 8. Quantitativo total de fiscais em campo 40h:

- a) Número total de fiscais **em campo 40h** no mês de referência. Somente NÚMERO. Se não houver, preencher somente "0".
- b) Se não houver mudança em relação ao informado no Planejamento Anual de Fiscalização, esse campo não deve ser preenchido.

Introduza a sua resposta

## Disponibilização Orçamentária:

(Em atenção aos itens 2.6 e 6.1.2 da Resolução Cofen n.º 617/2019)

## 9. Valor total de despesas executadas com a fiscalização – MENSAL:

\*

Valor total dos gastos realizados com a fiscalização no mês de referência. Deve-se contemplar valores conforme recomendação do TCU - despesas com folha de pagamento de fiscais, transporte de fiscais, manutenção, seguro, estacionamento e pedágio dos veículos utilizados na fiscalização, equipamentos utilizados na fiscalização, bem como manutenção, seguro e calibração desses, diárias dos fiscais, capacitação profissional dos fiscais e telefonia móvel institucional utilizada pelos fiscais. **O valor deve ser descrito em reais, com vírgula como separador decimal dos centavos – Ex. R\$ 20000,00 ou R\$ 100,00.**

121187,44

## Processo de Trabalho

### 10. Total de inspeções planejadas para o mês de referência difere do informado no Planejamento Anual de Fiscalização:

\*

Marcar a opção de acordo.

- SIM
- NÃO
- Não se aplica

### 11. Caso a resposta do item 10 for "SIM", informar o total de inspeções que foram previstas para o mês de referência:

a) Informar o quantitativo de inspeções que foram previstas para o mês de referência. Preencher somente com NÚMERO.

b) Caso a resposta do item 10 tiver sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

Introduza a sua resposta

### 12. Descrever o motivo pelo qual o número de inspeções previstas para o mês de referência difere do informado no mesmo mês do Planejamento Anual

**de Fiscalização:**

a) Informar o motivo pelo qual o número de inspeções previstas para o mês de referência difere do informado no mesmo mês do Planejamento Anual de Fiscalização. Exemplo: Fiscal usufruiu férias em período diferente do anteriormente descrito ou outras situações previstas no Planejamento. Preencher com TEXTO.

b) Caso a resposta do item 10 tiver sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

Introduza a sua resposta

**13. Inspeções de retorno previstas: \***

Número total de inspeções de retorno que foram previstas para o mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**14. Denúncias recebidas: \***

Número total de denúncias protocoladas no Departamento de Fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO. De acordo com a Resolução Cofen nº 617/19, denúncia consiste na *"comunicação feita ao Conselho de Enfermagem, tanto por pessoas físicas ou jurídicas, pressupondo atos de infração à ética ou à legislação de Enfermagem vigente, supostamente cometidos por pessoa física ou jurídica"*.

x

**15. Inspeções iniciais planejadas realizadas: \***

Número total de inspeções iniciais planejadas realizadas no mês de referência. Considerar apenas as que constam no Planejamento Anual de Fiscalização 2023. Somente NÚMERO.

x

**16. Inspeções de retorno planejadas realizadas: \***

Número total de inspeções planejadas de retorno que foram realizadas dentro do prazo normativo - em até 12 meses dos prazos estabelecidos em notificação. Somente NÚMERO.

x

**17. Inspeções para atender demandas não relacionadas no Planejamento: \***

Número total de inspeções realizadas que não foram listadas no Planejamento Anual de Fiscalização, tais como denúncias protocoladas, averiguações prévias, solicitações de outros órgãos (Ministério Público, sindicatos...) e demais diligências (solicitações da Presidência do Coren, Diretoria do Coren, Cofen...) não contidas no Planejamento, no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**18. Total de inspeções realizadas: \***

Número total de inspeções in loco realizadas no mês de referência. Contabilizar a soma dos itens 15 a 17 desse relatório - inspeções iniciais planejadas realizadas, retornos planejados realizados e inspeções para atender demandas não relacionadas no Planejamento Anual de Fiscalização para o ano de 2023. Somente NÚMERO

x

**19. Denúncias diligenciadas: \***

Das inspeções mencionadas no item 17, informar o número total de inspeções para apuração de denúncias pela fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO. De acordo com a Resolução Cofen nº 617/19, denúncia consiste na *"comunicação feita ao Conselho de Enfermagem, tanto por pessoas físicas ou jurídicas, pressupondo atos de infração à ética ou à legislação de Enfermagem vigente, supostamente cometidos por pessoa física ou jurídica"*. Para fins de contabilização, caso o objeto denunciado seja o mesmo entre duas ou mais denúncias recebidas no mês de referência, contabilizar como uma inspeção.

x

**20. Averiguações prévias/instrução: \***

Das inspeções mencionadas no item 17, informar o número total de averiguações realizadas decorrentes da seara ética, seja ela prévia ou de instrução. Somente NÚMERO

x

**21. Novas instituições fiscalizadas na capital ou região metropolitana: \***

Do total de instituições fiscalizadas no mês de referência, informar quantas estão localizadas na capital e na região metropolitana. Contabilizar a instituição fiscalizada somente **uma vez ao ano**. Esse dado tem o objetivo de verificar a cobertura da fiscalização no Estado, no decorrer de um ano. Por isso, as instituições não podem ser contabilizadas duas vezes. As instituições informadas no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. Somente NÚMERO.

x

## 22. **Novas instituições fiscalizadas no interior:** \*

Do total de instituições fiscalizadas no mês de referência, informar quantas estão localizadas no interior. Contabilizar a instituição fiscalizada somente **uma vez ao ano**. Esse dado tem o objetivo de verificar a cobertura da fiscalização no Estado, no decorrer de um ano. Por isso, as instituições não podem ser contabilizadas duas vezes. As instituições informadas no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. Somente NÚMERO.

x

## 23. **Instituições fiscalizáveis nas quais foi identificada necessidade de atividades educativas:** \*

Número total de instituições para as quais foi identificada a necessidade de atividades educativas pela fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

## 24. **Total de atividades educativas realizadas pela fiscalização nas instituições com essa necessidade:**

\*

Número total de atividades realizadas, considerando somente as instituições em que foi identificada a necessidade de uma abordagem educativa no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

## 25. **Novos Municípios abrangidos:** \*

Novos municípios alcançados pela inspeções in loco no mês de referência. Esse dado tem o



objetivo de verificar a cobertura da fiscalização no Estado, no decorrer de um ano. Por isso, os municípios **não podem ser contabilizados duas vezes**. Os municípios informados no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. Somente NÚMERO.

x

## 26. **Novos Profissionais de enfermagem abrangidos com as fiscalizações:** \*

Novos profissionais abrangidos pelas inspeções in loco no mês de referência, **não contabilizar duas vezes o mesmo profissional no ano**, caso seja realizada mais de uma fiscalização na mesma instituição. Os profissionais que foram contabilizados no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. O objetivo dessa informação é verificar a cobertura da fiscalização quanto ao quantitativo de inscritos no Regional. Somente NÚMERO.

x

## 27. **Relatórios de fiscalização elaborados:** \*

Número total de relatórios elaborados no mês, relacionados às inspeções in loco - denúncias / conclusivos / averiguações prévias e de instrução. Somente NÚMERO.

x

## 28. **Palestras realizadas por fiscal (presencial ou on-line):** \*

Número total de palestras realizadas pelos fiscais no mês de referência. Não contabilizar as descritas no item 24, para não gerar dados em duplicidade. Somente NÚMERO.

x

## 29. **Ouvidorias respondidas pela fiscalização:** \*

Número total de ouvidorias respondidas pelos fiscais no mês de referência, quando essa for uma atividade designada ao Departamento de Fiscalização. Somente NÚMERO.

x

## 30. **Público atendido para orientações (presencial e telefone):** \*

Número total de profissionais atendidos no Departamento de Fiscalização no mês de referência, contemplando as orientações relacionadas ao exercício profissional da Enfermagem, sejam elas presenciais ou por telefone. Somente NÚMERO.

x

### 31. E-mails respondidos pela fiscalização: \*

Número total de e-mails respondidos pela fiscalização no mês de referência, que estejam relacionados à sua atividade. Somente NÚMERO.

x

### 32. Pareceres emitidos: \*

Número total de pareceres elaborados pela fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

### 33. Comissões que há participação da fiscalização: \*

Número total de comissões em que há a participação de fiscais no mês de referência. Ex. processo administrativo, realização de eventos, patrimônio, licitação, etc. Somente NÚMERO.

x

### 34. Caso seja responsabilidade da fiscalização, apresentar quantitativo de Certidão de Responsabilidade Técnica emitida: \*

a) Caso esteja sob a responsabilidade do Departamento de Fiscalização, informar o número total de CRT emitida no mês de referência.

b) Caso negativo, informar "NÃO SE APLICA".

x

**35. Caso seja responsabilidade da fiscalização, apresentar quantitativo de Registro de Empresa emitido: \***

a) Caso esteja sob a responsabilidade do Departamento de Fiscalização, informar o número total de RE emitido no mês de referência.

b) Caso negativo, informar "NÃO SE APLICA".

x

**36. Ocorrências de impedimento ou obstáculos para inspeção às dependências da instituição: \***

Marcar a opção considerando o mês de referência.

SIM

NÃO

Não se aplica

**37. Caso tenham ocorrido ocorrências de impedimento ou obstáculos para inspeção, informar o quantitativo:**

a) Número total de ocorrências em que os fiscais tiveram algum obstáculo ou mesmo foram impedidos de realizar fiscalização numa instituição de saúde no mês de referência. Somente NÚMERO.

b) Caso a resposta do item 36 tenha sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

x

**38. Providências/Encaminhamentos realizados para as ocorrências de impedimento ou obstáculos para inspeção às dependências da instituição:**

a) Informar quais providências/encaminhamentos foram realizados para as situações em que os fiscais tiveram algum obstáculo ou mesmo foram impedidos de realizar fiscalização numa instituição de saúde.

b) Caso a resposta do item 36 tenha sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

x

## Processo Administrativo de Fiscalização - Acompanhamento

### 39. Processos administrativos de fiscalização autuados: \*

Número total de novos processos administrativos de fiscalização instaurados no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

### 40. Processos administrativos de fiscalização em tramitação no Regional: \*

Número total de processos administrativos de fiscalização que estão em tramitação no regional, no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

### 41. Processos administrativos de fiscalização em tramitação no DFIS: \*

Número total de processos administrativos de fiscalização que estão em tramitação no DFIS, no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

### 42. Processos administrativos de fiscalização arquivados por cumprimento da notificação:

\*

Número total de processos administrativos de fiscalização que foram arquivados e tiveram as suas notificações cumpridas na íntegra no mês de referência, incluindo aqueles que tiveram resolução do mérito após ajuizamento de ação civil pública, conciliação, notificação extrajudicial, termo de ajustamento de conduta, entre outros. Somente NÚMERO.

x

**43. Processos administrativos de fiscalização arquivados: \***

Número total de processos que foram arquivados no mês de referência. Nesse item devem ser inseridos todos os arquivamentos, seja por resolutividade do mérito – notificações atendidas, seja por perda de objeto ou outros. Somente NÚMERO.

x

**44. Encaminhamentos para outros órgãos: \***

Número total de encaminhamentos oficializados no mês de referência a outros órgãos com o objetivo de denunciar problemas encontrados durante as fiscalizações, a fim de que providências pertinentes sejam adotadas. Somente NÚMERO.

x

**45. Denúncia ética oriunda das ações de fiscalização: \***

Número total de encaminhamentos no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**46. Ação Civil Pública: \***

Número total de Ações Cíveis Públicas ajuizadas no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**47. Interdição ética: \***

Número total de Interdições Éticas realizadas no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**48. Conciliações: \***

Número total de conciliações/termo de ajustamento de conduta realizadas no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

## Processo de Fiscalização – Acompanhamento de Recomendação Lavrada:

### 49. Profissional (is) de Enfermagem que não registra(m) o processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas. \*

Número total apontado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

## Processo de Fiscalização – Acompanhamento de Notificações Lavradas:

### 50. Inexistência ou ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem \*

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

### 51. Exercício ilegal de Enfermagem. \*

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

### 52. Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de Enfermagem. \*

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

X

**53. Inexistência de registro de empresa. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

X

**54. Profissional de Enfermagem exercendo atividade com impedimento em decorrência de processo ético transitado em julgado. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

X

**55. Coordenação/Direção de curso de Enfermagem por pessoa não enfermeiro. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

X

**56. Inexistência ou número insuficiente de enfermeiro em evento esportivo na proporção indicada por Lei. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

X

**57. Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do serviço de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

X

**58. Inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**59. Inexistência de Comissões de Ética de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**60. Exercício irregular da Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**61. Profissional de Enfermagem executando atividades divergentes das previstas nos atos administrativos/normativos baixados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

**62. Subdimensionamento de pessoal de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

x

## Análise Indicadores



**63. Indicador 1 - PERCENTUAL DE FISCALIZAÇÕES PLANEJADAS REALIZADAS \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

x

**64. Indicador 2 - FISCALIZAÇÕES DE RETORNO REALIZADAS E DENTRO DO PRAZO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

x

**65. Indicador 3 - NÚMERO TOTAL DE DENÚNCIAS ATENDIDAS PELA FISCALIZAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

x

**66. Indicador 4 - PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES COM ATIVIDADES EDUCATIVAS PRODUZIDAS PELO CONSELHO REGIONAL EM RAZÃO DA FISCALIZAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

x

**67. Indicador 5 - NÚMERO DE PROCESSOS ARQUIVADOS POR CUMPRIMENTO DA NOTIFICAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

x

## 68. **Indicador 6 - PERCENTUAL DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS RECURSOS DA FISCALIZAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

x

## Observações

### 69. Observações

Informações gerais, caso forem pertinentes. Somente TEXTO.

x

## Microsoft 365

Estes conteúdos são criados pelo proprietário do formulário. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pelas práticas de privacidade ou segurança dos seus clientes, incluindo os do proprietário deste formulário. Nunca revele a sua palavra-passe.

**Microsoft Forms** | Inquéritos, questionários e votações com tecnologia de IA [Criar o meu próprio formulário](#)

O proprietário deste formulário não forneceu uma declaração de privacidade sobre a forma como irá utilizar os seus dados de resposta. Não forneça informações pessoais ou sensíveis. | [Termos de utilização](#)



# Relatório Mensal de Fiscalização - 2023

## Identificação

## 1. Conselho Regional de Enfermagem \*

Marcar opção de acordo com o Regional

AC

AL

AP

AM

BA

CE

DF

ES

GO

MA

MT

MS

MG

PA

PB

PR

PE

PI

RJ

RN

RS

RO

RR

SC SP SE TO

## 2. Coordenador de Fiscalização \*

Nome completo

MARINA APOLÔNIO DE BARROS COSTA

## 3. E-mail \*

E-mail de contato

marina.barros@corenma.gov.br

## Período

## 4. Retificação de dados preenchidos equivocadamente? \*

a) Caso positivo, marcar a opção "SIM" corrigindo **SOMENTE** o campo específico com a informação correta. Nos demais campos preencher com "0", e nos itens em que houver "SIM" ou "NÃO", marcar a opção "Não se aplica".

b) Caso negativo, marcar a opção "NÃO" e seguir o preenchimento do relatório mensal.

 SIM NÃO

## 5. Mês de referência \*

Marcar opção de acordo com o mês de referência

JANEIRO

FEVEREIRO

MARÇO

ABRIL

MAIO

JUNHO

JULHO

AGOSTO

SETEMBRO

OUTUBRO

NOVEMBRO

DEZEMBRO

## Recursos Humanos

### 6. Quantitativo total de fiscais do Regional:

a) Número **total de fiscais existentes no Regional**. Somente NÚMERO.

b) Se não houver mudança em relação ao informado no Planejamento Anual de Fiscalização, esse campo não deve ser preenchido.

Insira sua resposta

## 7. Quantitativo total de fiscais em campo 30h:

- a) Número total de fiscais **em campo 30h** no mês de referência. Somente NÚMERO. Se não houver, preencher somente "0".
- b) Se não houver mudança em relação ao informado no Planejamento Anual de Fiscalização, esse campo não deve ser preenchido.

Insira sua resposta

## 8. Quantitativo total de fiscais em campo 40h:

- a) Número total de fiscais **em campo 40h** no mês de referência. Somente NÚMERO. Se não houver, preencher somente "0".
- b) Se não houver mudança em relação ao informado no Planejamento Anual de Fiscalização, esse campo não deve ser preenchido.

Insira sua resposta

## Disponibilização Orçamentária:

(Em atenção aos itens 2.6 e 6.1.2 da Resolução Cofen n.º 617/2019)

## 9. Valor total de despesas executadas com a fiscalização – MENSAL:

\*

Valor total dos gastos realizados com a fiscalização no mês de referência. Deve-se contemplar valores conforme recomendação do TCU - despesas com folha de pagamento de fiscais, transporte de fiscais, manutenção, seguro, estacionamento e pedágio dos veículos utilizados na fiscalização, equipamentos utilizados na fiscalização, bem como manutenção, seguro e calibração desses, diárias dos fiscais, capacitação profissional dos fiscais e telefonia móvel institucional utilizada pelos fiscais. **O valor deve ser descrito em reais, com vírgula como separador decimal dos centavos – Ex. R\$ 20000,00 ou R\$ 100,00.**

R\$ 161187,44

## Processo de Trabalho

**10. Total de inspeções planejadas para o mês de referência difere do informado no Planejamento Anual de Fiscalização:**

\*

Marcar a opção de acordo.

SIM

NÃO

Não se aplica

**11. Caso a resposta do item 10 for "SIM", informar o total de inspeções que foram previstas para o mês de referência:**

a) Informar o quantitativo de inspeções que foram previstas para o mês de referência. Preencher somente com NÚMERO.

b) Caso a resposta do item 10 tiver sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

77

**12. Descrever o motivo pelo qual o número de inspeções previstas para o mês de referência difere do informado no mesmo mês do Planejamento Anual de Fiscalização:**

a) Informar o motivo pelo qual o número de inspeções previstas para o mês de referência difere do informado no mesmo mês do Planejamento Anual de Fiscalização. Exemplo: Fiscal usufruiu férias em período diferente do anteriormente descrito ou outras situações previstas no Planejamento. Preencher com TEXTO.

b) Caso a resposta do item 10 tiver sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

O evento programado para fevereiro, Encontro de Enfermeiros Fiscais do Coren-MA, foi alterado para maio. Além disso, houve uma retificação da meta de fevereiro, visto o número reduzido de dias úteis, em função ao recesso de Carnaval.



**13. Inspeções de retorno previstas: \***

Número total de inspeções de retorno que foram previstas para o mês de referência. Somente NÚMERO.

**14. Denúncias recebidas: \***

Número total de denúncias protocoladas no Departamento de Fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO. De acordo com a Resolução Cofen nº 617/19, denúncia consiste na *"comunicação feita ao Conselho de Enfermagem, tanto por pessoas físicas ou jurídicas, pressupondo atos de infração à ética ou à legislação de Enfermagem vigente, supostamente cometidos por pessoa física ou jurídica"*.

**15. Inspeções iniciais planejadas realizadas: \***

Número total de inspeções iniciais planejadas realizadas no mês de referência. Considerar apenas as que constam no Planejamento Anual de Fiscalização 2023. Somente NÚMERO.

**16. Inspeções de retorno planejadas realizadas: \***

Número total de inspeções planejadas de retorno que foram realizadas dentro do prazo normativo - em até 12 meses dos prazos estabelecidos em notificação. Somente NÚMERO.

**17. Inspeções para atender demandas não relacionadas no Planejamento: \***

Número total de inspeções realizadas que não foram listadas no Planejamento Anual de Fiscalização, tais como denúncias protocoladas, averiguações prévias, solicitações de outros órgãos (Ministério Público, sindicatos...) e demais diligências (solicitações da Presidência do Coren, Diretoria do Coren, Cofen...) não contidas no Planejamento, no mês de referência. Somente NÚMERO.

8

**18. Total de inspeções realizadas: \***

Número total de inspeções in loco realizadas no mês de referência. Contabilizar a soma dos itens 15 a 17 desse relatório - inspeções iniciais planejadas realizadas, retornos planejados realizados e inspeções para atender demandas não relacionadas no Planejamento Anual de Fiscalização para o ano de 2023. Somente NÚMERO

71

**19. Denúncias diligenciadas: \***

Das inspeções mencionadas no item 17, informar o número total de inspeções para apuração de denúncias pela fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO. De acordo com a Resolução Cofen nº 617/19, denúncia consiste na *"comunicação feita ao Conselho de Enfermagem, tanto por pessoas físicas ou jurídicas, pressupondo atos de infração à ética ou à legislação de Enfermagem vigente, supostamente cometidos por pessoa física ou jurídica"*. Para fins de contabilização, caso o objeto denunciado seja o mesmo entre duas ou mais denúncias recebidas no mês de referência, contabilizar como uma inspeção.

7

**20. Averiguações prévias/instrução: \***

Das inspeções mencionadas no item 17, informar o número total de averiguações realizadas decorrentes da seara ética, seja ela prévia ou de instrução. Somente NÚMERO

0

**21. Novas instituições fiscalizadas na capital ou região metropolitana: \***

Do total de instituições fiscalizadas no mês de referência, informar quantas estão localizadas na capital e na região metropolitana. Contabilizar a instituição fiscalizada somente **uma vez ao ano**. Esse dado tem o objetivo de verificar a cobertura da fiscalização no Estado, no decorrer de um ano. Por isso, as instituições não podem ser contabilizadas duas vezes. As instituições informadas no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. Somente NÚMERO.

25

**22. Novas instituições fiscalizadas no interior: \***

Do total de instituições fiscalizadas no mês de referência, informar quantas estão localizadas no interior. Contabilizar a instituição fiscalizada somente **uma vez ao ano**. Esse dado tem o objetivo de verificar a cobertura da fiscalização no Estado, no decorrer de um ano. Por isso, as instituições não podem ser contabilizadas duas vezes. As instituições informadas no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. Somente NÚMERO.

40

**23. Instituições fiscalizáveis nas quais foi identificada necessidade de atividades educativas: \***

Número total de instituições para as quais foi identificada a necessidade de atividades educativas pela fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO.

37

## 24. Total de atividades educativas realizadas pela fiscalização nas instituições com essa necessidade:

\*

Número total de atividades realizadas, considerando somente as instituições em que foi identificada a necessidade de uma abordagem educativa no mês de referência. Somente NÚMERO.

83

## 25. Novos Municípios abrangidos: \*

Novos municípios alcançados pela inspeções in loco no mês de referência. Esse dado tem o objetivo de verificar a cobertura da fiscalização no Estado, no decorrer de um ano. Por isso, os municípios **não podem ser contabilizados duas vezes**. Os municípios informados no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. Somente NÚMERO.

18

## 26. Novos Profissionais de enfermagem abrangidos com as fiscalizações: \*

Novos profissionais abrangidos pelas inspeções in loco no mês de referência, **não contabilizar duas vezes o mesmo profissional no ano**, caso seja realizada mais de uma fiscalização na mesma instituição. Os profissionais que foram contabilizados no 1º mês não entram na somatória do 2º mês e assim por diante. O objetivo dessa informação é verificar a cobertura da fiscalização quanto ao quantitativo de inscritos no Regional. Somente NÚMERO.

2897

## 27. Relatórios de fiscalização elaborados: \*

Número total de relatórios elaborados no mês, relacionados às inspeções in loco - denúncias / conclusivos / averiguações prévias e de instrução. Somente NÚMERO.

32

**28. Palestras realizadas por fiscal (presencial ou on-line): \***

Número total de palestras realizadas pelos fiscais no mês de referência. Não contabilizar as descritas no item 24, para não gerar dados em duplicidade. Somente NÚMERO.

**29. Ouvidorias respondidas pela fiscalização: \***

Número total de ouvidorias respondidas pelos fiscais no mês de referência, quando essa for uma atividade designada ao Departamento de Fiscalização. Somente NÚMERO.

**30. Público atendido para orientações (presencial e telefone): \***

Número total de profissionais atendidos no Departamento de Fiscalização no mês de referência, contemplando as orientações relacionadas ao exercício profissional da Enfermagem, sejam elas presenciais ou por telefone. Somente NÚMERO.

**31. E-mails respondidos pela fiscalização: \***

Número total de e-mails respondidos pela fiscalização no mês de referência, que estejam relacionados à sua atividade. Somente NÚMERO.

**32. Pareceres emitidos: \***

Número total de pareceres elaborados pela fiscalização no mês de referência. Somente NÚMERO.

**33. Comissões que há participação da fiscalização: \***

Número total de comissões em que há a participação de fiscais no mês de referência. Ex. processo administrativo, realização de eventos, patrimônio, licitação, etc. Somente NÚMERO.

**34. Caso seja responsabilidade da fiscalização, apresentar quantitativo de Certidão de Responsabilidade Técnica emitida: \***

a) Caso esteja sob a responsabilidade do Departamento de Fiscalização, informar o número total de CRT emitida no mês de referência.

b) Caso negativo, informar "NÃO SE APLICA".

**35. Caso seja responsabilidade da fiscalização, apresentar quantitativo de Registro de Empresa emitido: \***

a) Caso esteja sob a responsabilidade do Departamento de Fiscalização, informar o número total de RE emitido no mês de referência.

b) Caso negativo, informar "NÃO SE APLICA".

**36. Ocorrências de impedimento ou obstáculos para inspeção às dependências da instituição: \***

Marcar a opção considerando o mês de referência.

SIM

NÃO

Não se aplica

**37. Caso tenham ocorrido ocorrências de impedimento ou obstáculos para inspeção, informar o quantitativo:**

a) Número total de ocorrências em que os fiscais tiveram algum obstáculo ou mesmo foram impedidos de realizar fiscalização numa instituição de saúde no mês de referência. Somente NÚMERO.

b) Caso a resposta do item 36 tenha sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

Insira sua resposta

**38. Providências/Encaminhamentos realizados para as ocorrências de impedimento ou obstáculos para inspeção às dependências da instituição:**

a) Informar quais providências/encaminhamentos foram realizados para as situações em que os fiscais tiveram algum obstáculo ou mesmo foram impedidos de realizar fiscalização numa instituição de saúde.

b) Caso a resposta do item 36 tenha sido "NÃO", esse campo não deve ser preenchido.

Insira sua resposta

**Processo Administrativo de Fiscalização - Acompanhamento**

**39. Processos administrativos de fiscalização atuados: \***

Número total de novos processos administrativos de fiscalização instaurados no mês de referência. Somente NÚMERO.

**40. Processos administrativos de fiscalização em tramitação no Regional: \***

Número total de processos administrativos de fiscalização que estão em tramitação no regional, no mês de referência. Somente NÚMERO.

**41. Processos administrativos de fiscalização em tramitação no DFIS: \***

Número total de processos administrativos de fiscalização que estão em tramitação no DFIS, no mês de referência. Somente NÚMERO.

**42. Processos administrativos de fiscalização arquivados por cumprimento da notificação:**

\*

Número total de processos administrativos de fiscalização que foram arquivados e tiveram as suas notificações cumpridas na íntegra no mês de referência, incluindo aqueles que tiveram resolução do mérito após ajuizamento de ação civil pública, conciliação, notificação extrajudicial, termo de ajustamento de conduta, entre outros. Somente NÚMERO.



**43. Processos administrativos de fiscalização arquivados: \***

Número total de processos que foram arquivados no mês de referência. Nesse item devem ser inseridos todos os arquivamentos, seja por resolutividade do mérito – notificações atendidas, seja por perda de objeto ou outros. Somente NÚMERO.

**44. Encaminhamentos para outros órgãos: \***

Número total de encaminhamentos oficializados no mês de referência a outros órgãos com o objetivo de denunciar problemas encontrados durante as fiscalizações, a fim de que providências pertinentes sejam adotadas. Somente NÚMERO.

**45. Denúncia ética oriunda das ações de fiscalização: \***

Número total de encaminhamentos no mês de referência. Somente NÚMERO.

**46. Ação Civil Pública: \***

Número total de Ações Cíveis Públicas ajuizadas no mês de referência. Somente NÚMERO.

**47. Interdição ética: \***

Número total de Interdições Éticas realizadas no mês de referência. Somente NÚMERO.

**48. Conciliações: \***

Número total de conciliações/termo de ajustamento de conduta realizadas no mês de referência. Somente NÚMERO.

## Processo de Fiscalização – Acompanhamento de Recomendação Lavrada:

**49. Profissional (is) de Enfermagem que não registra(m) o processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas. \***

Número total apontado no mês de referência. Somente NÚMERO.

## Processo de Fiscalização – Acompanhamento de Notificações Lavradas:

**50. Inexistência ou ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**51. Exercício ilegal de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**52. Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**53. Inexistência de registro de empresa. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**54. Profissional de Enfermagem exercendo atividade com impedimento em decorrência de processo ético transitado em julgado. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**55. Coordenação/Direção de curso de Enfermagem por pessoa não enfermeiro. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**56. Inexistência ou número insuficiente de enfermeiro em evento esportivo na proporção indicada por Lei. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**57. Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do serviço de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**58. Inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**59. Inexistência de Comissões de Ética de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**60. Exercício irregular da Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**61. Profissional de Enfermagem executando atividades divergentes das previstas nos atos administrativos/normativos baixados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

**62. Subdimensionamento de pessoal de Enfermagem. \***

Número total notificado no mês de referência. Somente NÚMERO.

## Análise Indicadores

**63. Indicador 1 - PERCENTUAL DE FISCALIZAÇÕES PLANEJADAS REALIZADAS \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

AC: Indicador atingiu a meta mínima do Cofen, porém não foi possível alcançar a meta máxima, em função de atestado médico de 02 fiscais e realização de 01 palestra.  
AP: Manter condições para garantir o cumprimento das fiscalizações in loco.

**64. Indicador 2 - FISCALIZAÇÕES DE RETORNO REALIZADAS E DENTRO DO PRAZO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

AC: Meta cumprida em sua totalidade.  
AP: Manter condições para garantir o cumprimento das fiscalizações in loco.

**65. Indicador 3 - NÚMERO TOTAL DE DENÚNCIAS ATENDIDAS PELA FISCALIZAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

AC: Meta cumprida em sua totalidade.  
AP: Manter condições para garantir o cumprimento das fiscalizações in loco.

#### 66. **Indicador 4 - PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES COM ATIVIDADES EDUCATIVAS PRODUZIDAS PELO CONSELHO REGIONAL EM RAZÃO DA FISCALIZAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

AC: Manutenção do cumprimento da meta. As ações identificadas durante as inspeções já foram atendidas no momento da fiscalização.  
AP: Manter condições para garantir o cumprimento das fiscalizações in loco.

#### 67. **Indicador 5 - NÚMERO DE PROCESSOS ARQUIVADOS POR CUMPRIMENTO DA NOTIFICAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

AC: Não houve processo arquivado em fevereiro de 2023.  
AP: Intensificar ações/estratégias para regularização das pendências encontradas pela fiscalização, tais como PROCURADORIA JURÍDICA, por meio de realização de TACS e ações civis públicas

#### 68. **Indicador 6 - PERCENTUAL DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS RECURSOS DA FISCALIZAÇÃO \***

Descrever análise crítica e ações propostas. Somente TEXTO.

AC: Indicador ultrapassou meta máxima do Cofen.  
AP: Seguir o planejado para o exercício de 2023.

## Observações

## 69. Observações

Informações gerais, caso forem pertinentes. Somente TEXTO.

Insira sua resposta

Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Da plataforma Microsoft Forms |

O proprietário deste formulário não forneceu uma política de privacidade sobre como usará seus dados de resposta.

Não forneça informações pessoais ou confidenciais.

| [Condições de uso](#)