

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
CIS CENTRO OESTE**

**PLANO DE CONTINGÊNCIA
CIS CENTRO OESTE
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

GUARAPUAVA/PR

2020

Sumário

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	2
3	ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA.....	3
4	REFERÊNCIAS	10
5	ANEXOS	11

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Isso significa que o vírus está circulando em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos, o que dificulta a sua identificação. (PAHO, 2020; BRASIL, 2020)

Esta pandemia é causada por uma nova cepa de coronavírus, denominado como coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), que produz a doença denominada COVID-19. (PAHO, 2020)

O Brasil já apresenta transmissão comunitária do vírus, ou seja, situação em que não é conhecido o elo epidemiológico da transmissão.

Segundo o Ministério da Saúde, caso suspeito é definido como:

- ❖ Situação 01: paciente que apresenta febre, pelo menos, um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dispneia, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ menor que 95%, cianose, tiragem intercostal, batimento de asa de nariz) E histórico de viagem para exterior nos últimos 14 dias;

- ❖ Situação 02: indivíduo que manteve contato próximo que apresente febre ou, pelo menos, um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dispneia, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ menor que 95%, cianose, tiragem intercostal, batimento de asa de nariz) E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado de covid-19, nos últimos 14 dias;

- ❖ Situação 03: indivíduo que manteve contato domiciliar com caso confirmado de covid-19, nos últimos 14 dias, E que apresente febre ou, pelo menos, um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dispneia, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ menor que 95%, cianose, tiragem intercostal, batimento de asa de nariz). Vale ressaltar que também podem ser

observados a presença de outros sinais e sintomas: fadiga, mialgia, artralgia, cefaleia, calafrios, rash cutâneo, aumento de gânglios, diarreia, náuseas, vômitos, desidratação, inapetência.

Portanto, o Ministério da Saúde recomenda que os gestores de saúde adotem medidas não farmacológicas nos seus territórios, visando à redução da transmissão do vírus na comunidade, a diminuição da velocidade de progressão da epidemia, o achatamento da curva epidêmica e, conseqüentemente, a não sobrecarga dos serviços de saúde. (BRASIL, 2020)

Ao oferecer as condições necessárias para organização, orientação e uniformização das ações a ser realizadas por equipes de trabalho da saúde, utilizando como referência os protocolos do Ministério da Saúde, CONASEMS, CONASS, o Consorcio Intermunicipal de Saúde (CIS- CENTRO OESTE) apresenta Plano de Contingência com intuito de assumir o compromisso de atuar de acordo com suas atribuições, assim como efetuar o controle eficiente do processo de não disseminação do COVID-19.

As estratégias previstas em cada etapa serão sincronizadas com o plano de contingência da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e as orientações do Consorcio Intermunicipal de Saúde (CIS CENTRO OESTE) que é o órgão gestor da unidade de Guarapuava-PR.

Ao executar o Plano de Contingência com as equipes treinadas adequadamente, vamos organizar, orientar, agilizar e uniformizar as ações necessárias às respostas para controle da Pandemia, facilitando as atividades de prevenção, preparação e otimizando as atividades propostas.

2 OBJETIVOS

Dessa forma, o Plano de Contingência foi elaborado para orientar as ações de prevenção, a um determinado cenário de risco, estabelecendo que tipo de ações precisam ser desenvolvidas no nível local e intermunicipal definindo as responsabilidades e competências de cada integrante da administração pública municipal e colaboradores da saúde para o enfrentamento desta pandemia de maneira segura com a colaboração de todos.

Objetivando manter o atendimento humanizado aos pacientes e reduzir o risco de transmissão da Covid-19 bem como para intensificar ações de promoção e prevenção da saúde, buscando minimizar os riscos decorrentes da situação adversa provocada pela pandemia a qual estamos vivendo sobre a população dos 13 (treze) municípios atendidos pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Cis- Centro Oeste, Centro de Especialidades Odontológicas e Clínicas credenciada ao Consórcio abrangidos pela 5ª regional de saúde.

3 ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA

O Plano de Contingências contempla todo o espaço territorial de municípios atendidos pelo Consorcio Intermunicipal de saúde, Centro de especialidades Odontológicas e Clínicas credenciadas compreendendo suas zonas urbanas e rurais sujeitas às ocorrências de novos casos provocados por COVID 19.

A modalidade de atendimento, presencial, deve ser definida pela equipe da APS considerando a estratificação de risco do usuário, grau de estabilidade do quadro, vulnerabilidade social e condições de autocuidado, sendo recomendada a discussão previam do caso com a AAE caso a APS identifique a necessidade de atendimento presencial no ambulatório especializado, Centro de Especialidades Odontológicas e clinicas credenciada ao consorcio.

Conforme LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, Art. 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

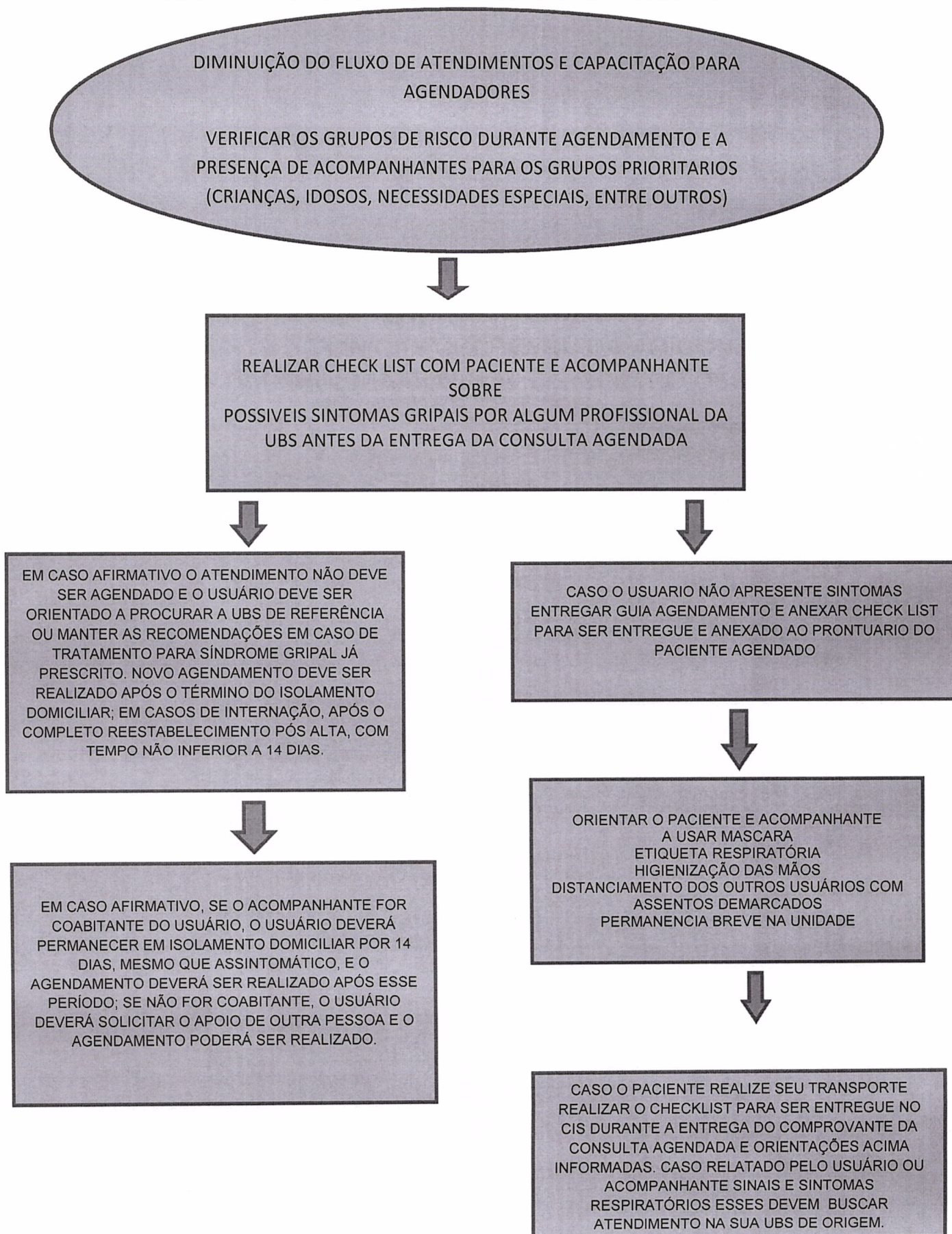
Portanto articulamos fluxogramas e checklist (anexos) na porta de entrada do Cis- Centro Oeste, Centro Especialidades Odontológicas (CEO) e clínicas credenciadas ao consórcio, para que sejam realizados os atendimentos

de forma organizada e com todas as medidas de prevenção dispostas pelo Ministério da Saúde, Sesa e CONASS.

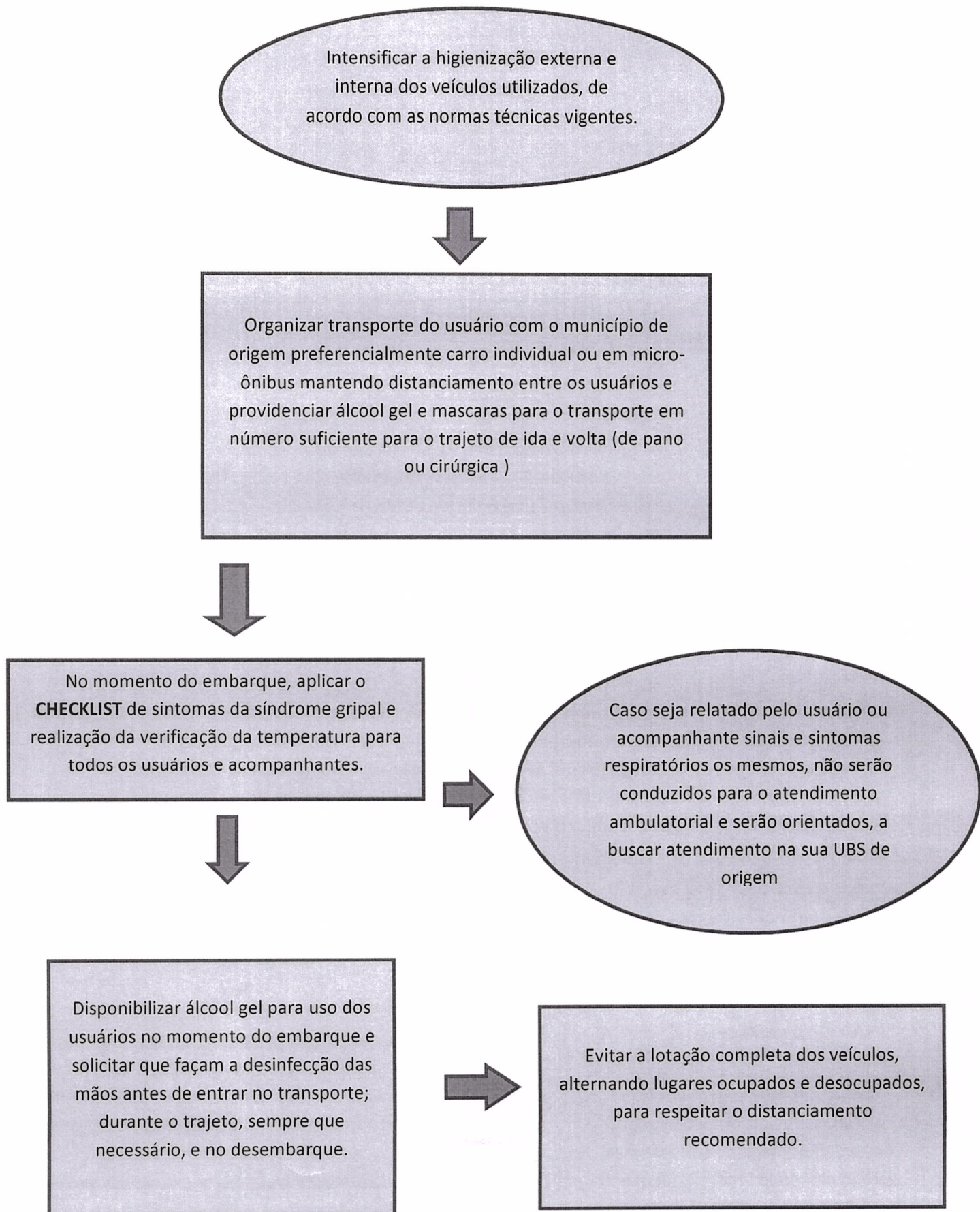
A infraestrutura do ambulatório garante fluxos, recepção, espaços de circulação e espera sanitários, bebedouros e salas de atendimento separadas para eventuais usuários com sintomas gripais enquanto aguarda atendimento no serviço de referência.

Seguindo com os fluxogramas e o plano de contingência sendo enviado aos 13 municípios que abrange o consórcio para o desenvolvimento das ações em contexto igualitário com os fluxogramas conforme as normativas estabelecidas e realizando os atendimentos a fim de prevenir e evitar contaminações pelo Covid 19 e outras comorbidades em diversas localidades.

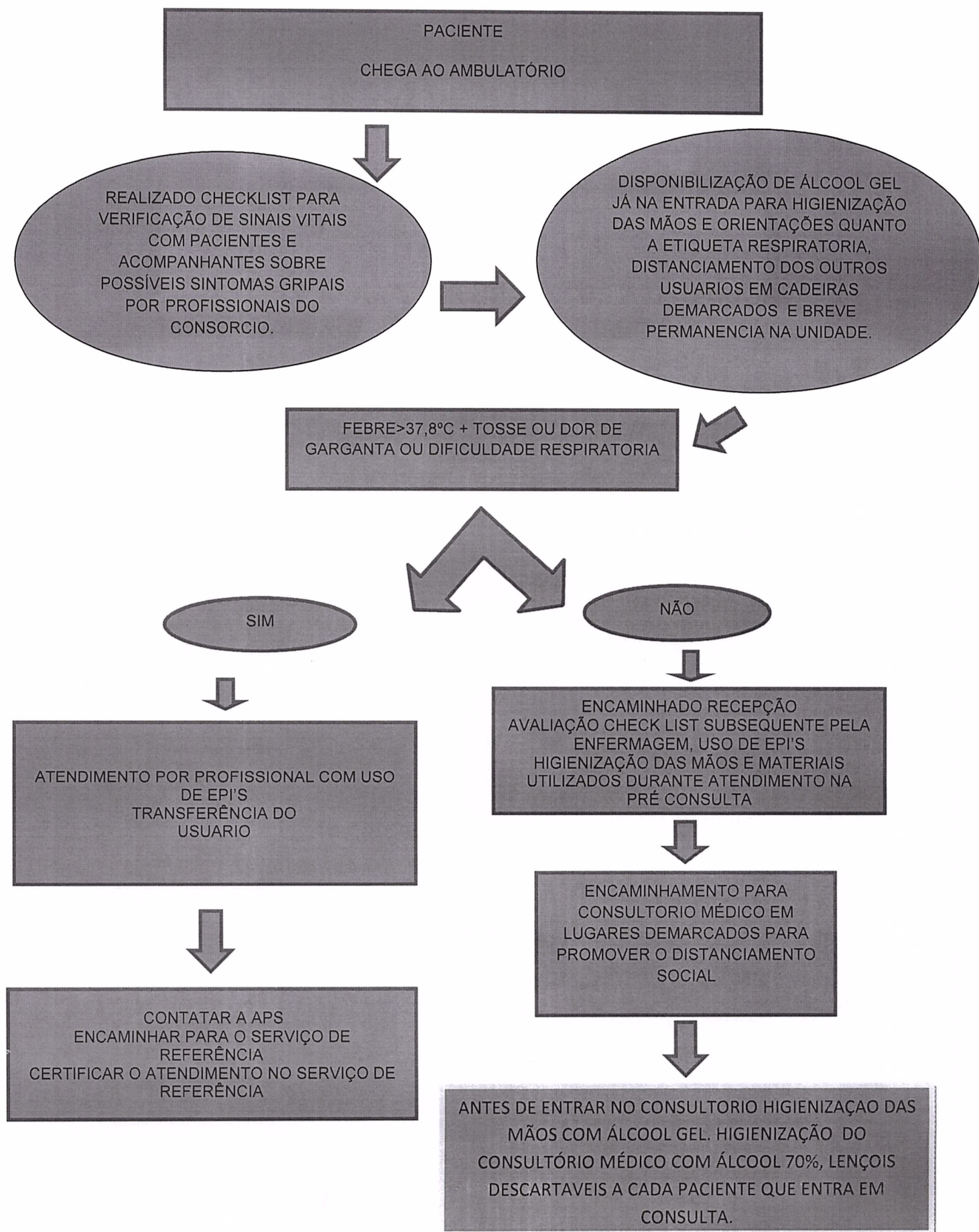
FLUXOGRAMA PARA AGENDAMENTO DE USUARIOS AO CIS-CENTRO OESTE E CLINICAS CREDENCIADA AO CONSORCIO DURANTE PANDEMIA COVID 19 CIS CENTRO OESTE



FLUXOGRAMA PARA TRANSPORTE DE USUARIOS AOS CIS – CENTRO OESTE, CEO E CLINICAS CREDENCIADAS AO CONSORCIO DURANTE PANDEMIA COVID 19



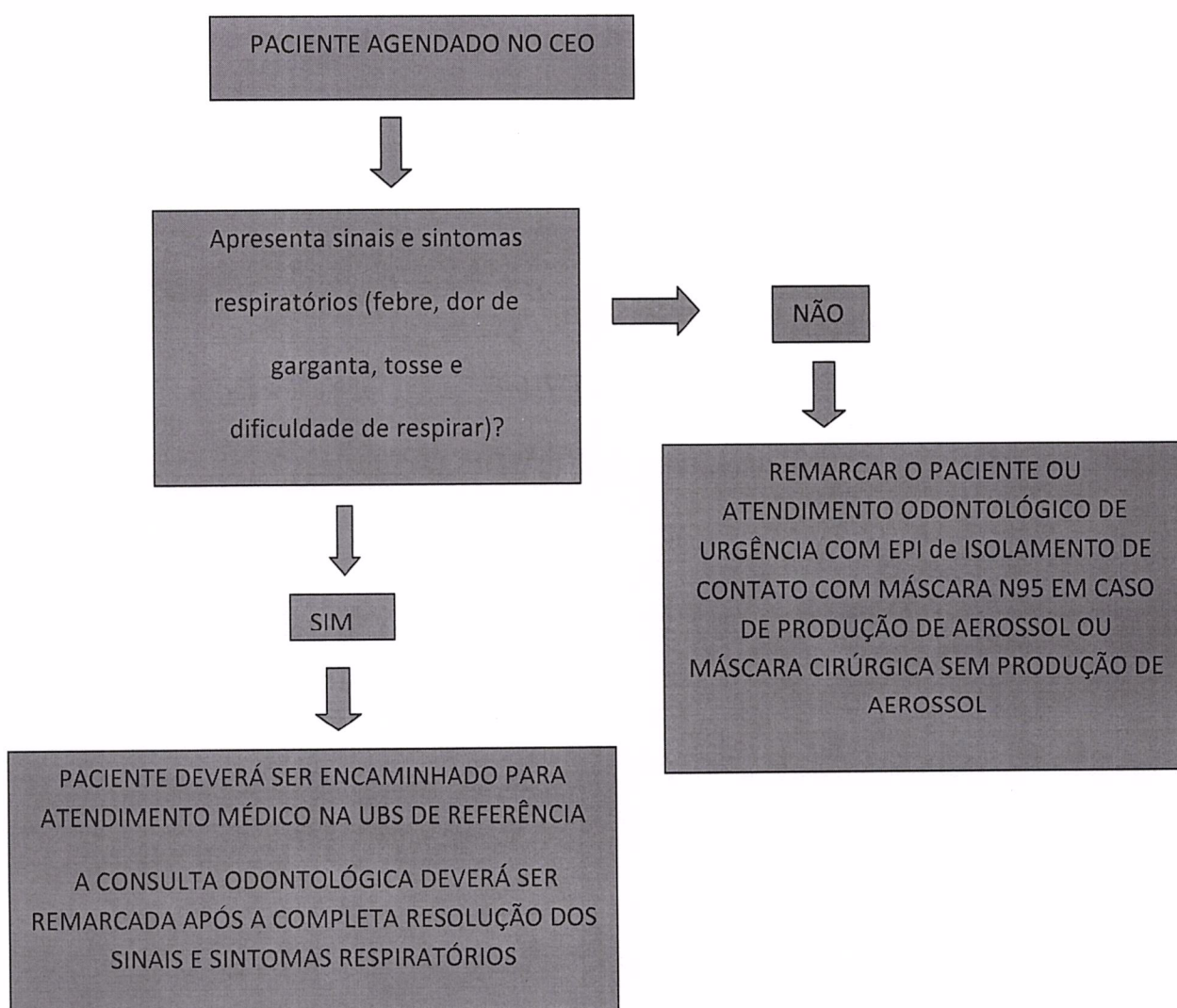
FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTOS A USUARIOS PRESENCIAIS NO CIS CENTRO OESTE E CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE SAÚDE BUCAL CEO

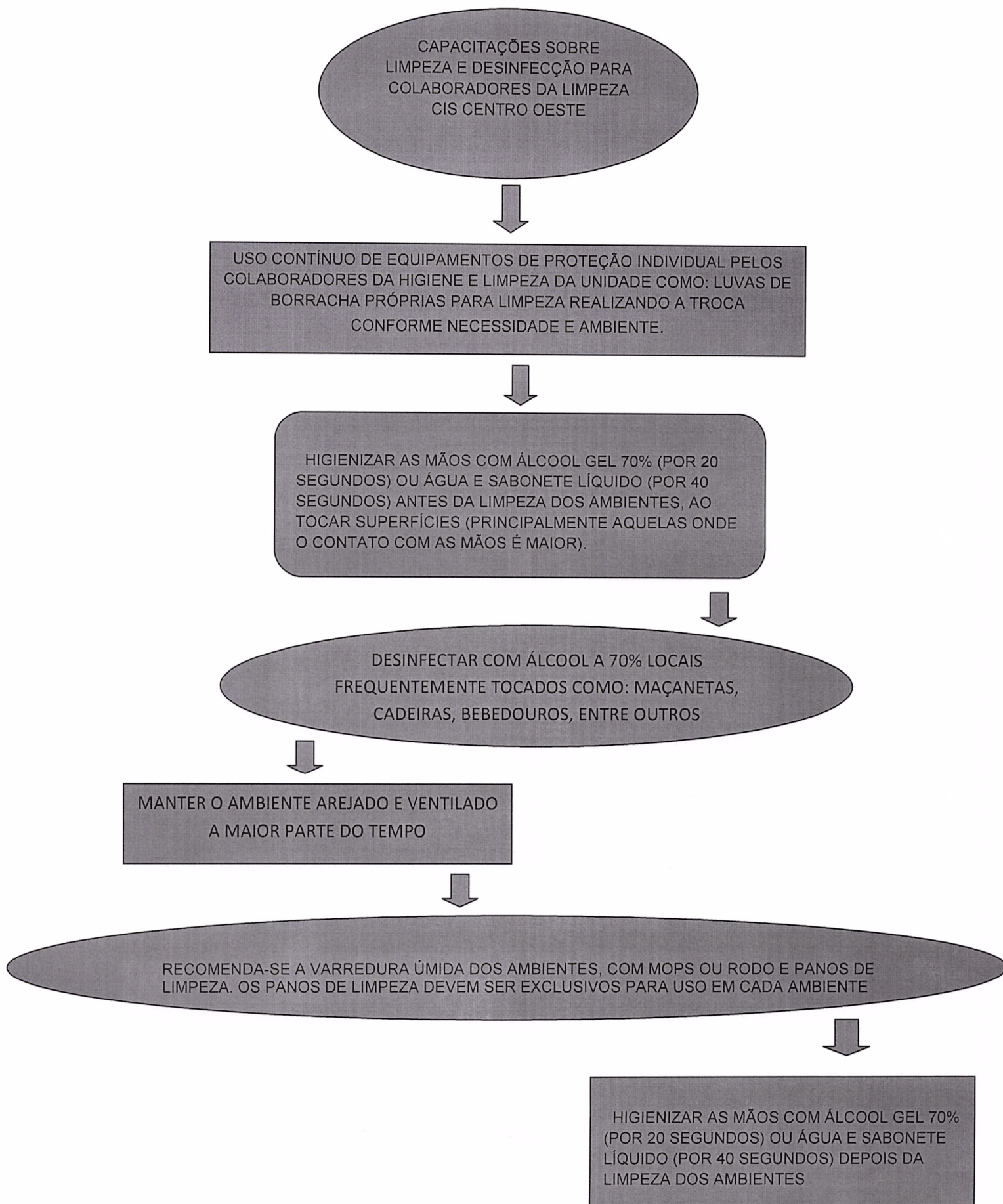
Suspensão temporária dos atendimentos odontológicos eletivos nas CEO, garantindo os atendimentos de urgências e emergências odontológicas, durante o período da epidemia.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE SAÚDE BUCAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.



FLOXOGRAMA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO

CIS CENTRO OESTE



4 REFERÊNCIAS

Nota Orientativa 33/2020- Para os ambulatórios organizados no modelo de atenção às condições crônicas em tempos de covid 19.

Nota Orientativa 24 /2020- Orientações para adequação da estrutura física em caráter temporário, na assistência de pacientes suspeitos ou confirmados para covid 19, em decorrência da emergência em saúde pública.

Nota Orientativa 20 /2020- Orientações gerais para prevenção da covid 19 em transporte sanitário.

Nota orientativa 04/2020- Atendimento dos idosos frente à pandemia covid-19.

Nota orientativa 03 /2020- Máscaras para proteção.

Nota orientativa 02 /2020- Preparações antissépticas e sanitizantes.

Nota orientativa 01/2020- Limpeza e desinfecção de ambientes.

Nota técnica nº 9/2020-cgsb/desf/saps/ms Covid-19 e atendimento odontológico no sus

Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília maio de 2020.


Protocolo de atendimento na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde, março 2020

5 ANEXOS

CHECKLIST TRANSPORTE		
USUARIOS TRANSPORTE	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____ ACOMPANHANTE: _____ _____ _____	PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
USUARIOS TRANSPORTE	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____ ACOMPANHANTE: _____ _____ _____	PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
USUARIOS TRANSPORTE	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____ ACOMPANHANTE: _____ _____ _____	PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
USUARIOS TRANSPORTE	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____ ACOMPANHANTE: _____ _____ _____	PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
FEBRE > 37,8°C + TOSSE OU DOR DE GARGANTA OU DIFICULDADE RESPIRATORIA		
ATENÇÃO!		
Em caso positivo para algum item acima, o usuário ou acompanhante não poderá utilizar o transporte e deverá ser orientado a procurar atendimento na UBS de referência ou serviço de urgência, em caso de sinais e sintomas de maior gravidade. Comunicar a central de transporte municipal para que repasse a informação para a UBS e ambulatório de atenção especializada.		


CHECKLIST PARA AGENDAMENTOS			
DATA:	ESPECIALIDADE:	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____		PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
ACOMPANHANTE: _____ _____ _____			
DATA:	ESPECIALIDADE:	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____		PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
ACOMPANHANTE: _____ _____ _____			
DATA:	ESPECIALIDADE:	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____		PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
ACOMPANHANTE: _____ _____ _____			
DATA:	ESPECIALIDADE:	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____		PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
ACOMPANHANTE: _____ _____ _____			
DATA:	ESPECIALIDADE:	VOCÊ ESTÁ APRESENTANDO ALGUNS SINTOMAS GRIPAIS ABAIXO?	
PACIENTE: _____ _____ _____		PACIENTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	ACOMPANHANTE: TEMP: _____ °C () TOSSE () DOR DE GARGANTA () FEBRE () DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
ACOMPANHANTE: _____ _____ _____			

CHECK LIST ENFERMEIRA (O)		
PACIENTE: _____		
Data consulta: _____		
Data de Nascimento: _____		
PA: _____ mmhg	FC: _____ bpm	Sat: _____ %
Temp: _____ °C	Peso: _____ kg	Alt: _____
Apresenta sintomas respiratórios:		
<input type="checkbox"/> tosse		
<input type="checkbox"/> dor de garganta		
<input type="checkbox"/> falta de ar		
<input type="checkbox"/> esforço ou desconforto respiratório		
Fez uso de antitérmicos (paracetamol, dipirona, ibuprofeno)?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Apresenta ou apresentou febre ?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Apresenta outros sinais e sintomas relevantes: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Se sim, descreva: _____		
CASO SUSPEITO DE SINDROME GRIPAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Avaliação Geral: Apresenta outras comorbidades ? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Se sim, descreva: _____		
Medicamentos de uso contínuo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Se sim, descreva: _____		
Apresenta alergias de medicamentos <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Se sim, descreva: _____		
História de cirurgias prévias ou internações recentes <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Se sim, descreva: _____		
Acompanhante: _____		
FC: _____ bpm	Sat: _____ %	Temp: _____ °C
Apresenta sintomas respiratórios:		
<input type="checkbox"/> tosse		
<input type="checkbox"/> dor de garganta		
<input type="checkbox"/> falta de ar		
<input type="checkbox"/> esforço ou desconforto respiratório		
Apresenta ou apresentou febre?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
MANTER ESTA FOLHA ANEXA AO PRONTUÁRIO DO (A) PACIENTE.		



NÃO CORONAVIRUS!

VAMOS
TOMAR OS CUIDADOS
NECESSARIOS
PARA SE
PROTEGER DO
CORONAVIRUS.



Consórcio Intermunicipal de Saúde
Rua Professora Leonídia, 1203 - Centro
CEP: 85010-230 - Guarapuava / PR
Telefone: (42) 3623-5826
E-mail: cisadm@outlook.com


SIM-PR
COMSUS
CENTRO DE
ESPECIALIDADES
ODONTÓLOGICAS (CEO)
CAPS AD III

MUNICÍPIOS ABRANGENTES

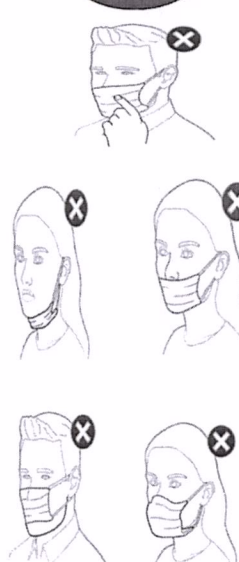
BOA VENTURA
CANDÓI
CAMPINA DO SIMÃO
CANTAGALO
FOZ DO JORDÃO
GOIXIM
LARANJAL
PALMITAL
PINHÃO
PITANGA
PRUDENTÓPOLIS
RESERVA DO IGUAÇU
TURVO

CORONA VÍRUS

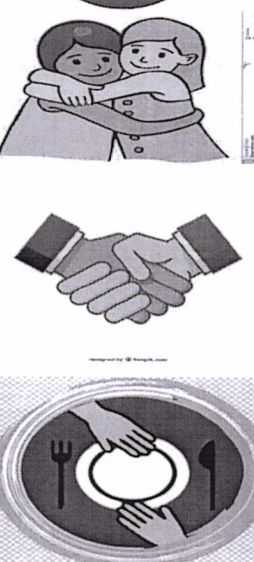
PREVINA-SE




ERRADO



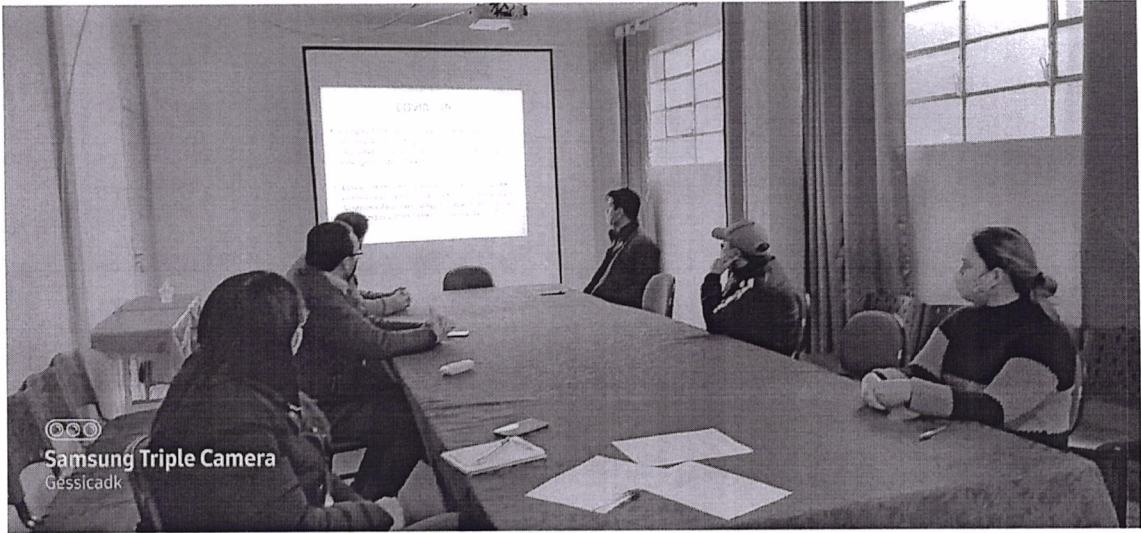
VAMOS EVITAR



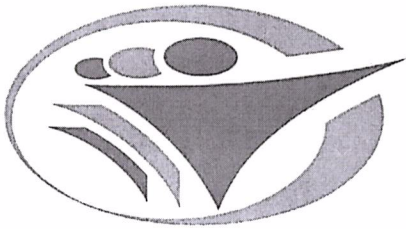
PREVENÇÃO



SOCIAL DISTANCING
2M
6feet



**RECIBO DE DE ENTREGA DE EPI'S AOS COLABORADORES DO
SERVIÇO**



CIS CENTRO OESTE

RECIBO DE ENTREGA DE EPI

Recebi do Consórcio Intermunicipal de Saúde Cis- Centro oeste, gratuitamente, os Equipamentos de Proteção Individual - EPIs, abaixo relacionados, bem como orientações de uso e conservação, me comprometendo a usá-los unicamente para os fins que se destinam e solicitar a troca quando desgastados.

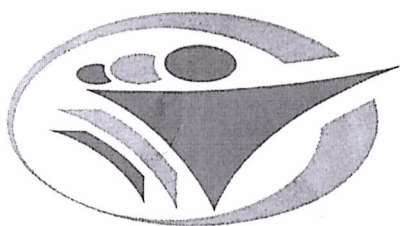
Relação dos EPIs recebidos:

(02 unidades de máscara tecido)

Fico ciente da obrigatoriedade do seu uso.

Quana Nogueira	Katciaue T. Yoketa
Ana Paula M. Nick	Daniela Schmitt
Caroline Barbosa Modureira	Marielle Crenkont
Passos S. M. Jesus	Lado Meds. M.
Andrés Ap. M. Reis	
Josaci Riblino	
Klitoria Flor M. Santos	
Thais Ap. Celanites	
Sella Maria Kluge	
Walter M. Mendes	
Arione de U. de Moraes	
Cláudia Maria Binda Rodrigues	
Marcely P. de Souza	
José Junior de Oliveira	
Deidrele Mendes	
Regina Ward	
Alexandro Cavallari	
Edis Brog Becker	Shairine Guimarães Kochube
Andressa Bispo	Alene Cristiane de Paula
Tronizelo Racho de Melo	Rebecca B. de Jesus
William Zampier	
Lucas Ap. Monteiro	
Mylena Bini	Janete de J. de Lima

Rua Profª Leonídia, 1203 - Centro - Fone: (42) 3623-5826
CEP: 85010-230 - Guarapuava - Paraná



CIS

CENTRO
OESTE

RECIBO DE ENTREGA DE EPI

Recebi do Consórcio Intermunicipal de Saúde Cis- Centro oeste, gratuitamente, os Equipamentos de Proteção Individual - EPIs, abaixo relacionados, bem como orientações de uso e conservação, me comprometendo a usá-los unicamente para os fins que se destinam e solicitar a troca quando desgastados.

Relação dos EPIs recebidos:

(Protetor Facial Face Shield, máscara, avental descartável e propé.)

Fico ciente da obrigatoriedade do seu uso.

Andaine Tokank
Stella Maria Kenes
Aniane de Oliveira
Maurício P. Kuhn
José Junior de Oliveira
Roberto P. S. Gomes
Alvares de Souza
Andaine Dias
William Zampier
Mylena Bini
Rob. de M. B. + Maria
Camilo Schuster
Katyciane P. Yokota
Rob. de M. B.

Rua Prof^a Leonídia, 1203 - Centro - Fone: (42) 3623-5826
CEP: 85010-230 - Guarapuava - Paraná

**DECLARAÇÕES ASSINADAS PELOS FUNCIONÁRIOS DAS
CAPACITAÇÕES REALIZADAS ACERCA DA PARAMENTAÇÃO E
DESPARAMENTAÇÃO.**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que participei da capacitação sobre protocolo de contingência para COVID-19 e paramentação, realizados pela Dra. Mylena Bini Mendes CRM/PR 43.398 e Enfª Gessica Drabetski – Coren/PR 547.490 na data de 29/05/2020 no período da tarde, realizados nas dependências do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste – CIS-Centro-Oeste, estabelecimento prestador de assistência à saúde, devidamente cadastrado no CNPJ sob nº 03601519000113, localizado à Rua Prof.ª Leonidia 1203, Centro, Guarapuava – PR.

Guarapuava, 29 de Maio de 2020.

M. Mendes.

*Aline
Paula*

Arione do

Kateciaue

Janete

Kellen

Luana

Rafael

Mylena Bini
Mylena Bini Mendes
MÉDICA CRM/PR 43.398

Gessica Drabetski
Enfª Gessica Drabetski
COREN/PR 547.490

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que participei da capacitação sobre protocolo de contingência para COVID-19 e paramentação, realizados pela Dra. Mylena Bini Mendes CRM/PR 43.398 e Enfª Gessika Drabetski – Coren/PR 547.490 na data de 28/05/2020 no período da tarde, realizados nas dependências do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste – CIS-Centro-Oeste, estabelecimento prestador de assistência à saúde, devidamente cadastrado no CNPJ sob nº 03601519000113, localizado à Rua Prof.ª Leonidia 1203, Centro, Guarapuava – PR.

Guarapuava, 28 de Maio de 2020.

Robson B. Luciani

William Zampier
marcos bemes

Franiele Pchikski

Jucimara Brito

Josaci Ribeiro

Bruna J. Rocha
Andressa Dias

Mylena Bini
Mylena Bini Mendes
MÉDICA CRM/PR 43.398

Gessika
Enfª Gessika Drabetski
COREN/PR 547.490

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que participei da capacitação sobre protocolo de contingência para COVID-19 e paramentação, realizados pela Dr Mylena Bini Mendes CRM/PR 43.398 e Enfª Alexandre Kavilhuka – Coren/ PR 584.722 na data de 27/05/2020 no período da tarde, realizados nas dependências do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste – CIS-Centro-Oeste, estabelecimento prestador de assistência à saúde, devidamente cadastrado no CNPJ sob nº 03601519000113, localizado à Rua Prof.ª Leonidia 1203, Centro, Guarapuava – PR.

Guarapuava, 27 de Maio de 2020.

Rubric Leticia Rosas

Giswara Suzi de Lima

Ledi Ap. Horodenski

mariano da Cruz Xavier dos Santos

Jefferson Cristiano Botate.

Ademar Kaminski

Shavira Guimaraes Kochube

Suelen ap. Montano

JVAN L Mendes

Leandro Mendes

Caroline Barbosa

Franciele Rocha de Melo

Mylena Bini
Mylena Bini Mendes
MÉDICA CRM/PR 43.398

Alexandre Kavilhuka
Enfermeiro
COREN/PR 584.722
Enfª Alexandre Kavilhuka
COREN/PR 584.722

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que participei da capacitação sobre protocolo de contingência para COVID-19 e paramentação, realizados pela Dra. Mylena Bini Mendes CRM/PR 43.398 e Enfª Gessika Drabetski – Coren/PR 547.490 na data de 28/05/2020 no período da tarde, realizados nas dependências do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste – CIS-Centro-Oeste, estabelecimento prestador de assistência à saúde, devidamente cadastrado no CNPJ sob nº 03601519000113, localizado à Rua Prof.ª Leonidia 1203, Centro, Guarapuava – PR.

Guarapuava, 28 de Maio de 2020.

Robson B. Luciani

William Zampier
marcos bemes

Franiele P. K. /i

Jucimara Boite

Josaci Ribeiro

Guera J. Rocha
Andressa Dias

Mylena Bini
Mylena Bini Mendes
MÉDICA CRM/PR 43.398

Gessika
Enfª Gessika Drabetski
COREN/PR 547.490

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que participei da capacitação sobre protocolo de contingência para COVID-19 e paramentação, realizados pela Dr Milena Bini Mendes CRM/PR 43.398 e Enfª Géssica Drabetski – Coren/ PR 547.490 na data de 26/05/2020 no período da tarde, realizados nas dependências do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste – CIS-Centro-Oeste, estabelecimento prestador de assistência à saúde, devidamente cadastrado no CNPJ sob nº 03601519000113, localizado à Rua Prof.ª Leonidia 1203, Centro, Guarapuava – PR.

Guarapuava, 26 de Maio de 2020.

~~Stivaldo~~

Claudia Kamilla P.P.

Karina Rolok

Mariana Pires Maceda

Kamille M. dos Santos

Ana Paula Romão

Andrena Tokomki

Wilson A. Batista

Vagner Medeiros

Rafael Fedeale

Elton Rudi Heller

Márcio BRUNFELD OLIVEIRA

Milena Bini
Dr Milena Bini Mendes
CRM/PR 43.398


Géssica Drabetski
Enfª Géssica Drabetski
COREN/PR547.490

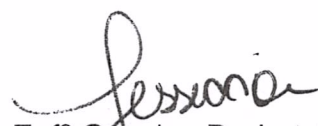
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que participei da capacitação sobre protocolo de contingência para COVID-19 e paramentação, realizados pela Dra. Mylena Bini Mendes CRM/PR 43.398 e Enf^a Gessica Drabetski – Coren/PR 547.490 na data de 05/06/2020 no período da tarde, realizados nas dependências do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste – CIS-Centro-Oeste, estabelecimento prestador de assistência à saúde, devidamente cadastrado no CNPJ sob nº 03601519000113, localizado à Rua Prof.^a Leonidia 1203, Centro, Guarapuava – PR.

Guarapuava, 05 de junho 2020.

Thais Colarites
Eloidi Maria Binde Rodrigues
Liliana Zarpellon
Marizete R. Kuron.


Mylena Bini Mendes
MÉDICA CRM/PR 43.398


Enf^o Gessica Drabetski
COREN/PR 547.490

PLANO ELABORADO POR:

Andressa Tokarski
Enfermeira
COREN - PR 537.330
Andressa Tokarski

Enf^a Resp. Téc. Andressa Tokarski
COREN-PR 537.330

APROVADO POR:



Rosângela Padilha Pereira Viante
Diretora Executiva CIS - Centro-Oeste