CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE XXXXXX
Criado pela Lei nº 5.905/73
FISCALIZAÇÃO

ANEXO I - TERMO DE FISCALIZAÇÃO (COVID-19) Nº /2021.

Em cumprimento à Lei nº 5.905/1973, Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987 e Resolução Cofen nº 617/2019, foi realizada fiscalização do Serviço de Enfermagem da Instituição abaixo qualificada, tendo o presente Termo a finalidade de descrever de maneira concisa as constatações acerca da prestação do Serviço de Enfermagem da instituição, bem como as notificações das possíveis inconformidades verificadas.

1 – Identificação do Serviço de Enfermagem da Instituição:			
1.1 Nome Fantasia		**1.2 CNES**	
1.3 Razão social		**1.4 CNPJ**	
1.5 Endereço			**1.6 Nº**
1.7 Bairro	**1.8 Cidade**	**1.9 CEP**	**1.10 UF**
1.11 Telefone:		**1.12 Horário de funcionamento**	
1.13 Representante legal:		**1.14 Cargo do Representante Legal**	
1.15 Enfermeiro Responsável:	**1.16 Nº Coren**	**1.17 Horário de trabalho do RT:**	
1.18 Telefone do Enfermeiro Responsável:		**1.19 E-mail:**	
2 – Características gerais da instituição:			
2.1 Tipo de instituição: **( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Ambulatório ( ) Instituição de Longa Permanência para Idosos** **( ) Unidade básica ( ) Serviço de Urgência e Emergência ( ) Outros: _____**			
2.2 Natureza Jurídica da Instituição: ( ) Pública ( ) Privada **( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Filantrópica ( ) Militar ( ) Outro:**			
2.3 Dados de Atendimento: **Número total de leitos: _____ Ocupados:_____** **Nº de leitos clínicos Covid: _____ Ocupados:_____** **Nº de leitos de UTI Covid: _____ Ocupados: _____** **Nº pacientes graves aguardando vaga na UTI: _____**		**Número de atendimentos/mês: _____** **Média de pacientes internados/mês: _____** **Média de remoção de pacientes/mês:_____** **Média vacinação Covid/dia:_____**	
2.4Tipos de atendimentos: **( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) Urgência ( ) SADT (Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico) ( ) Outro: _____** **( ) Referência Covid ( ) Referência vacinação Covid**			
2.5 Atendimentos a convênios: ( ) SUS ( ) Particular ( ) Plano de saúde privado			
3 – Quadro de Pessoal de Enfermagem:			

Equipe de enfermagem	**Enfermeiro**	**Obstetriz**	**Técnico de Enfermagem**	**Auxiliar de Enfermagem**	**Atendente de Enfermagem**	**Parteiras**
Quadro atual						
Afastados/ licenças						
Afastados COVID						
Vacinados (1º e 2º dose)						
Carga horária Semanal						

3.1 Observações pertinentes (óbitos por covid, se houve substituição de profissionais afastados na escala, grupo de risco):			
4 – Condições de Trabalho			
4.1 Profissionais de enfermagem exercem atividades alheias à sua atribuição legal? **Se sim, especificar quais:**_____		**Sim**	**Não**
4.2 Estão sendo disponibilizados testes diagnósticos para Covid-19, periodicamente, aos profissionais de enfermagem?		**Sim**	**Não**
4.3 Está sendo garantido o afastamento laboral dos profissionais de enfermagem sintomáticos com suspeita ou quadro confirmado de Covid-19?		**Sim**	**Não**
4.4 Existência de local adequado de repouso para os profissionais de Enfermagem?	**Não se aplica**	**Sim**	**Não**
4.5 Há Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade suficiente para os profissionais de Enfermagem?		**Sim**	**Não**
a) Em caso negativo, assinalar quais estão em falta/insuficiente: **( ) Máscara cirúrgica ( ) Máscaras N95/PFF2 ( ) Proteção ocular** **( ) Luva ( ) Capote ( )Avental ( ) Touca ( ) Outro:**_____			
4.6 Os EPI disponibilizados estão adequados e atendem as normativas vigentes. (vide se possuem registro no Ministério da Economia e/ou Anvisa). **Em caso negativo, proceder descrição do fato, de modo objetivo**:_____		**Sim**	**Não**
5 – Exercício profissional de Enfermagem:			

5.1 Presença de escala de Enfermagem do mês atual:	**Adequado**	**Inadequado**	**Inexistente**
5.2 Presença de Cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente (Lei nº 7498/86, Resolução Cofen nº 543/2019 e Parecer Normativo nº 02/2020):	**Adequado**	**Inadequado**	**Inexistente**
5.3 Evidenciado déficit de profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes:		**Sim**	**Não**
a) Informar o quantitativo deficitário: ENF: _____ TE/AE: _____			
b) Descrever a situação relacionada ao déficit de pessoal de enfermagem, se constatado (proporção de pacientes por profissional de enfermagem nos setores de déficit): _____ _____ _____			

5.4 Existência de Enfermeiro em todas as unidades onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem. Em caso de Ausência/ inexistência, informar em qual Unidade: _____ _____ _____ _____	**Presente**	**Ausente**	**Inexistente**
5.5 Anotação de Responsabilidade Técnica pelo serviço de enfermagem vigente junto ao Coren de sua circunscrição. **Nome do enfermeiro** _____ **Nº da CRT:** **Data de validade:**__/__/____		**Sim**	**Não**
5.6 Em caso de inexistência de CRT, informar motivo: **( ) Não Requerida Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem** **( ) Não concluiu Processo devido pendências.**			
5.7 Exercício ilegal da Enfermagem: Presença de Trabalhadores que não estão legalmente habilitados e inscritos para realização de atividades de Enfermagem. Em caso afirmativo, especificar a situação:		**Sim**	**Não**
( ) Exercício da profissão sem inscrição:		**Sim**	**Não**
( ) Exercício da profissão por profissional m inscrição cancelada a pedido:		**Sim**	**Não**
( ) Execução de atos/atividades previstas na lei do exercício profissional que ultrapassam a habilitação legal por profissional de formação inferior à exigida para a categoria de Enfermagem: _____ _____ _____		**Sim**	**Não**
( ) Execução de atividades privativas de enfermeiro por pessoa sem habilitação legal:		**Sim**	**Não**
6 – Condições estruturais e organizacionais do serviço			
6.1 Relacionar os Setores inspecionados in loco e situações relevantes encontradas quanto a estrutura ambiental (iluminação adequada, limpeza, estrutura física, manutenção de equipamentos assistenciais, e outras condições que interferem na assistência de enfermagem):_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
7 - Serviço de vacinação Covid:			
7.1 O serviço de vacinação contra Covid-19 é supervisionado por Enfermeiro?	**Não se aplica**	**Sim**	**Não**
7.2 Os profissionais de enfermagem procedem o controle e registro da temperatura das câmaras frias/ geladeiras de armazenamento dos imunobiológicos?	**Não se aplica**	**Sim**	**Não**
7.3 Há déficit profissional no setor?		**Sim**	**Não**
7.4 Há déficit de materiais/equipamentos para o serviço de vacinação? **Se sim, especificar quais: ( )Termômetro de máxima e mínima; ( ) Bobina reutilizável; ( ) caixa térmica; ( ) geladeira/câmara fria; ( )caixa coletora de perfurocortante; ( ) outros:**_____		**Sim**	**Não**

7.5 As condições estruturais da sala de vacina são adequadas para o serviço? **Se não, referir quais as inadequações:**_____	**Sim**	**Não**

8 - Observações gerais/ Fatos de Relevância:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9 - Inconformidades constatadas e NOTIFICAÇÕES relacionadas:

9.1. Inexistência ou ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem
Fundamento Legal: Lei 7.498/1986 e Decreto 94.406/1987
( ) Notifico a dispor/manter enfermeiro para supervisionar, organizar, orientar, coordenar, planejar, avaliar a assistência de Enfermagem e executar as atividades privativas durante todo o período em que ocorre o exercício da Enfermagem. **Prazo: 3 (três) dias.**

9.2. Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de Enfermagem
Fundamento Legal: Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resoluções Cofen nº: 509/2016, 564/2017, 568/2018, 606/2019, ou as que sobrevierem.
a) ( ) Notifico a providenciar a Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação do(s) Serviço(s) de Enfermagem junto ao Coren de sua circunscrição. **Prazo 10 (dez) dias.**
b) ( ) Notifico a providenciar a regularização da Anotação de Responsabilidade Técnica pelo(s) serviço(s) de Enfermagem junto ao Coren de sua circunscrição. **Prazo 10 (dez) dias.**

9.2. Exercício Ilegal da Enfermagem
Fundamento Legal: Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Decreto-Lei 3.688/1941 (Contravenções Penais); Decreto-lei 2.848/1940 (Código Penal); Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor).
a) ( ) Notifico afastar os trabalhadores abaixo discriminado(s) da realização de atividades de Enfermagem, por não estarem legalmente habilitados e inscritos, devido a situação encontrada in loco – **Exercício da profissão sem inscrição. Prazo IMEDIATO.**
b) ( ) Notifico afastar os trabalhadores abaixo discriminado(s) da realização de atividades de Enfermagem, por não estarem legalmente habilitados e inscritos, devido a situação encontrada in loco – **Exercício da profissão por profissional com inscrição cancelada a pedido. Prazo IMEDIATO**.
c) ( ) Notifico afastar os trabalhadores abaixo discriminado(s) da realização de atividades de Enfermagem, por não estarem legalmente habilitados e inscritos, devido a situação encontrada in loco – **Execução de atos/atividades previstas na lei do exercício profissional que ultrapassam a habilitação legal por profissional de formação inferior à exigida para a categoria de Enfermagem. Prazo IMEDIATO**
d) ( ) Notifico afastar os trabalhadores abaixo discriminado(s) da realização de atividades de Enfermagem, por não estarem legalmente

habilitados e inscritos, devido a situação encontrada in loco – **Execução de atividades privativas de Enfermeiro por pessoa sem habilitação legal. Prazo IMEDIATO.**

9.3 Subdimensionamento de pessoal de Enfermagem.
Fundamento legal: Lei 7.498/1986; Decreto 94.406/1987; Resoluções Cofen nº: 509/2016, 543/2017, 564/2017, Parecer 02/2020, ou as que sobrevierem.
a) ( ) Notifico a realizar o cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem segundo a legislação vigente do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e fornecer ao Conselho Regional de Enfermagem de sua circunscrição, dando ciência por escrito ao gestor. **Prazo 3 (três)dias.**
b) ( ) Notifico adequar o cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem segundo a legislação vigente do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e fornecer ao Conselho Regional de Enfermagem de sua circunscrição, dando ciência por escrito ao gestor. **Prazo 3 (três) dias**.
c) ( ) Notifico o Representante Legal da Instituição para cumprir o dimensionamento de pessoal de Enfermagem nos termos da Lei 7.498/86, Decreto 94.406/87 e a Resolução Cofen nº 543/2017 ou a que sobrevier, sob pena de ajuizamento de ação civil pública em caso de descumprimento. **Prazo 10 (dez) dias.**

10 – Documentos solicitados para envio ao Coren, no prazo de 5 dias.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

11 - Do prazo de resposta às notificações assinaladas no item 9:

O Enfermeiro Responsável e o Representante Legal supracitados ficam cientes de que deverá ser enviada resposta ao Conselho Regional de Enfermagem, no endereço disposto no rodapé, referente ao cumprimento das notificações relacionadas nos itens acima, em papel timbrado, datados, assinados e carimbados pelos responsáveis, a cada prazo estabelecido nas notificações, com vistas a dar andamento ao procedimento administrativo ora instaurado no âmbito dessa Autarquia.

12 - Orientações:
a) As notificações relacionadas ao Serviço de Enfermagem efetuadas no presente documento encontram-se assinaladas com (X) no item 9.
b) A não observância ao disposto na presente notificação poderá implicar na aplicação de sanções previstas na legislação vigente, além de medidas judiciais cabíveis.
c) Na ausência do Enfermeiro Responsável e do Representante Legal pela Instituição, o assinante se responsabilizará pela entrega da notificação aos mesmos.

Esta ação teve início às _____ e se encerrou às _____.

Local _____ Data _____/_____/_____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE XXXXXX
Criado pela Lei nº 5.905/73
FISCALIZAÇÃO

ENFERMEIRO FISCAL _____ **ASSINATURA E CARIMBO**	**RECEBIDO POR:** _____ **NOME/ RAZÃO SOCIAL** _____ **CPF/ CNPJ** _____ **ASSINATURA**

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE XXXXXX
Criado pela Lei nº 5.905/73
FISCALIZAÇÃO

ANEXO II - TERMO DE FISCALIZAÇÃO (COVID-19) Nº /2021 – RETORNO.

Em cumprimento à Lei nº 5.905/1973, Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987 e Resolução Cofen nº 617/2019, foi realizada fiscalização do Serviço de Enfermagem da Instituição abaixo qualificada, tendo o presente Termo a finalidade de descrever de maneira concisa as constatações acerca da prestação do Serviço de Enfermagem da instituição, bem como as notificações das possíveis inconformidades verificadas.

1 – Identificação do Serviço de Enfermagem da Instituição:

1.1 Nome Fantasia		**1.2 CNES**	
1.3 Razão social		**1.4 CNPJ**	
1.5 Endereço			**1.6 Nº**
1.7 Bairro	**1.8 Cidade**	**1.9 CEP**	**1.10 UF**
1.11 Telefone:		**1.12 Horário de funcionamento**	
1.13 Representante legal:		**1.14 Cargo do Representante Legal**	
1.15 Enfermeiro Responsável:	**1.16 Nº Coren**	**1.17 Horário de trabalho do RT:**	
1.18 Telefone do Enfermeiro Responsável:		**1.19 E-mail:**	

2 – Características gerais da instituição:

2.1 Tipo de instituição:
( ) Hospital ( ) Clínica ( ) Ambulatório ( ) Instituição de Longa Permanência para Idosos
( ) Unidade básica ( ) Serviço de Urgência e Emergência ( ) Outros: _____

2.2 Natureza Jurídica da Instituição: ( ) Pública ( ) Privada
( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Filantrópica ( ) Militar ( ) Outro:

2.3 Dados de Atendimento:

Número total de leitos: _____ Ocupados:_____
Nº de leitos clínicos Covid: _____ Ocupados:_____
Nº de leitos de UTI Covid: _____ Ocupados: _____
Nº pacientes graves aguardando vaga na UTI: _____

Número de atendimentos/mês: _____
Média de pacientes internados/mês: _____
Média de remoção de pacientes/mês:_____
Média vacinação Covid/dia:_____

3 – Quadro de Pessoal de Enfermagem:

Equipe de enfermagem	Enfermeiro	Obstetriz	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Atendente de Enfermagem	Parteiras
Quadro atual						
Afastados/ licenças						
Afastados COVID						
Vacinados (1º e 2º dose)						
Carga horária Semanal						

3.1 Observações pertinentes:

4 – Constatações do serviço de enfermagem:

Inconformidades persistentes devido as Notificações não atendidas:

( ) Inexistência ou ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem

( ) Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de Enfermagem

( ) Exercício ilegal da Enfermagem, devido a:

( ) Exercício da profissão sem inscrição.

( ) Exercício da profissão por profissional com inscrição cancelada a pedido.

( ) Execução de atos/atividades previstas na lei do exercício profissional que ultrapassam a habilitação legal por profissional na formação inferior à exigida para a categoria de Enfermagem.

( ) Subdimensionamento de pessoal de Enfermagem

5 – Outras informações relevantes:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6 – Novas inconformidades identificadas e Notificações pertinentes:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7 – Documentação solicitada a ser enviada ao Coren, no prazo de 5 dias:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____

8 - Do prazo de resposta às notificações assinaladas no item 9:

O Enfermeiro Responsável e o Representante Legal supracitados ficam cientes de que deverá ser enviada resposta ao Conselho Regional de Enfermagem, no endereço disposto no rodapé, referente ao cumprimento das notificações relacionadas nos itens acima, em papel timbrado, datados, assinados e carimbados pelos responsáveis, a cada prazo estabelecido nas notificações, com vistas a dar andamento ao procedimento administrativo ora instaurado no âmbito dessa Autarquia.

Esta ação teve início às _____ e se encerrou às _____.

Local _____ Data _____/_____/_____

ENFERMEIRO FISCAL

_____
ASSINATURA E CARIMBO

RECEBIDO POR:

_____
NOME/ RAZÃO SOCIAL

_____
CPF/ CNPJ

_____
ASSINATURA