

Validação Gov: _____

Executor: _____

Data: ____/____/____

EMERGÊNCIA									
SETOR	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE
RECEPÇÃO EMERGÊNCIA									
LONGARINAS									
ALTAR									
POSTO									
MEDICAÇÃO 4 CADEIRAS									
MEDICAÇÃO 3 MACAS									
MEDICAÇÃO 2 LONGARINAS									
PARADA 1 E 2									
PARADA 3									
2 CADEIRAS COLETA									
QUARTO MÉDICOS									
SALA SUPERVISÃO ENFERMAGEM									
SALA DRA VANIA									
TRIAGEM									
CONSULTÓRIO1									
CONSULTÓRIO2									
GESSO									
RX									
FRENTE DO HOSPITAL									
LEGENDA: (C) – CONCORRENTES (A) - ALTA	OBS:		OBS:			OBS:			

Áreas críticas 3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Validação Gov: _____

Executor: _____

Data: ____/____/____

AMBULATÓRIO									
SETOR	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE
RECEPÇÃO DO AMBULATÓRIO									
LONGRINAS									
SALA DA OUVIDORIA									
SALA MULTIDISCIPLINA									
SALA ENGENHARIA CLÍNICA									
CONSULTÓRIO O3									
CONSULTÓRIO O4									
CONSULTÓRIO O5									
CONSULTÓRIO O6									
CONSULTÓRIO O7									
HALL DOS ELEVADORES									
TOMOGRAFIA									
LEGENDA: (C) – CONCORRENTES (A) - ALTA	OBS:			OBS:			OBS:		

Áreas semicríticas 2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Validação Gov: _____

Executor: _____ Data: ____/____/____

2º ANDAR									
SETOR	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE
QUARTO 201									
QUARTO 202									
QUARTO 203									
QUARTO 204									
QUARTO 205									
QUARTO 206									
QUARTO 207									
QUARTO 208									
QUARTO 209									
QUARTO 210									
QUARTO 211									
QUARTO 212									
QUARTO 213									
QUARTO 214									
QUARTO 215									
POSTO DE ENFERMAGEM									
COORD DE ENFERMAGEM									
HOTELARIA									
FARMÁCIA/ ALMOXARIFADO									
HALL DOS ELEVADORES									
ESTAR DA ENFERMAGEM									
EXPURGO									
DML									
POSTO PERTO DO REFEITÓRIO									
LABORATÓRIO									
EXPURGOR DO LABORATÓRIO									
CORREDOR CINZA									
QUARTO MÉDICOS									
EXPURGO SALA DA UTILIDADES									
HALL ELEVADORES PRÓX. AO REFEITÓRIO									
LEGENDA: (C) – CONCORRENTES (A) - ALTA	OBS:			OBS:			OBS:		

Áreas críticas 3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Validação Gov: _____

Executor: _____ Data: ____/____/____

4º ANDAR									
SETOR	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE
QUARTO 401									
QUARTO 402									
QUARTO 403									
QUARTO 404									
QUARTO 405									
QUARTO 406									
QUARTO 407									
QUARTO 408									
QUARTO 409									
QUARTO 410									
QUARTO 411									
QUARTO 412									
QUARTO 413									
QUARTO 414									
QUARTO 415									
QUARTO 416									
QUARTO 417									
QUARTO 418									
QUARTO 419									
QUARTO 420									
QUARTO 421									
QUARTO 422									
QUARTO 423									
QUARTO 423									
QUARTO 424									
QUARTO 425									
QUARTO 426									
QUARTO 427									
QUARTO 428									
SALA PRESCRIÇÃO MÉDICA									
POSTO DE ENFERMAGEM									
CORREDOR									
DML									
EXPURGO									
QUARTO ENFERMAGEM									
DTR/ RESÍDUOS									
HEMODIÁLISE									
COPA									
LEGENDA: (C) – CONCORRENTES (A) - ALTA	OBS:			OBS:			OBS:		

Áreas semicríticas 2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário. Áreas críticas 3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Validação Gov: _____

Executor: _____

Data: ____/____/____

CENTRO CIRÚRGICO									
SETOR	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE
SALA 1									
SALA 2									
SALA 3									
SALA 4									
HALL FRENTE / FUNDOS									
CONFORTO MÉDICO									
DML									
EXPURGO/SALA DE UTILIDADES									
RPA E PRESCRIÇÃO									
ARMÁRIOS DO CORREDOR - CINZA									
VESTIÁRIO FEMININO									
VESTIÁRIO MASCULINO									
FRENTE VESTIARIOS									
ARSENAL									
CME									
FARMACIA									
SALA DE EQUIPAMENTOS									
POSTO DE ENFERMAGEM									
HALL DE ELEVADORES									
HALL C.C - CTI									
LEGENDA: (C) – CONCORRENTES (A) - ALTA	OBS:			OBS:			OBS:		

Áreas críticas 3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Validação Gov: _____

Executor: _____

Data: ____/____/____

CTI 1 E 2									
SETOR	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO	TIPO DE ATIVIDADE
BOX 01									
BOX 02									
BOX 03									
BOX 04									
BOX 05									
BOX 06									
BOX 07									
BOX 08									
BOX 09									
BOX 10									
POSTO ENFERMAGEM									
EXPURGO									
QUARTO DOS MÉDICOS									
BOX 11									
BOX 12									
BOX 13									
BOX 14									
BOX 15									
BOX 16									
BOX 17									
BOX 18									
BOX 19									
HALL ELEVADORES E ESPERA									
LEGENDA: (C) – CONCORRENTES (A) - ALTA	OBS:			OBS:			OBS:		

Áreas críticas 3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.