

MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná



Ofício nº 790/2022-GAB

Toledo, 6 de outubro de 2022.

À Sua Excelência o Senhor
VEREADOR LEOCLIDES BISOGNIN
Presidente da Câmara Municipal de Toledo - PR
Nesta Cidade

PROCESSO Nº 2621/2022

07/10/22 - 15:11

CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO

João L. Lima

000001

Assunto: Faz referência ao Ofício nº 116/2022-CM/LEG, que versa sobre os Requerimentos nºs 107, 108, 109 e 110 de 2022.

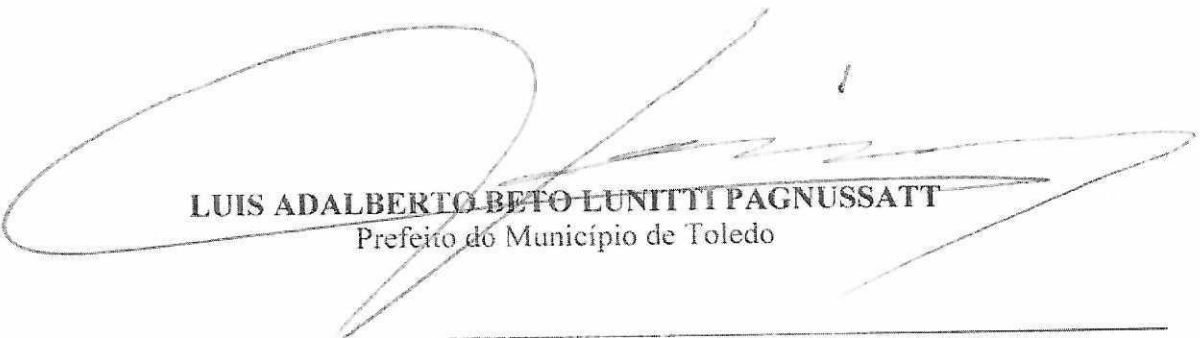
Senhor Presidente,

1. Em atenção ao contido no Ofício em epígrafe, datado de 6.9.2022, protocolizado nesta municipalidade sob o nº 41067, em 8.9.2022, encaminhamos os anexos documentos, conforme seguinte relação:

- Ofício nº 587/2022-SRH, expedido em 28.9.2022, pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos, acompanhado dos relatórios que o instruem, contemplando as informações relativas ao Requerimento nº 107/2022;
- Ofício nº 215/2022-SC, expedido em 23.9.2022, pela Secretaria Municipal da Cultura, acompanhado dos documentos que o instruem, contemplando as informações relativas ao Requerimento nº 108/2022;
- Ofício nº 1067/2022-SMS, expedido em 3.10.2022, pela Secretaria Municipal da Saúde, acompanhado do documento que o instrui, contemplando as informações relativas ao Requerimento nº 109/2022; e
- Ofício nº 1062/2022-SMS, expedido em 30.9.2022, pela Secretaria Municipal da Saúde, acompanhado dos documentos que o instruem, contemplando as informações relativas ao **Requerimento nº 110/2022.**

2. Nestes termos, nos colocamos à disposição para esclarecimentos adicionais, porventura necessários.

Respeitosamente,


LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
Prefeito do Município de Toledo

Ofício nº1062 /2022 - SMS

Toledo, 30 de setembro de 2022

Ao Excelentíssimo Senhor:

000002

LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSAT

Prefeito Municipal

Toledo – PR

Assunto: Resposta ao Requerimento nº110/2022

Prezado Senhor

Considerando o Requerimento nº110/2022, conforme solicitado, segue a cópia do último relatório de inspeção sanitária realizada na Unidade de Pronto Atendimento de Toledo – UPA, no período de 08 a 11 de Agosto de 2022;

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos nossos votos de elevada estima e apreço e fortalecemos nosso compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde e com a Saúde Pública do Município de Toledo.

Atenciosamente,


GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal de Saúde



MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria da Saúde

Ofício nº 159 /2022

Toledo, 29 de Setembro de 2022

À Senhora

000003

Gabriela Almeida Kucharski Ravache

Secretária Municipal de Saúde

Assunto: Envio de cópia do relatório referente a última inspeção da unidade de Pronto Atendimento de Toledo – UPA solicitada através do requerimento nº 110/2022.

Prezada Senhora,

Conforme solicitado através de requerimento nº 110/2022 encaminho cópia do último relatório de inspeção sanitária realizada na Unidade de Pronto Atendimento de Toledo – UPA , no período de 08/08/2022 a 11/08/2022.

Atenciosamente.

Juliana Beux Konno
Diretora do Depto. de Vigilância em Saúde
Portaria nº 358 de 05/07/2021

Juliana Beux Konno
Diretora Vigilância em Saúde de Toledo
Portaria nº 358 de 05/07/2021



SECRETARIA DE SAÚDE DE TOLEDO
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
AV. JOSÉ JOÃO MURARO, 1208 JD. PORTO ALEGRE
TEL.: 31963080

000004

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO Nº 172/2022

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Razão Social: Prefeitura Municipal de Toledo	CNPJ: 76.205.806/0001-88
Estabelecimento: Unidade de Pronto Atendimento Dr. José Ivo Alves da Rocha - UPA	
Endereço: Av. Maripá, 7964 Vila Becker Toledo- PR	
Telefone/Fax: (45) 30558736	e-mail: direcaoenf@hotmail.com
Cnes 7737866	
Atividade: Unidade de Pronto Atendimento	
Nº da Licença: 1065/2016 Validade: 23/05/2017 CNES:	
Responsável Legal: Gabriela A. K. Ravache - Sec. de Saúde	Portaria de Nomeação nº 15/2021, de 01/01/2021
Diretor de Urgência e Emergência: Juliana V. Lima	CPF: 004.708.009-41
Diretor Executivo: Daniele R. Lorenz	CPF: 090.817.619-86
Direção Técnica dos Serviços de Radiologia/SPR: Cintia A. F. Da Silva	CRM: 20.349 Portaria nº 546 de 24/11/17
Responsável Técnico Médico: Dafne H. Oliveira	CRM: 33504
Responsável Técnico Serv. de Enfermagem: Genezi Guedes da Silva	COREN: 354.715
Responsável Técnico Serv. de Farmácia: Carla Lieko Della Torre	CRF: 30101
Coordenador NSP: Gabriela Miotti	COREN: 449.596
Coordenador CCIH: Juliano C. Lima	COREN: 582.497
Responsável Técnica Serv. Nutrição: Josene Cristina Biesek	CRN: 10.114
Recursos Humanos	
Enfermeiro: 17	Téc. Enfermagem: 68
Farmacêutico: 04	Médico: 68
Nutricionista: 01	Assistente Social: 01
Serv. Gerais: 11	Motorista: 07 Administrativo: 12

A Unidade de Pronto Atendimento opera sob regime de Gestão Compartilhada Secretaria Municipal de Saúde e Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR – CONSAMU, CNPJ: 17.420.047/0001-07 desde setembro/2017, e é pactuada como porte II junto ao MS. O serviço conta atualmente 07 quartos para internamento, sendo: 02 enfermarias adulto: 6 leitos/cada, 01 enfermaria pediátrica: 07 leitos, 02 quartos de isolamento: 02 leitos cada, usados para internamento clínico, "sala de fraturas" em projeto aprovado como sala de inalação: com 7 leitos - para pacientes ortopédicos que aguardam transferência, sala de emergência: com 06 leitos adulto e 01 pediátrico, macas para internamento em corredores, 01 Quarto de isolamento, em projeto aprovado como farmácia: 02 leitos.

2. DOCUMENTOS APRESENTADOS

Certidão de Responsabilidade Técnica médica, enfermagem
PGRSS - aprovado em 10/09/2021
Certificado de Licenciamento do Corpo de Bombeiros nº 3.1.01.22.0000758058-04 válido até 07/07/2023
Relação nominal da equipe
Regimento interno – sem data, sem assinatura
Programa de controle de vetores, elaborado e aprovado em 30/06/2022 e registro controle de vetores: 06/01/2022
Registro de limpeza de reservatório de água em 17/11/2021 e 23/06/2022 válido até 23/12/2022
PGRSS
Programa de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde, Ata Constituição comissão
Programa de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos, registro de limpeza dos aparelhos de ar condicionados e alguns equipamentos médicos
Controle Qualidade do equipamento Raio X, marca PHILIPS, mod. COMPACTO PLUS, n/s PABREU 06001, fab. 2013. Tubo marca KAILONG, mod. 30/50. Ma 500 kVp 125 (laudo satisfatório com validade 09/12/2022)
Controle Qualidade dos EPIs
Laudo Radiométrico de 28/10/2019 do equipamento de Raio X, marca PHILIPS, mod. COMPACTO PLUS, n/s PAAZQ405001

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

Memorial Descritivo de Proteção Radiológica e Plano de Proteção Radiológica -13/11/2019
 NSP: ata de constituição 13/05/2022, Plano de Segurança Do Paciente, Roteiro de
 Inspeção/auditoria, Protocolo de Identificação, Prevenção de Quedas, Prevenção de Lesão por
 Pressão, Práticas Segurança na Administração de Medicamentos
 Procedimentos do Setor de Nutrição, Ata de Constituição da EMTN, Registro de treinamento da
 EMTN

SAÚDE DO TRABALHADOR

Programa de Gerenciamento de Risco CONSAMU- validade 23/03/2022 a 23/03/2023

Funcionários prefeitura PGR - validade 11/2022

Serviço de radiologia PGR - validade 12/2022

Fluxo de atendimento a acidente com material biológico elaborado em 14/08/2019, revisado em
 29/06/2022

PCMSO CONSAMU validade - 23/03/2022 a 23/03/2023

Funcionários prefeitura PCMSO - validade 11/2022

Serviço de radiologia PCMSO - validade 12/2022

Ordem de serviço e segurança, Avaliação saúde ocupacional, Vacinação, Anti HBS, FISPQs

Cronograma e registro de treinamentos

3. DADOS DA INSPEÇÃO

Data da Inspeção: de 08/08/2022 a 11/08/2022

Protocolo nº 36979 de 15/08/2022

Objetivo: Verificação do cumprimento de legislação sanitária

4. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

Empresa	Serviço	Contrato	LS vigência
D. Ponta Dedetizadora	Controle de vetores	vigente	não
ACT-Bio Dedetizadora	Limpeza de reservatório de água		não
S.M. Budniak	Serviços de limpeza, higienização e serviço de copa	vigente	não
Casa da Marmitta Renovar	Fornecimento refeições	vigente	19/10/2022
Ecológica Oxigenio	Fornecimento oxigênio	vigente	24/05/2023
WDA Serv. de Radiologia	Prest. Serv. Diag. Imagem	vigente	NA
Eugenio & Marques		vigente	11/01/2023
Powercon Basic Geradores	Manut. Gerador	em renovação	DLS 003/2016
Servioeste Sol. Ambientais		vigente	31/03/2023
Lav. Água Azul	Lavanderia hospitalar	em renovação	10/02/2023
Valter J. D. Imunização	Limpeza de reservatório de água	vigente	02/02/2023
Ponta Grossa Cont. Pragas	Controle pragas	vigente	02/02/2023
Ideal Refrigeração	Manut. Ar condicionado	vigente	NA
A. Stefano	Manut. Ar condicionado	vigente	31/07/2022
Ortosolution Ltda	Manut. Equip. Médicos	vigente	DLS
Laboratório P. Anchieta	Exames laboratoriais	vigente	10/05/2023
Cetimagem	Diagnóstico por Imagem	vigente	05/07/2023
CT Centro Diagnóstico	Diagnóstico por Imagem	vigente	19/04/2023
Revimedic Equipamentos	Manut. Câmara de Vacina	vigente	31/12/2022
Solução Médica Eirelli	Manut. CR Raio x	vigente	NA
Sigma Médica	CQ Raio X, EPIs	não	não
RAD Proteção Radiológica	Laudo radiométrico	não	não
Casa da Marmitta Renovar	Ref. de funcionários e pacientes	vigente	19/10/2022

5. NÃO CONFORMIDADES

GERAL

1. Não dispõe de RT substituto, em desacordo com Art. 14 da RDC nº 63/11, Item 4.1.1.2 da Portaria nº 393/20
2. Não apresentou licença sanitária/dispensa de licença e/ou contrato atualizados de todos os serviços terceirizados, conforme Item 4, em desacordo com Art. 11 da RDC nº 63/11
3. CNES desatualizado, em desacordo com Art. 13 da RDC nº 63/11
4. Programa de controle de vetores não contempla outras medidas além do controle químico, e registro de controle químico expirado em 06/07/2022, em desacordo com Art. 63 da RDC 63/11

[Handwritten signatures and initials]

5. Não apresentou Programa de Gerenciamento de Tecnologias, abrangendo produtos para saúde, equipamentos de saúde, produtos de higiene e cosméticos, medicamentos e saneantes, de modo a garantir a sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança e, no que couber, desempenho, desde a entrada no estabelecimento de saúde até seu destino final, incluindo o planejamento dos recursos físicos, materiais e humanos, bem como, da capacitação dos profissionais envolvidos no processo destes, em desacordo com RDC nº 509/2021, Art. 54 da RDC nº 63/2011; Art. 27 da RDC nº 611/2022

ESTRUTURA FÍSICA

Conforme Parecer de Verificação de Conclusão de Obras nº 001/2022, de 17/08/2022:

6. Estrutura de modo geral: algumas rachaduras e falta de acabamentos lisos, laváveis e impermeáveis em algumas paredes; peitoris e requadros de janelas de vários ambientes danificados; infiltrações em vários sanitários (bacia sanitária) e DML; perdas de revestimentos das paredes de sanitários e vestiários; tomadas sem acabamento; infraestrutura de instalação de ar-condicionado não utilizadas e aparentes e mobiliários não integros, em desacordo com RDC nº 50/2002

6.1. Nos banheiros adaptados faltam a instalação de barras nos lavatórios conforme preconizado na NBR 9050;

6.2. Sala de vacina não possui ventilação;

6.3. Sala de guarda de material esterilizado não possui ventilação;

6.4. Sala de Eletrocardiograma (indicada no projeto):

6.4.1. utilizada como Consultório Médico;

6.4.2. possui ralo sem tampa com fechamento escamoteável;

6.4.3 possui ligação hidráulica inadequada do bebedouro instalado no corredor;

6.5. Sala de Gesso e redução de fraturas está identificada (placa) como Sala de Suturas/ Curativos;

6.6. Sala de Utilidades:

6.6.1. Não dispõe de pia de despejo;

6.6.2. Não possui ralo;

6.6.3. Possui um diluidor sem utilização;

6.6.4. Não possui ventilação;

6.7. Consultório 01 possui infiltração na parede;

6.8. Sala de Sutura/Curativos (indicada no projeto) está sendo utilizada como Sala de Coleta;

6.9. Sala de Emergência:

6.9.1. Apresenta portas danificadas;

6.9.2 No projeto constam 03 leitos e no local existem 08 leitos;

6.9.3. Dispõe de torpedos de oxigênio sem suporte;

6.9.4 Sala de Higienização com ausência de barras e ralo que não dispõe de tampa com fechamento escamoteável,

6.9.5. Não dispõe de sistema de climatização, conforme preconizado pela RDC nº50/2002;

6.10. Morgue:

6.10.1 Possui ralo sem tampa com fechamento escamoteável;

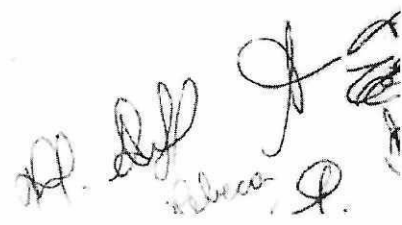
6.10.2. O ambiente é compartilhado com depósito de roupa suja;

6.10.3. Armazena pranchas dos bombeiros;

6.10.4. Possui porta danificada;

6.11. Lactário:

6.11.1. Não dispõe de tela milimétrica nas janelas;



- 6.11.2. Possui divisória naval, ou seja, material não lavável e impermeável;
- 6.11.3. Não dispõe de fluxo, dimensionamento e instalações adequadas para as atividades desenvolvidas;
- 6.12. Sala de armazenamento de Roupa limpa (indicada no projeto):
 - 6.12.1. Não possui ventilação;
 - 6.12.2. Está sendo utilizada como almoxarifado;
- 6.13. Sala de armazenamento de Roupa suja (indicada no projeto):
 - 6.13.1. Está sendo utilizada para armazenamento da roupa limpa;
 - 6.13.2. Não dispõe de ventilação;
 - 6.13.3. Não possui maçaneta na porta;
- 6.14. Sanitário feminino de funcionários com exaustor sem funcionamento;
- 6.15. Vestiário feminino:
 - 6.15.1. Possui fiação elétrica aparente sem isolamento;
 - 6.15.2. Apresenta perda de revestimento cerâmico na parede;
 - 6.15.3. Não dispõe de identificação;
 - 6.15.4. Possui a instalação de apenas um chuveiro (no projeto constam 3);
- 6.16. DML:
 - 6.16.1. Utilizado pela copeira;
 - 6.16.2. É utilizado para guarda temporária de lixo infectante;
 - 6.16.3. Não possui ventilação;
- 6.17. Sanitário masculino de funcionários:
 - 6.17.1. Possui exaustor, porém sem funcionamento;
 - 6.17.2. Apresenta infiltrações na bacia sanitária;
- 6.18. Vestiário masculino:
 - 6.18.1. Dispõe de apenas um chuveiro em funcionamento, sendo que no projeto apresenta 3;
 - 6.18.2. Apresenta perda de revestimento cerâmico da parede;
- 6.19. Refeitório apresenta laje descascada;
- 6.20. DML:
 - 6.20.1. Ambiente compartilhado com a área de diluição de germicidas;
 - 6.20.2. Apresenta infiltração no chão próximo ao tanque;
- 6.21. Sanitário Infantil (indicado no projeto):
 - 6.21.1. Atualmente é usado pelos funcionários;
 - 6.21.2. Não possui ventilação;
 - 6.21.3. Não dispõe de barra de apoio no lavatório conforme solicitado na NBR 9050;
 - 6.21.4. Apresenta infiltração na bacia sanitária;
- 6.22. Farmácia (indicada no projeto):
 - 6.22.1. Possui no local placa de identificação de inalação, mas atualmente está sendo utilizada como observação/isolamento com 2 leitos; (Observando que não possui sanitário para tal uso)
 - 6.22.2. Apresenta porta de acesso danificada;
- 6.23. Esperas/circulações com vários leitos de observação;
- 6.24. Sala de Aplicação de Medicamentos (indicado no projeto):



- 6.24.1. Ambiente compartilhado com eletrocardiograma (dispõe de biombo que separa a área de aplicação de medicamentos e a área onde é realizado o eletrocardiograma);
- 6.24.2. Possui Infiltração próximo à porta do sanitário;
- 6.24.3. Dispõe de torpedo de oxigênio sem suporte;
- 6.25. CME:
- 6.25.1. Pré-lavagem (indicada no projeto) sendo utilizada e identificada como sala de diluição, não dispondo de ventilação;
- 6.25.2. Possui seladoras locadas na área de circulação;
- 6.26. Sala de Inalação (indicada no projeto) está sendo utilizada como observação com 07 leitos (Observando que não possui sanitário para tal uso);
- 6.27. Sala de Observação Feminino:
- 6.27.1. No projeto conta com 04 leitos e no local constam 06 leitos;
- 6.27.2. Não dispõe de instalação de gases compatível com o número de leitos;
- 6.27.3. Apresenta porta danificada;
- 6.27.4. Não possui acessibilidade para chegar ao sanitário devido a distribuição (layout) dos leitos;
- 6.28. Sala de Observação Infantil:
- 6.28.1. No projeto conta com 04 leitos e no local constam 07 leitos;
- 6.28.2. Não dispõe de instalação de gases compatível com o número de leitos;
- 6.28.3. Apresenta ligação inadequada com o bebedouro do corredor;
- 6.28.4. Possui infiltração no sanitário (bacia sanitária);
- 6.29. Sala de Observação Masculino:
- 6.29.1. No projeto conta com 04 leitos e no local constam 06 leitos;
- 6.29.2. Não dispõe de instalação de gases compatível com o número de leitos;
- 6.29.3. Possui porta danificada;
- 6.30. Isolamento:
- 6.30.1. O projeto contempla duas salas de isolamento, com um leito em cada isolamento, porém há dois leitos em cada;
- 6.30.2. Possui equipamento de sistema de climatização com controle da qualidade de ar, porém sem funcionamento e danificado em sua estrutura externa;
- 6.30.3. Dispõe de campainha de emergência, porém sem funcionamento;
- 6.31. Sala de raio x:
- 6.31.1. O vestiário para pacientes não dispõe ventilação;
- 6.31.2. A câmara escura atualmente está sendo utilizada para a guarda de materiais (bolas, colchonetes);
- 6.31.3. A sala dispõe dos pontos de saída de gases medicinais, porém os mesmos se encontram sem a instalação da régua;
- 6.31.4. A sala dispõe de mobiliários não íntegros e sem acabamento liso, lavável e impermeável;
- 6.32. CAF compartilha a sala com o servidor de informática;
- 6.33. Abrigo de resíduo externo;

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature that appears to be 'Ribeira' and several other initials.

6.33.1. Não consta detalhe nos projetos existentes, porém in loco observou-se não ter controle de acesso;

6.33.2. Apresenta diversas bombonas sem tampas;

6.33.3. Dispõe de inúmeras caixas de perfurocortante armazenadas diretamente no chão;

6.33.4. Não possui ralo com fechamento escamoteável;

6.33.5. Apresenta portas venezianas sem telas milimétricas;

6.33.6. Não dispõe de ponto de água;

6.33.7. Não possui de área para guarda e lavagem dos carrinhos de coleta;

7. Não dispõe de infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários a operacionalização do serviço de acordo com demanda, modalidade de assistência prestada, em desacordo com Art. 27 da RDC 63/11

8. Instalações físicas dos ambientes internos e externos em más condições de conservação, organização e conforto, em desacordo com Art. 36 da RDC 63/11

EQUIPAMENTOS

9. Não apresentou registros de manutenção preventiva/corretiva periódica de todos os equipamentos (Ex.: bombas de infusão, seladora, geladeira, glicosímetros em uso, diluidores de saneantes, esfigmomanômetros, aspirador, balança antropométrica, desfibrilador, ventilador mecânico, eletrocardiógrafo, monitor), em desacordo com § único. Art. 426 do Decreto Estadual nº 5711/2002

10. Alguns equipamentos verificados na inspeção não estão incorporados na lista de equipamentos apresentada; documentos apresentados diferem quanto a número e identificação de equipamentos disponíveis (No Controle Qualidade do equipamento Raio X, consta número de série PABREU06001 e no Laudo Radiométrico PAAZQ405001), em desacordo com § único. Art. 426 do Decreto Estadual nº 5711/2002

11. Não apresentou Plano de Manutenção Operação e Controle – PMOC de equipamentos de ar-condicionado, em desacordo com Portaria GM/MS nº 3523/1998

TREINAMENTOS

12. Não apresentou Programa de Educação Continuada, contemplando cronograma, formas de avaliação e registro, em desacordo com Art. 426.II do Decreto Estadual nº 5711/2002, Itens 2.1.5, 2.1.6, 2.17, 4.2.2, 4.3.2, 4.4.2.2, do Anexo I da RDC nº 45

13. Não apresentou registros de treinamentos específico, sistemático e periódicos de todos os profissionais envolvidos sobre: Controle de IRAS, Processamento de artigos médicos hospitalares, Segurança do Paciente, vacinação, uso de bombas de infusão, em desacordo com Item 4.3 da Portaria nº 393/20

PGRSS

14. Não apresentou o PGRSS atualizado, em desacordo com Art. 7º da RDC nº 222/2018[

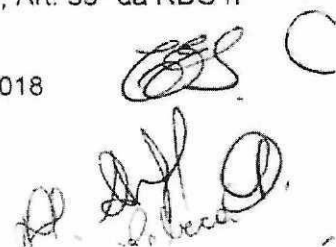
15. Não apresentou a quantidade (kg/L) de resíduos por semana e classificação por grupo os resíduos (A, B, D, E) em desacordo com Inciso I, Art. 6º da RDC nº 222/2018

16. Não possui treinamento de colaboradores terceirizado em desacordo com Inciso X, Art. 6º da RDC nº 222/2018

17. Não apresentou relatório de indicadores em desacordo com Inciso XIX, Art. 91º da RDC nº 222/2018

18. Não mantém a porta do abrigo externo trancada em desacordo com Inciso VI, Art. 35º da RDC nº 222/2018

19. Vários ambientes a presença de lixeiras sem identificação, em RDC nº 222/2018



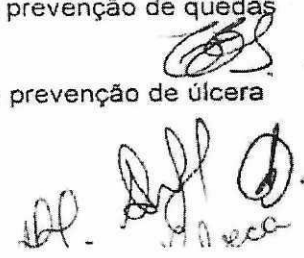
SAÚDE OCUPACIONAL

000010

20. Presença de cilindros de gases medicinais sem ancoramento (pontos de fixação com correntes) e carrinhos de transporte, em desacordo com Art. 133.II do Decreto Estadual nº 5.711/02, Art. 133.II
21. Fichas de entrega de EPIs com preenchimento incompleto - já orientados, em acordo com NR 6;
22. Não apresentou Comissão da CIPA em desacordo com NR 5;
23. Assentamentos de dosimetria incompletos e sem a ciência dos colaboradores, em desacordo com Inciso V. Art. 17 da RDC 611/22
24. Quantidade de sanitários não correspondem a quantidade de colaboradores, em desacordo com N R24
25. Refeitório, não comporta número de funcionários, não dispõe de assentos e mesas com superfícies ou coberturas laváveis ou descartáveis, em número correspondente aos usuários atendidos, em desacordo com Item 24.3.4 da NR 24
26. Não apresentou PGR E PCMSO do serviço terceirizado, em desacordo com NR 7 e NR 9
27. Não apresentou ASO's dos funcionários do serviço terceirizado em desacordo com NR 7;
28. Não apresentou OSS dos funcionários do serviço terceirizado em desacordo com NR 1;
29. Não apresentou Cronograma e Treinamentos da área de saúde ocupacional do serviço terceirizado em desacordo com VI.VII do Art. 133 do Decreto Estadual nº 5.711/02
30. Não apresentou carteira de vacina de todos os funcionários dos serviços terceirizados, em desacordo com Inciso II, Art. 133 do Decreto Estadual nº 5.711/02
31. Não apresentou ficha de entrega de EPI's atualizadas dos serviços terceirizados, em desacordo com NR 6;

SEGURANÇA DO PACIENTE

32. Não apresentou levantamento e monitoramento dos indicadores de segurança, em desacordo com Inciso VI. Art. 7º da RDC nº 36/13
33. Não realiza identificação, análise, avaliação, registro de medidas corretivas e monitoramento das notificações dos eventos, em desacordo com Art. 9º da RDC nº 36/13
34. Programa de Segurança do Paciente não contempla o uso seguro de equipamentos e materiais, em desacordo com Inciso IX. Art. 8º da RDC nº 36/13
35. Não dispõe de protocolo de registro no prontuário, em caso de recusa do paciente quanto ao uso da pulseira de identificação bem como a impossibilidade do uso da mesma (edema, cirurgia, etc.), em desacordo com Port. nº 2095/13
36. Não dispõe de protocolo para identificação de pacientes desconhecidos, em desacordo com Port. nº 2095/13
37. Não promove ações que envolvam familiares e visitantes na prática de higiene das mãos, bem como monitoramento dessas ações, em desacordo com Port. nº 1377/13
38. Não realiza monitoramento e divulgação de resultados dos indicadores de adesão a higiene das mãos, consumo de álcool e sabonete, bem como planos de melhorias em desacordo com Art. 8º, inciso VI da Port. nº 1377/13
39. Não possui indicadores e nem monitoramentos relacionados ao protocolo de prevenção de quedas em desacordo com Port. nº 2095/13
40. Não possui indicadores e nem monitoramentos relacionados ao protocolo de prevenção de úlcera de pressão, em desacordo com Port. nº 1377/13



41. As pulseiras dos pacientes internados não contemplam todos os dados definidos no protocolo operacional da instituição, contendo apenas nome do paciente e alguns pacientes não estavam utilizando a mesma, em desacordo com Port. nº 2095/13

000011

CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAÚDE - IRAS

42. Nomeação da comissão desatualizada, em desacordo com Item 2B da RDC nº 48/00

43. Não tem definido membros executores do PCIH, em desacordo com Item 1C da RDC nº 48/00

44. Programa de Controle de IRAS não implementado conforme características do estabelecimento, perfil epidemiológico e com base na avaliação de indicadores, em desacordo com Item D1 do Anexo da RDC nº 48/00

45. Não apresentou programa de treinamento para serviço de limpeza em desacordo com Item 14B da RDC nº 48/00

46. Não apresentou procedimento operacional do serviço de limpeza, em desacordo com item 13, 1B da RDC nº 48/00

47. Não dispõe de sistema de vigilância epidemiológica das infecções, com coleta de dados e indicadores em desacordo com Item 11C, 12C e 14C da RDC nº 48/00

48. Não apresentou padronização para o transporte dos artigos médicos que é realizado em ambulância, em desacordo com Art. 24 da RDC 15/12

49. Não apresentou metodologia de rastreabilidade para material estéril utilizado, em desacordo com Art. 57 da RDC 36/11

50. Os materiais estéreis armazenados na sala material limpo, não estão organizados de forma a garantir a integridade física da embalagem, em desacordo com Art. 102 da RDC nº 15/12

51. Produto saneante fracionado sem data de validade, em desacordo com Art. 406 do Decreto Estadual 5711/02

52. Não apresentou política de utilização de antimicrobianos, em desacordo com Item 23B da RDC nº 48/00

53. Não realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos, em desacordo com Item 10B da RDC nº 48/00

54. O acesso aos laudos dos pacientes é realizado através de senha única para todos os colaboradores (médicos, enfermeiros), em desacordo com o Sub Item b, Item 5.1.4 do Anexo da RDC nº 302/05

55. Não apresentou padronização para realização de cultura periódica de vigilância dos pacientes internados, em desacordo com Art. 429 do Decreto Estadual 5711/02

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

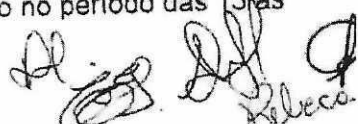
56. A farmácia não dispõe de área de recepção e inspeção, sendo atividade desenvolvida no corredor em frente a CAF, em desacordo com Art. 42 da RDC nº 430/20.

57. Possui no CAF área identificada de "Quarenta", porém os produtos não são classificados conforme sua condição: reprovados, devolvidos, com prazo de validade expirado, aguardando conferência, em desacordo com Art. 42 da RDC nº 430/20

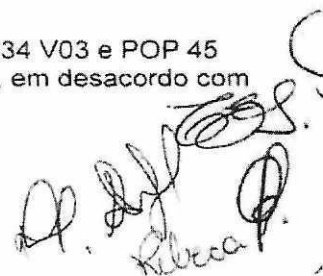
FARMÁCIA

58. Não apresentar Certificado de Responsabilidade Técnica do profissional Farmacêutico, em desacordo com Art. 15 da Lei Federal nº 5991/73

59. Não dispõe de profissional farmacêutico devidamente habilitado, durante todo o horário de funcionamento, sendo que não há supervisão técnica pelo profissional farmacêutico no período das 13^{as}


Relato

- 19hs todos os dias e no período das 7 às 13 a cada cinco dias, em desacordo com art. 420 do Decreto Estadual nº 5711/2002, art. 15 da Lei nº 5991/1973, art. 16 da RDC 63/2011; Inciso VI do Art. 454 do Decreto nº 5.711/02
60. Assistente farmacêutico S. B. cadastrado junto a visa, porém o mesmo não trabalha mais no local, em desacordo com Art. 168 do Decreto Estadual nº 5711/02
61. As áreas e instalações da farmácia não são compatíveis ao desenvolvimento das operações a fim de evitar os riscos de contaminação, misturas de componentes e garantindo a sequência das operações, em desacordo com o art. 5 da RDC nº 44/2009 e item 3.14 do Anexo VI da RDC nº 67/07
62. Não dispõe de sala de preparo e diluição/fracionamento de germicidas. O fracionamento de germicidas (PVPI tópico, PVPI degermante, álcool 70% gel e líquido, gel condutor) e de óleo de ácidos graxos - AGE realizado na farmácia, em desacordo com o item 6.4 e 6.4.1 do Anexo I da RDC nº 67/07 e item 5.2.9 do Anexo único da RDC nº 50/2002.
63. A farmácia possui lavatório, sendo que não é exclusivo para higienização das mãos dos profissionais, realização de fracionamento de germicidas, lavagem de caixas plásticas para transporte de medicamentos, em desacordo com RDC nº 50/02;
64. Na dispensação realiza registros de análise, separação e conferência dos medicamentos em cópia da prescrição que fica arquivada na farmácia. Quando ocorre acréscimos, é realizada nova cópia da prescrição, transcrição de registros e descarte da cópia anterior, em desacordo com o Art. 54 da RDC nº 63/11
65. Na dispensação para o setor de internamento, ocorre a dispensação de medicamentos e materiais por turno/paciente, porém as dispensações são registradas somente na alta do paciente, não garantindo rastreabilidade do processo, em desacordo com o Art. 54 da RDC nº 63/11
66. Nos setores de emergência e medicação rápida é realizado sistema de distribuição coletiva, porém não há controle de estoque, em desacordo com o Art. 53 da RDC nº 63/11
67. Ocorre retorno de algumas medicações estéreis dos setores para a farmácia (colírios, insulinas, heparina), sendo que não foram apresentados procedimentos que minimizem a contaminação dos mesmos, em desacordo com item 3.1.11 do Anexo II da RDC nº 45/11
68. Possui 03 seladoras para utilização no processo de fracionamento de medicamentos no corredor de acesso a farmácia, em desacordo com item 3.15 do Anexo VI da RDC nº 67/07
69. Não foi verificado registro de devolução de medicamentos e materiais para a farmácia oriundo de suspensão de tratamento, alta, transferência ou óbito, com a respectiva análise do farmacêutico, em desacordo com Art. 34 da RDC nº 430/20
70. Registro de treinamento não possui carga horária, conteúdo ministrado, avaliações e eficácia, em desacordo com Art. 28 da RDC nº 44/09
71. Não foi apresentado procedimento da realização de inspeção visual para soluções parenterais em todas as etapas desde o recebimento até a administração no paciente, em desacordo com 4.4.5 do Anexo I e item 3.1.9 do Anexo II da RDC nº 45/03;
72. Não existem sistema implantado de análise de prescrição médica e intervenção farmacêutica, bem como não existem registros das modificações de prescrição em decorrência das intervenções realizadas, em desacordo com Portaria 2095/13
73. Não foi estabelecido a qualidade da água destinada a preparação de medicamentos extemporâneos, em desacordo com o Item 2.2 do Anexo I da RDC nº 67/07
74. Não dispõe de instrumento cortante, equipamento, utensílios e demais materiais para uso exclusivo nas atividades de preparação de dose unitária ou unitarizada de medicamento, em desacordo com alínea c, do item 3.15 do Anexo VI da RDC nº 67/07
75. Não foi apresentado procedimento de prevenção de trocas e misturas durante o fracionamento (ocorre o armazenamento temporário em bins até o momento da reembalagem e identificação, seladora em área de circulação, local não exclusivo para o fracionamento), em desacordo com o item 3.4 do Anexo VI da RDC nº 67/07
76. Procedimento 031 V03 foi declarado no ato da inspeção como obsoleto, POP 034 V03 e POP 45 V1, não foi implantado, porém o mesmo consta na lista de procedimentos vigentes, em desacordo com o Art. 51 da RDC nº 63/11



SALA DE PREPARO DE MEDICAMENTOS

000013

77. Na sala de diluição não está especificado e delimitado o local para diluições de medicamentos, bem como local para outros procedimentos realizados (guarda de caixas de amostras biológicas, material para coleta, dificultando o controle e minimização de risco de contaminações, em desacordo com o item 2.2 do Anexo II da RDC nº 45/03

78. Torneiras com comando das mãos, em desacordo, em desacordo com o item 2.2.4 do Anexo II da RDC nº 45/03

79. A sala de diluição não possui local para guarda condicionada de produtos em uso utilizados para diluição, dificultando o controle e minimização de risco de contaminações, em desacordo com, em desacordo com o item 2.2 do Anexo II da RDC nº 45/03

INTERNAMENTO

80. Não dispõe de desfibrilador, em desacordo com Art. 53 da RDC 63/11

SALA DE EMERGÊNCIA

81. Sala de reanimação e estabilização utilizada para outros procedimentos (Ex.: suturas), em desacordo com Item 5.2.10 da RDC 393/20

82. Sala de emergência dispõe de biombos, porém, verificado que durante a prestação de assistência, os mesmos não são utilizados, não preservando identidade e privacidade dos pacientes, em desacordo com Item 3.8.2 da RDC nº 393/20;

RADIODIAGNÓSTICO

83. Não apresentou Projeto de Blindagem, em desacordo com Art. 8º da RDC nº 611/22

84. Não apresentou de Programa de Educação Permanente, com devidos assentamentos, em desacordo com Art. 5º. II, Art. 15, Art. 17 V da RDC nº 611/22

85. Memorial Descritivo de Proteção Radiológica e Plano de Proteção Radiológica desatualizados - 13/11/2019, em desacordo com Art. 5º. III da RDC nº 611/22

86. Não apresentou e de Programa de Garantia da Qualidade, em desacordo com Art. 5º. I, Art. 55da RDC nº 611/22

87. Não dispõe de equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda, e em conformidade com o estabelecido nas demais normativas aplicáveis. Dispõe de 03 técnicos com carga horária de 24 horas/dia, em desacordo com Art. 12 da RDC nº 611/22

88. Não dispõe de SPR substituto com definição de todas atividades, em desacordo com Art. 13 e 14 da RDC nº 611/22

89. Registros de procedimentos realizados não contemplam data do exame, em desacordo com Art. 17. II da RDC nº 611/22

90. Não apresentou relação nominal da equipe, com atribuições, qualificações e cargas horárias, em desacordo com Art. 17. IV da RDC nº 611/22

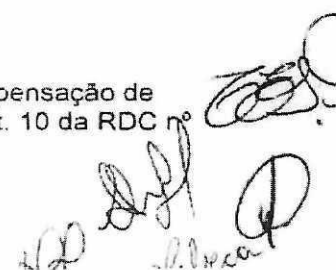
91. Não apresentou normas/rotinas/protocolos/procedimentos, em desacordo com Art. 38. §2º da RDC nº 611/22

92. CQ do equipamento de raio x não contempla: exatidão dos indicadores da distância foco-receptor, exatidão do indicador de campo luminoso, alinhamento da grade, integridade dos chassis e cassetes, contato tela-filme, artefatos na imagem, uniformidade da imagem, em desacordo com IN 90/21

93. Guarda de dosímetro padrão em vestiário, sem garantia de exposição a radiação, em desacordo com Art. 66. IV RDC nº 611/22

SALA DE VACINA

94. A sala de vacina está sendo utilizada para realização de testagem rápida e dispensação de medicamentos em casos de exposição a material biológico, em desacordo com Art. 10 da RDC nº 197/17



95. Não realiza controle de temperatura da sala de vacina, em desacordo com PAISSV 9 000014

96. Não dispõe de protocolo e registro de investigação de incidentes e falhas no processo de vacinação, em desacordo com Inciso VI. Art. 15 da RDC nº 197/17

NUTRIÇÃO ENTERAL

97. Não dispõe de programa de controle ambiental (superfícies, utensílios e equipamentos) e de funcionários para garantir a qualidade microbiológica da área de manipulação, elaborado de acordo com os padrões estabelecidos pela CCIH, em desacordo com Art. 174 da RDC Anvisa 503/21

98. Não apresentou registro de limpeza e sanitização dos equipamentos e utensílios após o uso, em desacordo com Art. 153 e Art. 185 da RDC Anvisa 503/21

99. Rotulagem da NE não apresenta hora da manipulação nem registro hospitalar do paciente, em desacordo com Art. 38 da RDC Anvisa 503/21

100. São coletadas amostras de cada sessão de manipulação de NE, porém não são encaminhadas para avaliação microbiológica laboratorial, em desacordo com Inciso III do Art. 207 e Art. 40 da RDC Anvisa 503/21

101. Não dispõe de sala de manipulação que atenda às recomendações das Boas Práticas de Preparação da Nutrição Enteral, em desacordo com Art. 9º da RDC 503/2021

102. Não é realizada lavagem das mãos e antebraços, com escovação das unhas na entrada da sala de manipulação, pois não há lavatório de mãos, em desacordo com Art. 97 e Art. 186 da RDC Anvisa 503/21 c/c Art. 59 da RDC Anvisa 63/11

103. Os ambientes não possuem dimensões suficientes ao desenvolvimento das operações, em desacordo com Art. 109 da RDC Anvisa 503/21

104. A ventilação não é suficiente e adequada, em desacordo com Art. 112 da RDC Anvisa 503/21

105. O vestiário não serve como barreira à sala de manipulação, pois o espaço é tão diminuto que se faz necessário entrar na sala de manipulação para fechar a porta do vestiário, em desacordo com Art. 128 da RDC Anvisa 503/21

106. Não possui DML exclusivo para o setor, em desacordo com Art. 135 da RDC Anvisa 503/21

107. Não há registro de todas as avaliações exigidas nos Arts. 201 a 208, em desacordo com Art. 211 da RDC Anvisa 503/21

108. A sala de manipulação e envase é compartilhada com lactário, e não há procedimentos escritos quanto a horários distintos de utilização, em desacordo com Inciso II do Art. 102 da RDC Anvisa 503/21

109. Presença de geladeira na sala de manipulação e envase, em desacordo com Art. 138 e Inciso I do Art. 102 da RDC Anvisa 503/21

110. Não apresentou protocolo estabelecido para acesso ao trato gastrointestinal para a TNE, em desacordo com Item 23 do Anexo I A da RDC 503/2021

111. Não apresentou registros da evolução médica dos pacientes submetidos à TNE, em desacordo com Item 24 do Anexo I A da RDC 503/21

112. Não apresentou registros dos resultados de exames complementares realizados para o acompanhamento dos pacientes em TNE, em desacordo com Item 25 do Anexo I A da RDC 503/21

113. Não dispõe de protocolo para realização dos exames clínicos e laboratoriais, em desacordo com Item 2.30 Anexo II da RDC nº 503/21

114. Não apresentou registros da avaliação nutricional dos pacientes em TN, em desacordo com Item 26 do Anexo I A da RDC 503/21

Dr. Dyl
Roloca

115. Não dispõe de protocolo e não realiza o controle clínico e laboratorial do paciente em NE, em desacordo com RDC nº 503/21
116. Não apresentou indicadores de qualidade padronizados, e os possíveis desvios de qualidade não são conhecidos, investigados e documentados pelo coordenador clínico, em desacordo com Item 18 do Anexo I A da RDC 503/21
117. Não possui sistema de garantia da qualidade implantado, em desacordo com Item 11.1 do Anexo I B da RDC 503/21
118. Não existem protocolos ou registros de reclamações referentes a desvios de qualidade, investigações e ações corretivas da NE, em desacordo com Itens 11.8 e 11.8.1 do Anexo I B da RDC 503/21
119. Não dispõe de um registro geral das prescrições médicas (apenas prontuário), em desacordo com Item 3.2 do Anexo I B da RDC 503/21
120. Área destinada à preparação da NE não possui áreas definidas: sala de recebimento de prescrições e dispensação de NE, área de manipulação e envase, área de rotulagem, sanitários de funcionários e DML, em desacordo com Art. 101 e Item 6.3 do Anexo I B da RDC 503/21
121. Não dispões de registro de todo o processo de administração da NE, em desacordo com RDC nº 503/21
122. Não dispõe de protocolo de avaliação do paciente antes da suspensão da dieta e não há registro em prontuário desta avaliação, em desacordo com RDC nº 503/21

LACTÁRIO

123. Não apresentou rotinas escritas sobre limpeza e desinfecção de utensílios e mamadeiras, em desacordo com Art. 51 da RDC Anvisa 63/11
124. Não apresentou rotina escrita para preparo de fórmulas lácteas e registro no horário de preparo e administração em desacordo com Art. 51 da RDC Anvisa 63/11
125. Não apresentou registro da fervura do leite/água para preparo das fórmulas lácteas, em desacordo com em desacordo com Art. 51 da RDC Anvisa 63/11
126. Não possui processo validado de desinfecção de mamadeiras, em desacordo com Art. 57 da RDC Anvisa 63/11

COPA

127. Não possui lavatórios exclusivos para higienização das mãos, seus suprimentos e com cartazes de orientação sobre a correta lavagem e antissepsia das mãos, em desacordo com Item 4.1.14 da RDC 216/04

AMBULÂNCIA (DOBLÔ – PLACA: AXK 4839 / DOBLÔ – PLACA: AXK 4J47)

128. Não dispõe de Procedimento Operacional Padrão de medidas de biossegurança (precaução padrão, de contato, por gotículas e aerossóis). Segurança do paciente no transporte, Atendimento a Urgência e Emergência em desacordo com Item 2.4 do Anexo I da RDC nº 358/15
129. Não apresentou laudos de manutenção corretiva e preventiva, em desacordo com Item 2.10 do Anexo I da RDC nº 358/15
130. Não dispõe de área coberta com ponto de água e calha coletora de esgoto para limpeza das ambulâncias, em desacordo com item 1.1.1, Anexo II da RDC nº 358/15
131. O salão de atendimento das ambulâncias não possui área mínima de 7 m², em desacordo com item 1.5, Anexo II da RDC nº 358/15
132. O salão de atendimento não apresenta condições de higiene satisfatórias, em desacordo com item 2.6 do Anexo II, e item 1.10 do anexo III da RDC nº 358/15

[Handwritten signatures and initials]

133. O salão de atendimento não possui recipiente para resíduos infectantes e perfurocortantes, em desacordo com Item 2.10 do Anexo II, Item 1.12 do Anexo III, item 1.12 da RDC nº 358/15
134. Não apresentou Protocolo Operacional para verificação de volume mínimo para troca de torpedo e segurança para fornecimento suficiente de O₂, em desacordo com Item 3.3, Anexo III da RDC nº 358/15
135. A maleta de emergência não contém ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório e máscaras, em desacordo com Item 4.1 do Anexo III da RDC nº 358/15
136. Não dispõe de kit parto, em desacordo com Item 4.2, Anexo III da RDC nº 358/15
137. Não dispõe de soluções endovenosas e material de punção venosa, em desacordo com Item 5.3, 5.4, Anexo III da RDC nº 358/15

6. PARECER TÉCNICO E CONCLUSÃO

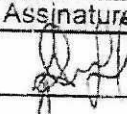
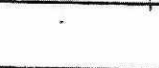
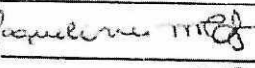
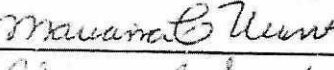
De acordo com Parágrafo único do Art. 10 da RDC nº 63/2011: "Os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local";

O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços utilizando a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento e as Boas Práticas de Funcionamento são os componentes da Garantia da Qualidade;

Relatório será encaminhado para Dir. Dep. de Vigilância em Saúde para ciência;

O serviço deve em um prazo de 15 (quinze) dias encaminhar via protocolo, um cronograma de adequações com prazos de até 90 (noventa) dias, conforme Decreto Estadual nº 5711/02. Art. 555. §1º, §2º, §4º.

7. EQUIPE DE INSPEÇÃO

Nome	Cargo / Função	Assinatura
Adilson Rodrigues	Téc. em Vigilância Sanitária Mat.: 85991	
Assione Vergani	Enfermeira COREN 59442 Mat.: 538131	
Carla E. H. de Souza	Enfermeira COREN 74212 Mat.: 659111	
Daniele Lucena	Enfermeira COREN 279331 Mat.: 894151	
Ercio Soster	Téc. Seg. Trabalho 002902.5 Mat.: 872011	
Jaqueline M. Coldebella	Méd. Veterinária CRMV 8.201 Mat.: 303821	
Mariana C. Winnikes	Arq. E Urbanista CAU A471810 Mat.: 745501	
Rebeca M. S. Ferreira	Farmacêutica CRF 24644 Mat.: 862461	
Sheila M. S. A. Ferreira	Arq. E Urbanista CAU A42723-9 Mat.: 74076-1	
Tatiane Kawabara	Farmacêutica - Bioquímica CRF 12898 Mat.: 71861	

8. ENCAMINHAMENTO

À Diretora de Departamento de Vigilância em Saúde para ciência

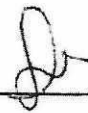
biente

Juliana Belk Konno
Diretora do Depto. de Vigilância em Saúde
Portaria nº 358, de 05/07/2021**9. RECEBIMENTO**Recebi o presente relatório na data de 24/08/2022

Nome:

Genizi Quedes

Assinatura:

RG (CPF) 030030089-19Donelle R. Lourenz - OPO. 817 619-86
-DP -Daca



CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO

Estado do Paraná

000018
[Handwritten signature]

DESPACHO DA PRESIDÊNCIA Nº 1066.2022

Considerando o disposto no Ofício nº 790/2022 – GAB, Prefeitura do Município de Toledo, Gabinete, datado de 6 de outubro de 2022, encaminhado pelo Excelentíssimo Prefeito, Sr. Luis Adalberto Beto Luintti Pagnussat, sob o protocolo nº 2.621/2022, datado de 7 de outubro de 2022, às 15h11min, que faz referência ao ofício nº 0116/2022 - CM/LEG, Câmara Municipal de Toledo, Departamento Legislativo e que versa sobre o requerimento nº 110 de 2022;

Em atenção ao contido no Ofício em epígrafe, datado de 06/09/2022, protocolizado nesta municipalidade sob o nº 41.067, datado de 08/09/2022;

Considerando o Ofício nº 1062/2022-SMS, expedido em 30.9.2022, pela Secretaria Municipal da Saúde, acompanhado dos documentos que o instruem, contemplando as informações relativas ao Requerimento nº 110/2022;

Diante de todo o exposto, encaminho o Departamento Legislativo – DL para que seja tomada as providências necessárias.

Toledo, 10 de outubro de 2022.

LEOCLIDES
LUIZ ROSE
BISOGNIN:
1790468400

4

Leoclides Bisognin

Presidente da Câmara Municipal de Toledo

REQ 110/2022

AUTORIA: Ver.^a Olinda Fiorentin

