

PLANILHA

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS

Documento: RQ-000-V.3

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde

UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: ABEAS

NT: FA.1 + FA.2+ FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade =	12,30	Nota FA.2: Área de Qualidade =	17,50	Nota FA.3: Qualificação Técnica =	34,60	TOTAL:	64,40
	Máximo 20 pontos		Máximo 20 pontos		Máximo 60 pontos			

(X) Classificada

() Desclassificada

OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.

FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.			Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
			Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência / Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	1		16 a 24	https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/ RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do MS (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) ; em conformidade com a ABNT NBR 9050	Apresentação dos fluxos mapeados	Apresenta o fluxo de fornecedores, colaboradores e acesso ao estacionamento que são fluxos externos. E o Fluxo de áreas restritivas cita apenas o acesso de colaborador, não descreve o fluxo de pacientes nas áreas restritivas existentes na unidade tais como: Hemodialise, EDA e Colonoscopia, acesso de funcionários da CME. Nas áreas internas não foi apresentado com detalhamento o fluxo do paciente no Ambulatório e outras áreas internas existentes na unidade, cita resumidamente a circulação de pacientes e acompanhantes onde refere a forma de entrada do paciente à Policlínica e o direcionamento pela recepção ao setor de destino. Apresentou diagramas de alguns fluxos SADT, Laboratório, Sala de Parturais(pequenos procedimentos).
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	0,9		25 a 36	RESOLUÇÃO CEM 2.299/2021 LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218	Deve apresentar descrição quanto: recebimento, classificação do documento, registro (descrever estrutura), distribuição e movimentação de documentos, mecanismos de acesso e controles e arquivamento (prazos/ validade e classificação de arquivamento).	Apresentado o fluxo para: entrega de correspondência, recebidos de origem interna, de origem externa, registro de usuários, registro administrativo, documentos do usuário, documentos assistenciais e do ambulatório em formato de texto. Apresenta fluxo para emissão, aprovação, distribuição (considerando setores envolvidos) e arquivamento dos documentos supracitados. Não apresenta descrever modelo da estrutura/formatação do documento a ser utilizado e os mecanismos de acesso/segurança de dados do paciente. Não apresenta fluxo para Revisão e exclusão/destinação final do documento, prazos validade
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	1,3		37 a 42	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhoes.org.br/resolucao-%C2%96-15-15-de-marco-de-2012)	Verificar se há fluxos cruzados	No item fluxo para materiais esterilizados é descrito o conceito de CME e Objetivos, refere que o fluxo é unidirecional depois descreve a sequência em que se dá o processamento, porém não descreve como se dará a distribuição de materiais reprocessados. No item Fluxo para Rouparia é citado que o processamento é realizado por empresa terceirizada e que é de forma unidirecional e descreve a sequência do enxoval sujo, recolhimento - acondicionamento - coleta - recebimento do enxoval limpo - armazenamento. Ausência de detalhamento dos fluxos conforme a planta física da unidade, caracterizando a falta de personalização da unidade em questão. Refere Transporte e processamento da roupa por empresa especializada, porém não descreve como, quando, horário de transporte para a empresa especializada.
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	0,5		42 a 46	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cevs.rn.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf) ; Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2006	1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Com relação ao item foi identificado que não foi realizado a descrição do fluxo de resíduos de serviço de saúde da unidade pleiteada e sim apresenta uma proposta de fluxo unidirecional de resíduos sem nenhuma personalização da unidade. Não menciona a etapas do fluxo dentro da unidade pleiteada.
	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,4		47 a 67	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593)	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de	Apresenta Fluxo, Fases do Processo de Compras, Regimento do setor de Compras e Regimento do Almoxarifado. Não descreve critérios de armazenamento e controle de medicamentos (incluindo controle especial e termolábeis), Guarda e Distribuição de materiais de consumo abrangendo questões referentes a solicitações (rotina, emergencial, extras), não menciona CAF. Não demonstra fluxo de logística de suprimentos considerando a planta da unidade de saúde pretendida. Não descreve critérios de avaliação de fornecedor.
	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1		67/102	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acesoainformacao/institucional/arquivos/manual_ri_anvisa.pdf)	Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional; Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	

FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de gestão	Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	1	103/111	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	
		Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,1	111 a 117	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	Identificado a partir da pág 111 texto contendo proposta de Regimento do setor de tecnologia, porém não apresenta projeto como solicitado no item do edital e sim intenção com vista de observar a padronização dos processos, integração dos setores e preparação para/levantamento das necessidades sem contudo apresentar um projeto específico de tecnologia. Foi apresentada uma proposta de estrutura e atribuições dos profissionais do setor (regimento), sem apresentar minimamente às atividades relacionadas à segurança dos dados/informações, sem investimentos na implantação de softwares, hardwares, assim como custos, cronograma de implantação do projeto, etc... O Projeto deverá conter no mínimo os requisitos de infra-estrutura: Sistemas/programas operacionais (Aquisição/implantação); Aplicativos empresariais; Ferramentas de produtividade; Sistemas de gerenciamento de banco de dados (Servidores); Soluções de segurança da informação (Garantia da integridade e proteção de dados); Hardwares (dispositivos fixos); Cloud computing (tecnologia que permite acesso remoto a softwares, armazenamento de arquivos e processamento de dados por meio da internet) Data centers (local que abriga a infraestrutura) Outsourcing de TI (transferir parte ou toda função de TI para um fornecedor externo, se for o caso); Virtualização de servidores, desktops e aplicações; gestão da implantação de projetos de TI, etc. Um projeto deve contemplar no mínimo a formatação: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Check list. ; Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos (Específico e Geral), Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custo, Anexos, Check list.
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	118/125	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais, atreladas às funções e determinações dos respectivos conselhos de classe alinhado às políticas institucionais.	
	Implantação de Processos	Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,5	126 a 203	Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4 RDC 36/2013 Port.599/2013-MS	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos: com objetivo na segurança do paciente. Deve ser observado descrição quanto: diagnóstico, objetivos, estruturação do protocolo, indicadores e aprovação. Observar menção aos protocolos básicos, preconizados pela OMS, e/ou texto descrever o foco na segurança do paciente	A organização nas pág 126 a 203 apresentou como deve ser elaborado um Manual de Protocolos Assistenciais, mas não apresentou nenhuma proposta de Manual de Protocolos Assistenciais como solicitado no Edital. Levamos em consideração o modelo apresentado e alguns protocolos (de segurança do paciente), descritos em seguida às pág 171 em diante, porém estes, não foram relacionados no rol de documentos de apoio, citados à pág 119 da proposta. O manual é instrumento onde se explica o como fazer, ou seja, ensinam a fazer o trabalho e cump objetivo da manualização é reunir informações e dispô-las de forma sistematizada, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe de assistência. O Manual deve conter os processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,2	203 a 210	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12	A política de Gestão Financeira é um compromisso, por escrito, que define um conjunto de diretrizes e ações pertinentes a organização financeira, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho e sustentabilidade da organização. Esta política deve estabelecer minimamente: • gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; • acompanhamento periódico do desempenho financeiro; • gestão de custos; • gestão de contratos; • gestão do patrimônio; • planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos;sistema financeiro eficaz usado para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	Apresenta às pág 2003 o que para a Organização seria um Manual de rotinas, sem contudo detalhar as atividades de rotina descritas na pág 204 em que estabelecem no art. 4º e 5º em apenas 19 linhas o que deveria ser detalhado, compreendendo como deverá ser realizado. Lembramos que o manual deve orientar os profissionais como praticar as rotinas que compreendem faturamento hospitalar devendo considerar todas as receitas geradas pela prestação de serviços de saúde, incluindo consultas, exames laboratoriais, procedimentos cirúrgicos/ambulatoriais, agravos, enfermidades, terapias, entre outros conforme o perfil da unidade. Neste item cabe ainda descrever o controle das glosas, controle atividades do NIR, atividades de auditoria interna caso pertinente, e descrição dos fluxogramas de trabalho anexos não foram detalhadas. Não demonstra detalhamento dos cadastramentos, dos procedimentos realizados, das receitas, dos relatórios de gestão, controle de glosas, controle de sistemas utilizados pelo SUS. O Manual deve conter os processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,2	210 a 220	Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág. 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 1.1 (patrimônio)	Inventários. Checklist de controle de estoque. Sistema. Planilha Se houver diálise (dializador e outros materiais) No manual deve constar o projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	Novamente a exemplo do item anterior, a Organização apresenta um exemplo de regimento e não um manual das atividades de rotina dos setores de almoxarifado e patrimônio. Os fluxograma apresentados às pág 211 e 216, não foram detalhados, observando-se as atividades das áreas requeridas no edital.
		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0,2	220 a 232	https://drive.google.com/file/d/1O_8P0GRHPGATB5AvieIbWMewNEvKTDZ/view	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Foram apresentados não uma proposta de manual de atividades das rotinas para a administração financeira e sim atribuições regimentais das áreas financeira, da contabilidade, e apresentado fluxograma sem detalhamento, como exigido num manual, desde a demonstração da política e comunicação desta, o acompanhamento do Contrato de Gestão ou Termo de Colaboração conforme o caso, cadastro de fornecedores, controle de custo, despesas de custeio e investimento, Manual de compras, avaliação de fornecedores, prestação de contas, etc.
							1.Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar;	Apresentou 02 Projetos: 1. PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE; 2. PROJETO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL PARA A POLICLINICA ESTADUAL

		Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	4	232 a 239	Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS	3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	DA REGIÃO NORDESTE- POSSE: Os projetos descrevem: objetivos, justificativa, metodologia e cronograma. Menciona que o orçamento dos mesmos estão contemplados no custeio previsto da unidade pretendida. Não descreve levantamento de necessidades considerando região/público alvo/carta de serviços da Policlínica demonstrando falta de personalização dos projetos apresentados. Apresentou mesmos projetos para unidade POLICLINICA anterior, considerando a similaridade da carta de serviços entre as unidades as propostas forma consideradas.
TOTAL DE PONTOS FA.1:				12,30					

	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	284/442	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	Trouxeram as comissões: Comissão de Documentação Médica e Estatística, Comissão de Humanização, Comissão de Padronização de Insumos, Comissão de Ética em Enfermagem, Núcleo Interno de Regulação, Núcleo de Educação Permanente.
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	0,5	444/458	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	Neste item se faz necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial, porém a proposta de manual não seguiu um padrão lógico e organizado, não facilitando a compreensão. Se debruçou em indicar as atribuições dos profissionais que atuarão nos serviços elencados, não pontuando as formas de notificação. Percebe-se uma proposta não personalizada, pois nas páginas 448 a 454 menciona o acolhimento com Classificação de Risco, comum em Unidades de saúde de urgência/ emergência.
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	0,5	458/461	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Criar um ambiente acolhedor e receptivo na unidade, onde os usuários se sintam ouvidos, respeitados e seguros, promovendo a humanização do atendimento e a satisfação dos pacientes.	Espera-se nesse item a proposição de um planejamento estratégico que garanta o acolhimento dos usuários e que priorize a qualidade e a segurança no cuidado. No entanto, observa-se uma proposta não personalizada, pois indica uma reestruturação do espaço físico, adequação da ambiência no acolhimento, sanitários separados, que já existe na Unidade de Saúde em questão, além de mencionar formas de acomodação, que não é o cerne do objeto deste certame.
	Atendimento	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1	470/472	https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é fundamental para melhorar a comunicação entre uma organização e seus usuários, oferecendo suporte, resolvendo problemas e garantindo a satisfação dos mesmos.	O Serviço de Atendimento ao Usuário é uma ferramenta estratégica para a gestão da qualidade e para a promoção de um ambiente de atendimento mais humanizado e eficiente. A proposta trouxe de forma breve sobre a implantação do SAU, nota-se um traço genérico na proposta, visto parecer desconhecer sobre a Unidade, quando sugere rampas de acesso aos portadores de necessidades especiais, quando de fato, a planta é térrea.
		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	473/487	https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A entidade através de diferentes canais divulgados para recebimento das manifestações dos pacientes/acompanhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As manifestações devem ser oportunizadas por meio de pesquisa de satisfação, onde poderá conter pedidos de informações, sugestões, reclamações, elogios e denúncias, e devem estar vinculada à SES, bem como seus respectivos resultados consolidados.	
		Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	1,5 pontos	1,5	487/490	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	499/506	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html	A contrarreferência é o processo pelo qual informações sobre o atendimento e tratamento de um paciente, realizado em um nível de atenção especializado (como em hospitais ou centros de especialidades), são enviadas de volta para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) que originalmente encaminhou o paciente. Esse retorno de informações é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente, permitindo que a APS acompanhe e coordene o cuidado de forma adequada.	
TOTAL DE PONTOS FA.2:				17,50				

FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir.	Pontuação 60 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
	Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		Não apresentou
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	4	623-645	Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		ABEAS: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA= 118 leitos (HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO MARANHÃO DR. TARCÍLIO LOPES FILHO). CNES= 129 leitos. Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 23/10/24.
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos.(*)	02 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		Não apresentou
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	667-696	Apresentação de documentação, conforme edital		ABEAS: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA: Unidade ambulatorial do Hospital de Porto de Trombetas
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital		Não apresentou
FA.3.1						ABEAS: Validade: 10/2023. ONA: ACREDITADO (ONA 1). Consulta realizada no site

Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Certificado de Acreditação - ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente. (**)	4,5 pontos	1,5	698	Apresentação de documentação, conforme edital: (**) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada: - ONA 3 - 4,5 pontos; - ONA 2 - 3,0 pontos; - ONA 1 - 1,5 pontos.		https://www.ona.org.br/, em 23/02/24.
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	511 a 520	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980 <u>Fundação Getúlio Vargas</u>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou Organograma contemplando Diretorias Geral, Técnica-Assistencial, Administrativa e Financeira e respectivas gerências. Apresentou a definição de competências em formato textual.
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	1,5	700 a 779	Apresentação de documentação, conforme edital: (***). Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		Gilmar Bandeira: ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA = 0,50 Sérgio Catardo: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Jefferson Machado Pereira: BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO/HABILITAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, NÃO APRESENTOU TÍTULO DE PÓS GRADUAÇÃO POR ISSO NÃO PONTUOU ; Marcelo Durante Bittencourt: BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO, NÃO APRESENTOU TÍTULO DE PÓS GRADUAÇÃO POR ISSO NÃO PONTUOU ; Ademar Marcelo Soares: MBA EM GESTÃO DE NEGÓCIOS EM SAÚDE = 0,50 Reginaldo Costa Biffe: BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO/HABILITAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = NÃO APRESENTA TÍTULO DE ESPECIALISTA, PÓS GRADUAÇÃO POR ISSO NÃO PONTUOU
	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. (****) b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Políclínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	2	780 a 971	Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos. (*****). Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos.	Estabelece normas sobre a responsabilidade atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos	EXPERIÊNCIA HOSPITALAR Gilmar Bandeira: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA HOSPITAL DO CÂNCER DO MARANHÃO para Superintendente de Gestão e Operacionalização em Serviços de Saúde = 0,50 Sérgio Catardo: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA HOSPITAL DO CÂNCER DO MARANHÃO para Diretor Geral = 0,50 Jefferson Machado Pereira: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE JUI para Diretor Executivo = 0,50 Marcelo Durante Bittencourt: ATESTADO DIRETOR GERAL HOSPITAL SAN JULIAN = 0,50 EXPERIÊNCIA ATENÇÃO SECUNDÁRIA, POR ISSO NÃO PONTUOU ; Waldesio Vieira de Moraes: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR ASSISTENCIAL HOSPITAL DO CÂNCER DO MARANHÃO, NÃO E UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA, POR ISSO NÃO PONTUOU ; Reginaldo Costa Biffe: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR GERAL HOSPITAL, NÃO E UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA, POR ISSO NÃO PONTUOU ; Leyza Azambuja Fatino: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETORA APOIO DO HOSPITAL DO CÂNCER DO MARANHÃO, NÃO E UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA, POR ISSO NÃO PONTUOU .
	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	2,5 pontos	2	528 a 532	Apresentação de documentação, conforme edital		Apresentado o quadro de pessoal médico conforme as atividades propostas no plano de trabalho porém não trouxe no quadro a forma de vínculo.
FA.3.3 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	2	Anexo 8 pág. 972 a 1562	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade.	Foi apresentado protocolo com classificação de risco na urgência e Emergência, sendo que a unidade não contempla esse serviço e sim é uma unidade ambulatorial de deliberação diagnóstica e orientação terapêutica das especialidades que fazem parte do seu perfil. Outros protocolos não compatível com o perfil da unidade tais como: Atendimento de urgência e emergência em atendimento ao Trauma, para queimaduras, dor abdominal, para doença psiquiátrica ou comportamental dentre outros protocolos de emergência e urgência. Conforme edital - ANEXO N° I - 29.9- recebem usuários encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio da Regulação Estadual, com dia e horário agendados. Portanto, Apresentou Diretrizes clínicas e terapêuticas para o cuidado ao paciente com doenças crônicas de várias especialidades - no sistema único de saúde- MS.
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	533 a 537	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional.	Apresentou o quadro de metas mensal para área médica e não médica com incremento sem custos adicionais.
	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	1,5	Anexo 9 1563 a 1780	https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf	Os protocolos assistenciais devem conter o que é considerado padrão de uma estrutura de um protocolo tais como: Título do protocolo, Introdução, Revisão de literatura, objetivo, recursos físicos e materiais, atribuição de cada categoria profissional, Fluxograma, Atividades, Resultados esperados e indicadores, Plano de implantação, Referências. O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os	Apresentou alguns protocolos de atenção não médica para os serviços como Enfermagem, fonoaudiológico, serviço de psicologia em ambiente ambulatorial, Odonto, nutrição, Assistência Social e protocolos de Segurança do paciente, Cirurgia segura. Não foi apresentado protocolo para o serviço do Farmacêutico. Os Protocolos citados: Serviço de fisioterapia para as enfermarias de clínica médica e clínica cirúrgica, protocolos de monitoramento de indicadores de qualidade da assistência na UTI, Protocolo de Posição Prone no paciente adulto com SARA, protocolo multidisciplinar para pacientes adultos internados para cuidados

						profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os protocolos assistenciais deverão ser apresentados conforme a qualificação dos profissionais/ execução do serviço.	palativos. Protocolo para o serviço de psicologia em ambiente hospitalar(durante o processo de hospitalização) não são compatíveis com o perfil da unidade.
	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	0,7	537/540	https://bvams.saude.gov.br/bvms/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf	Importante elencar as atribuições do serviço social na unidade com suas normas e rotinas, de acordo com a demanda dos usuários, bem como, recursos materiais e humanos necessários.	O Serviço Social desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na garantia dos direitos sociais dos usuários. A instrução trazida na proposta para esse item trouxe informações um tanto genéricas e não personalizadas quanto à estrutura e normas e rotinas, evidenciada quando diz que o profissional "receberá plantão" e irá "realizar visita à enfermaria".
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	0,4	566/570	Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de	O funcionamento de uma equipe multiprofissional envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	Espera-se neste item, a definição de normas e rotinas para o funcionamento de uma equipe multiprofissional, especificando a área de abrangência, horário de funcionamento e a composição mínima necessária para garantir a qualidade dos serviços prestados. No entanto, a proposta trouxe informações breves que não contemplam na totalidade as especificações exigidas para cada atividade profissional, inclusive horários e equipe mínima.
FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	1	570 a 573	Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas e resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos instrucionais por parte dos servidores e gestores, completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Percebe-se que foi abordada de forma extremamente sucinta o tópico normas e rotinas, sem maior detalhamento sobre as atividades para o funcionamento de Administração Geral. Foi citado Apoio Médico e Multiprofissional, sem citar estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. Por fim, foi citado a carga horária semanal, e não o que o item solicita "horário" ou seja horário de atividade de cada profissional da Administração Geral.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1	573 a 578	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (líneas segregadas, identificação de estantes, produtos sob refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatoriais).	Apresenta descrição quanto a aquisição de materiais e medicamentos (processos de compras), recebimento e guarda e distribuição de forma generalizada, não apresentando diferenciação entre ações pertinentes a medicamentos, materiais e insumos gerais. Não apresenta critérios de armazenamento e distribuição para medicamentos controlados, termolábeis (não menciona farmácia e/ou CAF) e carrinhos de emergência
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	0,5	578 a 591	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresenta REGULAMENTO DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E ALIENAÇÕES. Não apresentou critérios específicos para os serviços solicitados como, por exemplo: 1. serviços de limpeza (considera avaliação de estrutura física como pisos, definição de saneantes e demais insumos para realização da limpeza, locação de equipamentos pertinentes, treinamento); 2. serviços de vigilância (monitoramento do ativo patrimonial, controle de acessos de conflitos e proteção patrimonial, cursos específicos de segurança) e 3. serviços de manutenção predial (apresentação de capacitação e cronograma para manutenções corretivas, preventivas e preditiva).
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	1,5	591 a 595	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9	Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: liderança, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, comunicação, gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outras, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria, Fóruns de discussão de ações de intervenção, Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	Apresentou uma proposta de pesquisa de Clima Organizacional apresentando os objetivos desta, com periodicidade semestral, descrevendo sua metodologia a seguir com a tratameto das informações e planos de ação a seguir para capacitação. Não foi apresentado o plano de ação de capacitação nem o plano de comunicação e detalhamento do uso das informações. Ou seja, não foi apresentado um projeto formal, programamente dito com planos de Desenvolvimento individuais e ou de de Líderes (PDL ou PDI).
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1	596 a 602	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf		Apresentou a proposta de Plano de Cargos e Carreira compreendendo texto com a estrutura, definições, política de progressão, de promoção, apresentou política salarial mas não apresentou os valores salariais, os nem níveis de progressão, benefícios, etc. Também não apresentou os cargos e nem mesmo a descrição dos mesmos contemplando: competências técnicas, competências comportamentais, formação necessária, experiência, responsabilidades, habilidades, etc.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	1	603 a 610	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	Apresentado o regulamento do procedimento de Seleção, sem apresentar contrato de trabalho. Não foi apresentado teor do tópico para a Avaliação de Desempenho da Organização, nem sugestão de normas de conduta para combater o absenteísmo e estímulo à produção.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	1	610 a 614	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado às págs 610 a 614 texto sobre o registro e controle de pessoal sem grande detalhamento. Apresentou modelo de escalas e critério para elaboração destas. Apresentado critério para afastamento em virtude de férias e licenças.

FA.3.7 Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	1,5	614 a 620	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	Apresentou proposta de trabalho tendo por base a eficiência operacional e alguns indicadores. Não apresentou a metodologia de planejamento do projeto mas às pags 8, 9 e 10 da apresentação, descreveu ter por referência, os princípios do SUS e respeito aos princípios da Administração Pública, e observadas as regras do Compliance. Cita à pag 616 as fases do cronograma de execução sem apresentar detalhamento do mesmo. Apresentou às pags. 619 e 620 a proposta financeira.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			34,60				

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS
Documento: RQ-000-V.3

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde									
UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE									
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: BHCL									
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade =	16,20	Nota FA.2: Área de Qualidade =	17,45	Nota FA.3: Qualificação Técnica =	42,05	TOTAL:	75,70	
	Máximo 20 pontos		Máximo 20 pontos		Máximo 60 pontos				
(X) Classificada			() Desclassificada						
OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.									

FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.			Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO			
			Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência / Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações	
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	1,5	64 a 98	https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/ RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do ms (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) ; em conformidade com a ABNT NBR 9050			Apresentação dos fluxos mapeados	Foi apresentado os fluxos operacionais das áreas restritivas, externas e internas.
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	1,5	98 a 116	RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021 LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218			Deve apresentar descrição quanto: recebimento, classificação do documento, registro (descrever estrutura), distribuição e movimentação de documentos, mecanismos de acesso e controles e arquivamento (prazos/ validade e classificação de arquivamento).	Apresenta contextualização (importância sobre a gestão documental e conceitos. Descreve SISTEMA DE PROTOCOLO PRÓPRIO E GESTÃO DE DOCUMENTOS para: sistema de recebimento de documentos internos/externos, abertura, encaminhamento e arquivamento, controle de registro (identificação, armazenamento, proteção, recuperação e disposição) , documentos e ofícios recebidos. Apresenta fluxos: ambulatório, recepção. Apresenta, também, COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA. Descreve as informações em formato textual e fluxogramas.
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	1,3	116 a 138	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhoesq.org.br/resolucao-%C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)			Verificar se há fluxos cruzados	Foi apresentado os fluxos para materiais esterilizados as etapas do processo na CME, em destaque apresentou a planta física da CME e da área de desinfecção dos equipamentos da endoscopia e colonoscopia. Para roupas apresentou fluxo para a coleta de roupa suja que se dará de hora em hora e quando solicitado, acondicionamento e transporte para lavanderia, não foi identificado como será transportada a roupa suja e com que frequência para a lavanderia externa e terceirizada.
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1,5	138 a 152	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf) ; Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2008			1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Apresentou o fluxo de resíduos com todas as etapas do processo.
	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,7	152 a 165	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-2620705931)			Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de	Apresenta a cadeia de suprimentos abrangendo: cadeia de fornecimento, cadeia interna e cadeia de distribuição. Descreve: gestão de compras, serviço de estoque e logística. Apresenta a farmácia como área responsável pelo recebimento, armazenamento (descreve medicamentos de controle especial e termolábeis), distribuição para setores específicos (hemodiálise, endoscopia, colonoscopia), dose unitária, rastreabilidade. Não descreve ações de logística para medicamentos especializados (Juarez Barbosa)
Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	165/197	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoria/informacao/institucional/arquivos/manual_pi_anvisa.pdf)			Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional; Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	
	Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	1	197/202	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633			O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de	

FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de gestão	Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,7	202 a 216	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	A Organização nas pág. 202 a 216 apresenta o item não na forma de Projeto como solicitado, mas cita e discorre sobre os serviços de TI que serão implantados em sua gestão. Deixou de apresentar itens de um projeto. Não identificamos Requisitos da infra-estrutura de TI: Sistemas/programas operacionais (Aquisição/implantação); Aplicativos empresariais; Ferramentas de produtividade; Sistemas de gerenciamento de banco de dados (Servidores); Soluções de segurança da informação (Garantia da integridade e proteção de dados); Hardwares (dispositivos fixos); Cloud computing (tecnologia que permite acesso remoto a servidores, armazenamento de arquivos e processamento de dados por meio da internet) Data centers (local que abriga a infra-estrutura) Outsourcing de TI (transfere parte ou toda função de TI para um fornecedor externo, se for o caso); Virtualização de servidores, desktops e aplicações; gestão da implantação de projetos de TI, etc. Em resumo, um projeto deve contemplar no mínimo a formatação: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Check list. Também não apresentou um cronograma de execução da implantação dos sistemas pretendidos.
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	217/227	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RR/1997/1481_1997.pdf	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais, atreladas às funções e determinações dos respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	
	Implantação de Processos	Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,3	227 a 254	Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4 RDC 36/2013 Port.599/2013-MS	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos: com objetivo na segurança do paciente. Deve ser observado a descrição quanto: diagnóstico, objetivos, estruturação do protocolo, indicadores e aprovação. Observar menção aos protocolos básicos, preconizados pela OMS, e/ou texto descrevendo foco na segurança do paciente	A Organização apresenta como fazer um manual, porém o requisito pede para apresentar a proposta de um Manual de protocolos Assistenciais conforme o perfil da Unidade de Saúde. Apresenta apenas alguns itens de um manual. Manual de protocolos Assistenciais O manual é instrumento onde se explica o como fazer, ou seja, ensinam a fazer o trabalho e cujo objetivo da manualização é reunir informações e disposições de forma sistematizada, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe de assistência. Pode conter os Pops ou protocolos de cada área, e contém que em seu sumário contemple o rol destes pops. O Manual deve conter os processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,6	255 a 260	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12	A política de Gestão Financeira é um compromisso, por escrito, que define um conjunto de diretrizes e ações pertinentes a organização Financeira, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho e sustentabilidade da organização. Esta política deve estabelecer minimamente: * gestão orçamentária e acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; * acompanhamento periódico do desempenho financeiro; * gestão de custos; * gestão de contratos; * gestão do patrimônio; planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos;sistema financeiro eficaz usado para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	Apresentado texto às pág. 255 a 260 descrevendo alguns processos/ ações do faturamento, sem contemplar na íntegra a apresentação de "manual".Lembrando que o manual trata do detalhamento de todo os serviços assistenciais, sendo assim, o manual é um conjunto de instruções ou normas que serve para ensinar a fazer algo, ou seja, para orientar o uso de um produto, serviço, equipamento, software ou ferramenta. Deve contemplar no mínimo: Introdução, Definições, Procedimentos/rotinas, Protocolos/POPs, fluxos, operacionalidade dos sistemas utilizados, referências consultadas, etc.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,6	205 a 289	Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág. 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 1.1 (patrimônio)	Inventários. Checklist de controle de estoque. Sistema. Planilha Se houver diálise (dializador e outros materiais) No manual deve contemplar o projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	A Organização descreveu as principais atividades de um almoxarifado e de patrimônio (Evidenciado a repetição do assunto Almoxarifado), de forma generalizada sem contudo apresentar um manual personalizado para a unidade de saúde pleiteada, com os sistemas que a Organização se utiliza para fazer a gestão tanto de seu patrimônio quanto do seus materiais. Descrevendo por meio de fluxos como é realizado o cadastramento dos materiais, dos fornecedores, etc. Presume-se que a organização já realiza este mesmo procedimento em outras unidades que gere. Lembrando que manual trata do detalhamento de todo os serviços administrativos, sendo assim, o manual é um conjunto de instruções ou normas que serve para ensinar a fazer algo, ou seja, para orientar o uso de um produto, serviço, equipamento, software ou ferramenta. Deve contemplar no mínimo: Introdução, Definições, Procedimentos/rotinas, Protocolos/POPs, fluxos, operacionalidade dos sistemas utilizados, referências consultadas, etc.
								A Organização descreveu as principais atividades do setor de Administração Financeira de forma generalizada sem contudo apresentar um manual

		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0,5	289 a 295	https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GrHPGATR5AvieibWMewmEXKTDZ/view	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	personalizado para a unidade de saúde planejada, com os sistemas que a Organização se utiliza para fazer a gestão administrativo financeira. Descrevendo por meio de fluxos como é realizada por exemplo a rotina de contas a pagar, em qual sistema, datas (periodicidade) demonstrando os fluxogramas e as telas dos sistemas e quais sistemas. Presume-se que a organização já realiza este mesmo procedimento em outras unidades que gere. Lembrando que manual trata do detalhamento de todos os serviços assistenciais, sendo assim, o manual é um conjunto de instruções ou normas que serve para ensinar a fazer algo, ou seja, para orientar o uso de um produto, serviço, equipamento, software ou ferramenta. Deve contemplar no mínimo: Introdução, Definições, Procedimentos/rotinas, Protocolos/POPs, fluxos, operacionalidade dos sistemas utilizados, referências consultadas, etc.
	Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	4	295 a 330	Requerimento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS	1. Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar; 3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	1. Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar; 3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.
TOTAL DE PONTOS FA.1:					16,20			
FA.2 - Área de Qualidade: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação das comissões.			Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
			Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
FA.2.1 Qualidade Objetivo: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	331/339	Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 Dispõe sobre Conselho de Medicina- Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2018 aprova o código de ética médica RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Ética Multiprofissional	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	339/349	https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/lei/80-2018-116673880	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Biossegurança	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	349/352	Lei 11.105 de 24/03/2005 - Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança - PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCRAS)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,7	352/357	PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A CCRAS tem como principais objetivos a redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e a promoção de um ambiente seguro para pacientes e profissionais. A política é uma unidade de atenção ambulatorial, diferente da proposta apresentada que se refere a todo momento às infecções hospitalares, utilizando nomenclaturas como hospital, hospitalização, internação.
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	357/365	Res CFM nº 1821 de 11 de julho de 2007 Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	366/370	Classificação de risco de Agentes biológicos PORTARIA Nº 1.914, DE 9 DE AGOSTO DE 2011 Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos elaborada em 2010, pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), do Ministério da Saúde.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,75	370/377	https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=Lei&numero=144576&ano=2022&ato=77&ETVq5kMZeWT26a https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,6	377/383	http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/ed85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00c7?version=1.0 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegi/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/ed85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00c7?version=1.0	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe na proposta de constituição desta comissão, os membros, também exigido para a composição de nota.
	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,50 ponto	0,5	383/394	Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde Farmácia Hospitalar - CFF	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Proteção Radiológica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	394/398	http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	398/405	COMISSÃO DE COMPLIANCE https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegi/cns/2013/res0466_12_12_2012.html	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o

	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,4	412/418	https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/atuacoes/CNS%20-%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	Regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,4	418/430	RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	O NSP é "a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente". (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho - SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	471/477	https://www.quitrabalista.com.br/legislacao/nr4.htm PORTARIA N.º 3.214, 08 DE JUNHO DE 1978 (DOU de 06/07/78 - Suplemento) "Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho"	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	477/503	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	Trouxeram as propostas das comissões: Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), Comissão de Residência Médica (COREME) e Comissão de Documentação Médica e Estatística.
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	1,5	503/510	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial.	
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	1,5	510/519	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Criar um ambiente acolhedor e receptivo na unidade, onde os usuários se sintam ouvidos, respeitados e seguros, promovendo a humanização do atendimento e a satisfação dos pacientes.	
	Atendimento	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	0,8	519/522	https://www.gov.br/saude/pt-br/acesse-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é fundamental para melhorar a comunicação entre uma organização e seus usuários, oferecendo suporte, resolvendo problemas e garantindo a satisfação dos mesmos.	O Serviço de atendimento ao Usuário dentro da policlínica é responsável pelo atendimento inicial, fornecendo informações, esclarecendo dúvidas e registrando solicitações, sugestões e reclamações dos usuários. Atua de maneira mais direta e operacional, ajudando o usuário a resolver questões práticas, como agendamento de consultas e exames, orientações sobre procedimentos e atualização de cadastro, entre outros. A proposta traz um texto um tanto confuso, pois faz uma especificação do SAU que no sentido amplo se dá como atribuições do SAU "propor, coordenar e implementar a Política de Ouvidoria em Saúde", "implementar políticas de estímulo à participação de usuários", entre outros. O SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) e a Ouvidoria têm funções distintas, embora ambos sejam canais de comunicação entre uma organização e seus clientes ou cidadãos.
		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	0,5	522/530	https://www.gov.br/saude/pt-br/acesse-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A entidade através de diferentes canais divulgados para recebimento das manifestações dos pacientes/acompanhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As manifestações devem ser oportunizadas por meio de pesquisa de satisfação, onde poderá conter pedidos de informações, sugestões, reclamações, elogios e denúncias, e devem estar vinculada à SES, bem como seus respectivos resultados consolidados.	O Setor de Ouvidoria atua como um canal institucional e estratégico. A proposta deve primar pela criação de um canal de comunicação eficiente entre os usuários e o Sistema Único de Saúde (SUS) no estado, com o objetivo de receber, classificar e resolver demandas como reclamações, sugestões e elogios. Entende-se que deve ser oportunizado diferentes canais de atendimento, como telefone, e-mail e formulário eletrônico, além do SAU, caixa de sugestões e pesquisa de satisfação. O item exige a pesquisa de satisfação que tenha vinculação com a Secretaria de Estado da Saúde, traz a pesquisa, mas não atribui conexão com a SES neste item em questão.
		Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	1,5 pontos	1,3	530/542	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial.	A proposta traz informações importantes para o item, mas quando menciona a possibilidade de ação para a policlínica uma prática de "gestão porta aberta", que contradiz com o perfil da Unidade.
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	543/561	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2017/pt24322_22_09_2017.html	A contrarreferência é o processo pelo qual informações sobre o atendimento e tratamento de um paciente, realizado em um nível de atenção especializado (como em hospitais ou centros de especialidades), são enviadas de volta para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) que originalmente encaminhou o paciente. Esse retorno de	

								Informações é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente, permitindo que a APS acompanhe e coordene o cuidado de forma adequada.	
TOTAL DE PONTOS FA.2:				17,45					
FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:									
		Pontuação 60 pontos				JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO			
		Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída	Página da Proposta		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações	
FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	0			Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		Não apresentou	
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	4	834-836		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		BHCL: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA de 134 leitos (CENTRO MEDICO HOSPITALAR DONA LATIFA.CNES = 112. Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 23/10/24.	
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)	02 pontos	2	957-967		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		BHCL: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA de 57 leitos (HOSPITAL VIDA MEMORIAL.CNES = 59. Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 23/10/24.	
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	893-898		Apresentação de documentação, conforme edital		BHCL: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA (UNIDADES DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - CEMEG)	
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	1,25	HÍDIA ELETRÔNICA ANEXO 7		Apresentação de documentação, conforme edital		BHCL: Não apresentou qualquer documento com relação a proposta de aplicação de recurso. CEBAS com validade pelo período de 24/11/2020 a 31/12/2024 (PORTARIA 843 de 03 de outubro de 2023).	
	Certificado de Acreditação - ONA, Joint Commision International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.(**)	4,5 pontos	0			Apresentação de documentação, conforme edital: (**) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada: - ONA 3 - 4,5 pontos; - ONA 2 - 3,0 pontos; - ONA 1 - 1,5 pontos.		Não apresentou	
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	564 a 575		https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980 <u>Fundação Getúlio Vargas</u>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou organograma descrevendo as Diretorias:Administrativa, Assistencial e Médica e. Descreveu as competências em formato textual.	
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	1,5	2057 a 2141		Apresentação de documentação, conforme edital: (***) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		Roberto Gonnella: ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE = 0,50 Thiago de Carvalho: MBA GESTÃO DE SAÚDE = 0,50 Igor Sanches: MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50	
	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. (****)	04 pontos	3,5	2142 A 2185		<u>RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016 - Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos</u>		EXPERIÊNCIA HOSPITALAR Maurício de Oliveira Mota: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITAL MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA = 0,50 Thiago de Carvalho: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETOR JURÍDICO NA BHCL E NÃO EM UNIDADE DE SAÚDE GERIDA PELA BHCL. POR ISSO NÃO PONTUOU Igor Sanches: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR ADMINISTRATIVO HMCA = 0,50 Roberto Gonnella: DECLARAÇÃO PARA SECRETÁRIO DE SAÚDE MUNICÍPIO DE IPERÓ = 0,50 Alessandra Tarquínio: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETORA ASSISTENCIAL NO HOSPITAL VIDA MEMORIAL = 0,50 Sergio Paulo Pinheiro: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETOR TÉCNICO NO HOSPITAL VIDA MEMORIAL = 0,50 EXPERIÊNCIA ATENÇÃO SECUNDÁRIA Juliane da Silva Resende: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETORA ASSISTENCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E NO CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICAS-CEMEG PIMENTAS = 0,50 Rodrigo de Moraes Navarro: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETOR TÉCNICO NAS UNIDADES DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E NO CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICAS-CEMEG PIMENTAS = 0,50 Gabriel Correa Parreira: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETOR TÉCNICO PARA POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS = 0,50	
	b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlinicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)					Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos. (*****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.	Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos		
	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	2,5 pontos	1,5	2187 a 2188		Apresentação de documentação, conforme edital		Apresentou quadro com dimensionamento médico por área de atividades proposta no plano de trabalho determinando horas semanais. Vínculo e salário não foi identificado no quadro apresentado.	
						<u>Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</u>	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização de dimensionamento de	Apresentou um manual de procedimentos médicos ambulatoriais de alguns diagnósticos por especialidade. Diretrizes	

FA.3.3 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe interdisciplinar	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	2,5	1208 a 1292	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2013/prt3390_12_12_2013.html	material e equipamentos conforme perfil da unidade.	para o manejo dos pacientes com as rotinas de primeira consulta, da consulta de retorno, do processo de Consentimento Informado, Segurança do Paciente, Encaminhamento e Consultas Especializadas seguido dos POPs do manejo para alguns diagnósticos por especialidade. Não apresentou protocolos para pequenos procedimentos cirúrgicos realizados na unidade.
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	577 a 584	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional.	
	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	2,5	1293 a 2055	https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf	Os protocolos assistenciais devem conter o que é considerado padrão de uma estrutura de um protocolo tais como: Título do protocolo, Introdução, Revisão de literatura, objetivo, recursos físicos e materiais, atribuição de cada categoria profissional, Fluxograma, Atividades, Resultados esperados e indicadores, Plano de implantação, Referências. O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os protocolos assistenciais deverão ser apresentados conforme a qualificação dos profissionais/ execução do serviço.	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada como: Odontologia, Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista, Psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia foi citado apenas na assistência ao paciente hemodialítico.
	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	0,8	588/591	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cress Ri	Importante elencar as atribuições do serviço social na unidade com suas normas e rotinas, de acordo com a demanda dos usuários, bem como, recursos materiais e humanos necessários.	A proposta trouxe informações exigidas sobre o setor, mas no item normas e rotinas mencionou atividades que são de nível hospitalar e não ambulatorial, como "receber plantão" e "óbitos não resolvidos".
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	1	591/641	Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de	O funcionamento de uma equipe multiprofissional envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	A proposta trouxe informações referentes às atividades da equipe, porém observa-se a falta de personalização e objetividade em alguns pontos da proposta, tais como: citar práticas profissionais que menciona procedimentos hospitalares "unidades de internação" no funcionamento da fisioterapia, incluir protocolos de medicação na instrução da farmácia, com conceitos à nível hospitalar, entre outros. No geral trouxe uma proposta com uma sequência confusa de informações. Apesar de mensurar que o horário de funcionamento será das 7h às 19h (horário já pressuposto da policlínica), não descreve na proposta como se dará na prática a divisão de turnos ou dias das equipes.
FA.3.5 Implementação e funcionamento de outros Serviços	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	0		Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas e resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos instrucionais por parte dos servidores e gestores; completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Não encontrado
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Póliclínica	02 pontos	0,5	600 a 613	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação de estantes, produtos sob refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatoriais).	Não apresentou item específico. Descreve atividade de dispensação de medicamentos, dose unitária, armazenamento e métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo emanual de padronização de medicamentos (não solicitado para policlínica) no item de instrução para funcionamento da equipe multidisciplinar. Não apresenta procedimentos para materiais carinhos de emergência
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	1	ANEXO 6 e ANEXO 7	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Não foi encontrado item descrito na proposta apresentada. Foi apresentado Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da BHCL no ANEXO 6 E MANUAL DE COMPRAS no ANEXO 7, não apresentando critérios específicos para os serviços solicitados como, por exemplo: 1.serviços de limpeza (considera avaliação de estrutura física como pisos, definição de saneantes e demais insumos para realização da limpeza, locação de equipamentos pertinentes, treinamento); 2. serviços de vigilância (monitoramento do ativo patrimonial, controle de acessos de conflitos e proteção patrimonial, cursos específicos de segurança) e 3. serviços de manutenção predial (apresentação de capacitação e cronograma para manutenções corretivas, preventivas e predial).
	Apresentação de projeto de					Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: liderança, relacionamento	Especificamente Foi apresentado à pág 666 o eio 2 que apresenta a Pesquisa de Clima Organizacional com periodicidade anual sem detalhamento do questionário e forma de

FA.3.6 Política de Recursos Humanos	desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	2,5	660 a 676	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9	Interpessoal, trabalho em equipe, comunicação, gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outras, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	Comunicação. Em seguida à página seguinte foi descrita as ações de melhoria do clima Organizacional. Conforme descrito, o projeto de Desenvolvimento Organizacional embora repetitivo em alguns itens do texto, tem como base a Gestão de talentos por competência.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	2,5	892 a 1020 + ANEXO 16 e 17	https://www.gov.br/economia/nt-hr/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf		Referenciado à pág 677 e remetido ao anexo 8. Atendido pags 891 a 1020 e anexo 16 e 17. Não evidenciado a planilha com valores salariais de base e respectivas progressões dentro dos níveis.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	2	677 a 691	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	Apresentado às pags 677 a 691 com modelo de regulamento para a contratação de pessoal (pág 678 a 681). Em seguida processo de admissão e contrato de trabalho e o modelo de contrato de trabalho (pág 683) No item avaliação de desempenho, adota a metodologia de Avaliação por competência mas não detalha o procedimento neste item. No item sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção, foi apresentado às pags 687 a 691.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	0,5	691 a 693	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado 691 a 693 sem detalhamento do procedimento
FA.3.7 Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	2	Pág 719 a 735 Pág 2 a Anexo 17	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	Apresentou às pags 719 os objetivos específicos do plano de trabalho de Gestão a Unidade de Saúde: • Acompanhar e monitorar o desempenho das equipes e serviços, a partir de metas e indicadores; • Colaborar na implantação de protocolos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e aqueles pactuados nas Regiões de Saúde abrangentes neste Edital para os serviços de saúde; • Desenvolver linhas de trabalho que permitam o acesso da população abrangente de atendimento neste Edital, seguindo as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, visando uma assistência integral e humanizada; • Destacar fluxos de referência e contrarreferência com a Atenção Primária, por meio da educação em saúde. • Prestar contas à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, por meio de relatórios e outras fontes de informação. Ainda neste contexto, as premissas básicas utilizadas para o desenvolvimento e a execução do Plano de Trabalho estão baseadas nos seguintes princípios: • Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei 8080/90, princípios e diretrizes do SUS;) • Gestão Inteligente por meio de Indicadores de Produção e Desempenho; • Educação Permanente em Saúde e Humanização; • Gestão de Riscos: métodos de gerenciamento, controle, ações preventivas e planos de contingência • Observância da legislação sanitária e ambiental; • Gestão da unidade baseada em indicadores mensuráveis; • Busca de certificação de qualidade em saúde. Apresenta o Planejamento como instrumento de trabalho para a gestão da proposta tendo por base a Identidade Organizacional estabelecida (missão, visão, etc.) Em seguida apresenta o plano de ação/cronograma de ações das atividades da proposta e apresenta a proposta financeira no anexo 17 da proposta.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			42,05				

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS

Documento: RQ-000-V.3

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde

UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE																
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA-CGI																
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade =	8,80	Nota FA.2: Área de Qualidade =	17,50	Nota FA.3: Qualificação Técnica =	33,10	TOTAL:	60,40								
	Máximo 20 pontos		Máximo 20 pontos		Máximo 60 pontos											
(X) Classificada			() Desclassificada													
OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.																
FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.		Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO											
		Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência / Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações									
					https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/		Foi apresentado para este item definições de áreas restritivas, externas e internas e quem circula nessas áreas. Dentre as páginas citadas apresentou									

Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	1	33 a 211	RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do MS (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) ; em conformidade com a ABNT NBR 9050	Apresentação dos fluxos mapeados	as consultas das especialidades da unidade, os procedimentos, exames realizados com suas rotinas de atendimento, FOPs de setores das áreas mencionadas, não se ateu o que está solicitado no item que compreende a circulação. Nas últimas páginas trouxe diagramas de fluxo de alguns acessos como de fornecedores, de funcionários à unidade ambulatorial, de funcionário ao Estacionamento, acesso de veículos, de pessoal em áreas restritivas, prestadores de serviços.
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	1	212 a 227	RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021 LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218	Deve apresentar descrição quanto: recebimento, classificação do documento, registro (descrever estrutura), distribuição e movimentação de documentos, mecanismos de acesso e controles e arquivamento (prazos/ validade e classificação de arquivamento).	Apresentou Fluxo Ambulatorial considerando: consultas (preenchimento de prontuário), prescrição médica ao paciente, SAME. Apresenta, também, Fluxo para Documentos Administrativos (origem interna e externa). Não apresenta mecanismos de controle de dados, acesso/segurança/privacidade de dados do paciente. Quanto aos documentos administrativos não descreve, Formatação dos documentos, Responsabilidades na Gestão de documentos, Elaboração de documentos, Validação de documentos, Aprovação e reprovação de documentos.
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	1,2	228 a 241	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhoesa.org.br/resolucao-%C2%98-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)	Verificar se há fluxos cruzados	Apresentou o fluxo unidirecional para matrizes esterilizados. O fluxo de roupas foi descrito as suas etapas e mencionado que as roupas cujas são processadas externamente por uma lavanderia terceirizada, esse processo não foi identificado como é feito o transporte, frequência, bordos.
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1	241 a 255	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf) ; Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2006	1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Não apresentou definição da quantificação de lixeiras da unidade (levantamento com base no atendimento e/ou uso de indicadores, por exemplo). A representação gráfica para resíduos sólidos em salas de cirurgias, setor de pesagem no 1º andar, exemplos de descaracterização da unidade pleiteada.
Implantação de gestão	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,7	256 a 309	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593)	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de	Apresenta contextualização sobre: planejamento, aquisição de suprimentos, recebimento, conferência e controle de qualidade, armazenamento, controle de estoques, distribuição interna, monitoramento. Descreve a utilização de sistema de gestão de suprimento integrando, sustentabilidade e redução de desperdícios. Apresentou POP GESTÃO DE COMPRAS E QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES. Não descreve critérios específicos de armazenamento e controle de medicamentos (incluindo controle especial e termolábeis), não menciona CAF.
	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	0,8	310/335	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acesoainformacao/institucional/arquivos/manual_ri_anvisa.pdf)	Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional; Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	O Regimento Interno tem por objetivo regular o funcionamento, a organização e as responsabilidades da Unidade, visando um ambiente colaborativo, seguro e eficiente. O documento tem estrutura flexível e deve ser ajustada às necessidades da Unidade, porém a proposta traz no art. 23, atribuições de Serviço de Emergência, o que não se adequa ao perfil da Policlínica.
	Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	0,5	335/350	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	O Serviço de Enfermagem tem como finalidade garantir assistência integral, contínua e humanizada aos pacientes, baseada em práticas seguras, éticas e de qualidade, assegurando o respeito à vida, à dignidade e aos direitos dos pacientes. A proposta de regimento para um Serviço de Enfermagem deve ser adaptado conforme as especificidades do perfil da Unidade, e percebe-se a não personalização do regimento apresentado, pois foi construído para o serviço no âmbito hospitalar.
	Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,3	351 a 359	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenamento, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	Apresentado das págs 351 a 359 texto que começa descrevendo o Serviço de Tecnologia da Informação da Unidade de saúde, tendo como prazo de implantação 30 a 120 dias para estrutura e sistemas ao todo. Cita o horário de atendimento das 7 às 17 horas e dos sistemas modulares que serão implantados. (pág 351) Em seguida cita a rede lógica e as atribuições da equipe técnica. Descreve a política de envio de emails e a política de segurança da informação. Porém de tudo que foi apresentado, não foi evidenciada uma proposta consistente em forma de projeto que deveria abordar Requisitos da infra-estrutura de TI. Sistemas/programas operacionais (Aquisição/implantação); Aplicativos empresariais; Ferramentas de produtividade; Sistemas de gerenciamento de banco de dados (Servidores); Soluções de segurança da informação (Garantia da integridade e proteção de dados); Hardwares (dispositivos fixos); Cloud computing (tecnologia que permite acesso remoto a softwares, armazenamento de arquivos e processamento de dados por meio da internet) Data centers (local que abriga a infra-estrutura) Outsourcing de TI (transferir parte ou toda função de TI para um fornecedor externo, se for o caso); Virtualização de servidores, desktops e aplicações; gestão da implantação de projetos de TI, etc. Em resumo, um projeto deve contemplar no mínimo a formatação: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de Trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de Riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma,

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,25	607/619	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	
								Trouxeram somente a Comissão de Análise de Contratos Terceirizado.
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	1,5	623/633	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	A implantação do acolhimento na Policlínica é uma resposta às necessidades de melhoria no fluxo de atendimento e na qualidade do serviço oferecido aos usuários. A proposta deste item foi descrita em números tópicos com informações redundantes, nota-se a falta de personalização, ao mencionar por diversos tópicos sobre classificação de risco, conduta utilizada em Unidades de Saúde com serviços de Urgência/ Emergência, não sendo o escopo deste certame.
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	0,8	633/669	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Criar um ambiente acolhedor e receptivo na unidade, onde os usuários se sintam ouvidos, respeitados e seguros, promovendo a humanização do atendimento e a satisfação dos pacientes.	
	Atendimento	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	669/672	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é fundamental para melhorar a comunicação entre uma organização e seus usuários, oferecendo suporte, resolvendo problemas e garantindo a satisfação dos mesmos.	
		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	672/681	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A entidade através de diferentes canais divulgados para recebimento das manifestações dos pacientes/acompanhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As manifestações devem ser oportunizadas por meio de pesquisa de satisfação, onde poderá conter pedidos de informações, sugestões, reclamações, elogios e denúncias, e devem estar vinculada à SES, bem como seus respectivos resultados consolidados.	
		Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	1,5 pontos	0,8	682/684	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	Espera-se que a proposta de formas de acolhimento para usuários e acompanhantes durante o período de atendimento em uma unidade de saúde, especialmente quando residentes em localidades distantes, priorize o bem-estar físico, emocional e social. Percebe-se também a necessidade de incluir medidas de acolhimento para os colaboradores, garantindo um ambiente harmonioso para todos. A proposta traz um texto direcionado para a ampliação do acolhimento aos usuários e familiares de outras localidades, mas não contempla o acolhimento direcionado aos colaboradores como o item requer.
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	684/688	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html	A contrarreferência é o processo pelo qual informações sobre o atendimento e tratamento de um paciente, realizado em um nível de atenção especializado (como em hospitais ou centros de especialidades), são enviadas de volta para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) que originalmente encaminhou o paciente. Esse retorno de informações é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente, permitindo que a APS acompanhe e coordene o cuidado de forma adequada.	
	TOTAL DE PONTOS FA.2:				17,50			

FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:		Pontuação 60 pontos	Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO			
Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída			Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações	
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		Não se aplica.	
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		Não se aplica.	
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)	02 pontos	0	34-35 (ANEXOS) 161	Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		CGI NÃO ATENDE. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA para a MATERNIDADE E HOSPITAL DOM BOSCO. Gerenciou 23 leitos, a pesquisa no site CNES descreve a quantidade de 19 leitos, portanto a documentação apresentada não contempla o número mínimo de leitos para ser pontuado. Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 23/10/24.	
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	102-115	Apresentação de documentação, conforme edital		TERMO DE FOMENTO Nº 171/2024 - MUNICÍPIO DE GOÂNIA tendo como objeto exames de diagnósticos detalhados ao atendimento oftalmológico.	
FA.3.1 Experiência Anterior em	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na	2,5 pontos	0	Apresentação de documentação, conforme edital		Não atende.	

	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	0,8	1180/1196	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Ministério da Sa de	envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	trouxe informações de atividades de parte da equipe que é sugerida como profissionais mínimos integrantes da equipe multiprofissional. A Proposta suprimiu informações das especialidades de farmácia e psicologia. Além disso, falta a especificação do número mínimo de profissionais em cada equipe, como o quadro de horários das mesmas, previstos no item e exigidos para composição da nota.
FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	0,5	1196 a 1200	Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos instrucionais por parte dos servidores e gestores; completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Apresentado a partir da pág 1196 a 1200, as normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. Foram apresentados os tópicos: Setor Pessoal; Suprimentos; Faturamento; Recepção; Telefonia; SANE. Depois apresentados mais a Unidade Financeira (Contabilidade; Planejamento e Custos; Faturamento e; Tesouraria.) E posteriormente citada a Unidade de Operações (Manutenção; Lavanderia/ Rouparia; Higiene e Limpeza; Serviços Auxiliares). Porém nada foi apresentado a nível de detalhamento de manual com fluxos e sistemas a serem acessados. O Manual deve conter os processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1	1201 a 1212	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação de estantes, produtos, refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatoriais).	Descreve as etapas de aquisição (compras/cadastro de fornecedores), recebimento (conferência), guarda/armazenagem. Não descreve etapa de distribuição interna de materiais na unidade. Não menciona CAF e critérios de armazenamento e distribuição de medicamentos (Manuais de procedimentos do Juarez Barbosa e para itens caminhos de emergência.
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	1,5	1212 a 1215	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresenta critérios gerais de contratação (qualificação técnica, regularidade jurídica e fiscal, sustentabilidade e responsabilidade social). Descreve critérios específicos mínimos para contratação de serviços de limpeza (como uso de produtos de limpeza específicos; equipamentos; vigilância (certificação, plano de ação e emergências) e manutenção predial (certificação técnica e plano de manutenção preventiva e corretiva).
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	1,5	1231 a 1235	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9	Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: liderança, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, comunicação, gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outros, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	A partir da pág 1231 a 1235, a Organização apresenta texto, não em forma de projeto contemplando alguns itens para o desenvolvimento humano com pesquisa organizacional. Estabeleceu a periodicidade semestral e as etapas de aplicação Faltaram alguns itens como detalhamento do planejamento da pesquisa, modelo do questionário, cronograma de aplicação, (apenas cita que será aplicada a cada 6 meses, sem detalhamento das ações) também não apresenta o detalhamento da utilização dos resultados para a formatação de plano de capacitação. Em geral não define a metodologia a ser utilizada na pesquisa.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1,5	345 a 348, 1904 a 1911	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf		Apresentou em anexo, os cargos e suas faixas salariais com encargos sociais e cargas horárias. Não descreveu a política de remuneração. Não detalha as competências, habilidades e atitudes de cada cargo. Também não detalha as a descrição das funções específicas. Não apresenta planilha de detalhamento do critério de progressão, quantificando-o conforme a carreira. Apresenta valores salariais, mas não demonstra os requisitos necessários para desempenho de cada cargo, nem seu respectivo quantitativo de pessoal para ocupação dos cargos. Não Apresentou tabela com quantitativo.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	1,5	1236 a 1243	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	Na pág 1236 Apresenta princípios básicos metodologia e descreve sua avaliação de 45/90 dias, mas não detalha todo o processo. Em relação ao contrato de trabalho, não foi evidenciada informação sobre o mesmo. O Organização se estendeu no item avaliação de desempenho, onde estabelece a periodicidade anual e cuja metodologia tem por base a avaliação por competência e o PDI (Apresenta cronograma de implantação na pág 1243) Mas não detalha a metodologia. Não foi evidenciado programa específico para o combate ao absenteísmo e estímulo à produção.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	0,3	1244 a 1246	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado como é realizado o controle de pessoal. Apresentado sobre a escala de trabalho, sem apresentar modelo de escala. Não evidenciado apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)
							A Organização apresenta à pág 1297 objetivos específicos a serem trabalhados - Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários,segundo as diretrizes do SUS e garantindo as boas práticas e a segurança na atenção; - Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa

FA.3.7 Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	1,5	1247 a 1255	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Garantir a humanização da assistência, através de boas práticas de atenção, direto a acompanhante e ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais, utilizando um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana dentro dos princípios, dos objetivos e das diretrizes, no âmbito do SUS. Em seguida, apresenta o cronograma de execução das ações da proposta (pág. 1250), e para isso apresenta a metodologia do PMI conforme a identidade institucional (missão, visão). Também descreve algumas ferramentas de gestão (PDCA, 5W@H, curva ABC etc. Fecha o item com texto onde descreve a adoção da metodologia de projetos, (tático, operacional e estratégico) e o planejamento de Custos, da comunicação, da qualidade, compras e contratações e o planejamento dos riscos. Não é um texto que assegura o cumprimento do plano, por falta de uma planilha mas descreve a ciência da necessidade das ferramentas enumeradas. A Planilha financeira foi apresentada às pgs 1550 a 1553 do anexo.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			33,10			

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS									
Documento: RQ-000-V.3									

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde									
UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE									
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: FUNDAH									
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade =	16,60	Nota FA.2: Área de Qualidade =	17,20	Nota FA.3: Qualificação Técnica =	38,80		TOTAL:	72,60
	Máximo 20 pontos		Máximo 20 pontos		Máximo 60 pontos				
(X) Classificada			() Desclassificada						
OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.									

FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.		Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO			Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
		Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência / Fonte				
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	1,3	42 a 59	https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/ RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do MS (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) : em conformidade com a ABNT NBR 9050		Apresentação dos fluxos mapeados	Apresentou todas as áreas da unidade com desmembramento para as três categorias de restritas, internas e externas com as funcionalidades, em seguida apresentou o fluxo de circulação do profissional para uma das áreas restritivas(CME). Da circulação de áreas externas apresentou o fluxo de acesso através de diagramas de pacientes e/ou acompanhantes, de funcionários prestadores de Serviços, acesso de veículos, de carga e descarga, fluxo de resíduo. Das áreas internas apresentou o acesso para funcionários, prestadores de serviço, paciente e acompanhantes, pacientes ambulatoriais, pacientes para SADT. Para área restritiva apresentou apenas um fluxo(CME).	
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	0,8	60 a 59	RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021 LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218		Deve apresentar descrição quanto: recebimento, classificação do documento, registro (descrever estrutura), distribuição e movimentação de documentos, mecanismos de acesso e controles e arquivamento (prazos/ validade e classificação de arquivamento).	Descreveu a importância da gestão documental, referenciando a lei 8.080/1990 e definindo o tipos de documentos envolvidos: internos e externos; arquivamento e gestão de documentos (SAME). Apresentar PROPOSTA DE MODERNIZAÇÃO com a implantação do Prontuário Eletrônico. Apresenta o Fluxo para Registros de Documentos. Não descreve etapas referente a: recepção, análise, classificação, mecanismos de acesso, segurança privacidade e proteção de dados e backup.	
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	1,5	63 a 75	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhossa.org.br/resolucao-%C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)		Verificar se há fluxos cruzados	Apresentou o fluxo unidirecional dos artigos na CME, as etapas do processamento, horários estabelecidos para coleta e envio dos materiais a CME; apresentou o fluxo de de roupas sujas tais como a coleta, armazenamento temporário, o transporte para lavanderia higienizada e fluxo de roupas limpas.	
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1,5	75 a 100	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cvs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15133807-ras-306.pdf) : Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2006		1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Apresentou o fluxo de resíduos de serviço de saúde com todas as etapas.	
	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	1	100 a 141	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-ndc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-2820705931)		Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de	Descreve a gestão de suprimentos considerando as etapas: planejamento de compras, processo de aquisição de produtos/serviço, descrevendo áreas envolvidas. Apresenta REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS. Apresenta também POP: GESTÃO DE FARMÁCIA (aquisição, recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos e insumos), AQUISIÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS E FORMULÁRIOS DE	

FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de gestão						limpeza e segurança do ambiente, controle de temperatura e umidade	AVALIAÇÃO DE PRODUTO E FORNECEDORES. Apresenta a logística de suprimentos em formato textual e fluxogramas.
		Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	141/179	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoria-informacao/institucional/arquivos/manual_r1_anvisa.pdf)	Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional; Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	
		Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	1	179/187	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	
		Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,8	187 a 208	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	Foi Apresentado às pags 186 a 207, conteúdo extenso na área de Tecnologia da Informação, porém sem alguns dos requisitos de um projeto, onde evidenciamos na proposta, título, os objetivos, justificativa, os módulos a serem desenvolvidos, contexto, Resumo, Apresentação, Contexto, público alvo, Justificativa, porém não identificamos itens como custo e plano de trabalho/cronograma, etc. Lembramos que projeto contempla também, requisitos de infraestrutura: Sistemas/programas operacionais (Aquisição/implantação); Aplicativos empresariais; Ferramentas de produtividade; Sistemas de gerenciamento de banco de dados (Servidores); Soluções de segurança da informação (Garantia da integridade e proteção de dados); Hardwares (dispositivos fixos); Cloud computing (tecnologia que permite acesso remoto a softwares, armazenamento de arquivos e processamento de dados por meio da Internet) Data centers (local que abriga a infra-estrutura) Outsourcing de TI (transferir parte ou toda função de TI para um fornecedor externo, se for o caso); Virtualização de servidores, desktops e aplicações; gestão da implantação de projetos de TI, etc. Em resumo:Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Check list. Sobre a infra estrutura
	Implantação de Processos	Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	208/223	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais, atreladas às funções e determinações dos respectivos conselhos de classe alinhado às políticas institucionais.	
		Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,3	224 a 241	Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4 RDC 36/2013 Port.599/2013-MS	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos: com objetivo na segurança do paciente. Deve ser observado descrição quanto: diagnóstico, objetivos, estruturação do protocolo, indicadores e aprovação. Observar menção aos protocolos básicos, preconizados pela QMS, e/ou texto descrevendo foco na segurança do paciente	Apresentada a proposta de Manual de protocolos Assistenciais, que explica a metodologia de como fazer um manual e a metodologia de gestão do documento da qualidade e as fases nela existentes como formalização, detalhamento do doc, hierarquia, aprovação, revisão, etc. Porém não foram apresentados o rol de protocolos, nem propriamente apresentado um manual. O manual é instrumento onde se explica o como fazer, ou seja, ensinam a fazer o trabalho e cujo objetivo da manualização é reunir informações e dispo-las de forma sistematizada, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe de assistência, com seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los. Pode conter os pops - protocolos de cada área, então, convém que em seu sumário contemple o rol destes pops.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,3	242 a 247	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12	A política de Gestão Financeira é um compromisso, por escrito, que define um conjunto de diretrizes e ações pertinentes a organização Financeira, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho e sustentabilidade da organização. Esta política deve estabelecer minimamente: • gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; • acompanhamento periódico do desempenho financeiro; • gestão de custos; • gestão de contratos; • gestão do patrimônio; • planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos;sistema financeiro eficaz usado para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	Descrito na proposta apresentada às pags 242 a 247 que nas duas primeiras pags descreve a importância do setor e histórico. Em seguida apresenta os dois sistemas a serem operacionalizados CNES e SIGTAP, mais não demonstra a operacionalização dos mesmos por meio de fluxogramas ou passo a passo. Na pag 246, repete a importância, destaca o horário de funcionamento e na pag seguinte descreve as competências do setor, algumas normas de conduta, no entanto o que seria a rotina foi descrita de forma breve e sucinta.Lembramos que um Manual O manual é instrumento onde se explica o como fazer, ou seja, ensinam a fazer o trabalho e cujo objetivo da manualização é reunir informações e dispo-las de forma sistematizada, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe por meio da demonstração de fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,8	248 a 268	Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág.64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 1.1 (patrimônio)	Inventários. Checklist de controle de estoque. Sistema. Planilha Se houver diálise (dializador e outros materiais) No manual deve contemplar o projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	A proposta de Manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio começa descrevendo objetivos e as competências dos dois setores. Em seguida apresenta definições, descreve os requisitos, porém não detalha os procedimentos, por meio de fluxogramas e demonstração de operacionalização dos sistemas utilizados. O manual é instrumento onde se explica o como fazer, ou seja, ensinam a fazer o trabalho e cujo objetivo da manualização é reunir informações e dispo-las de forma sistematizada, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe.
		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0,8	268 a 281	https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GrHPGAT85AveIbWMewNvKTDZ/view	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Apresentada proposta e manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos descrevendo algumas atividades genéricas dos setores de orçamento,planejamento, contas a pagar, fluxo de caixa, aplicação de Recursos Financeiros, apuração de resultados, gestão patrimonial, auditoria financeira, emissão de relatórios sem conteúdo personalizado a proposta, pois não cita os sistemas utilizados pela SES/ Unidade de Saúde, o que poderia ter sido levantado enquanto da visita técnica aquela Unidade de Saúde. Mais uma vez lembramos que, o manual é instrumento onde se explica o como fazer, ou seja,

	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	458/483	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	Trouxeram proposta das comissões: Comissão de Humanização, Comissão de ética de enfermagem, Comissão de Documentação Médica e Estatística.
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	0,8	483/490	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	O manual tem o objetivo de fornecer diretrizes e procedimentos claros para a execução de atividades e garantir o cumprimento de normas e políticas internas, serve como um guia prático para assegurar a padronização de processos e a conformidade com as normas aplicáveis. A proposta apresentada traz as informações da recepção de forma mais completa, porém, sobre as formas de notificação e orientação social e apoio psicossocial, as informações são breves e não contemplam o que se exige em um manual.
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	1	490/495	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Criar um ambiente acolhedor e receptivo na unidade, onde os usuários se sintam ouvidos, respeitados e seguros, promovendo a humanização do atendimento e a satisfação dos pacientes.	A proposta para a implantação de um programa de Acolhimento na Policlínica tem como objetivo garantir um atendimento humanizado e acolhedor a todos os usuários, promovendo um ambiente de respeito, conforto e empatia. Espera-se neste item uma proposta personalizada à demanda atendida na unidade, configurada com procedimentos de atendimento, fluxo de acolhimento, organização do ambiente físico, por exemplo. A proposta traz um material de importante embasamento técnico, mas não traz com clareza como se dará na prática.
	Atendimento	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1	495/498	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é fundamental para melhorar a comunicação entre uma organização e seus usuários, oferecendo suporte, resolvendo problemas e garantindo a satisfação dos mesmos.	A proposta para a implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) com o objetivo de otimizar a comunicação com clientes e usuários, melhorar a qualidade do suporte oferecido e resolver demandas com eficiência. O SAU será um canal direto e estruturado para atender às necessidades dos usuários, fortalecendo o relacionamento e aumentando a satisfação. A estrutura do SAU não vislumbrou o atendimento presencial, a capacitação da equipe, pontos importantes para esse serviço.
		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	498/518	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A entidade através de diferentes canais divulgados para o recebimento das manifestações dos pacientes/acompanhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As manifestações devem ser oportunizadas por meio de pesquisas de satisfação, onde poderá conter pedidos de informações, sugestões, reclamações, elogios e denúncias, e devem estar vinculada à SES, bem como seus respectivos resultados consolidados.	
		Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	1,5 pontos	0,4	518/527	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	Espera-se que a proposta de formas de acolhimento para usuários e acompanhantes durante o período de atendimento em uma unidade de saúde, especialmente quando residentes em localidades distantes, priorize o bem-estar físico, emocional e social. Percebe-se também a necessidade de incluir medidas de acolhimento para os colaboradores, garantindo um ambiente harmonioso para todos. A proposta traz um texto que não contempla de forma satisfatória o solicitado. Imagina-se para esse item, uma proposta estruturada e direcionada para a ampliação do acolhimento aos usuários e familiares de outras localidades e dos colaboradores, no entanto, falou de forma ampla sobre o acolhimento sem mencionar as especificidades exigidas no item. Ainda menciona por duas vezes a informação para o acompanhante "não utilize a cama do paciente", o que sai do escopo da Unidade de Saúde deste certame.
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	527/531	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html	A contrarreferência é o processo pelo qual informações sobre o atendimento e tratamento de um paciente, realizado em um nível de atenção especializado (como em hospitais ou centros de especialidades), são enviadas de volta para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) que originalmente encaminhou o paciente. Esse retorno de informações é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente, permitindo que a APS acompanhe e coordene o cuidado de forma adequada.	
TOTAL DE PONTOS FA.2:				17,20				
FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com vies ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:			Pontuação 60 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
			Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	0			Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação a leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	4	1167-1188, 1189-1225		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação a leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		FUNDAHC: ATESTADO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA de 150 leitos (Hospital e Maternidade Municipal Célia Câmara. CNES= 200 e 128 leitos (HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO). CNES= 128 leitos. Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 22/10/24.

FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)	02 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital		Não apresentado
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital		Não apresentado
	Certificado de Acreditação - ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente. (**)	4,5 pontos	3	1327	Apresentação de documentação, conforme edital: (**) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada: - ONA 3 - 4,5 pontos; - ONA 2 - 3,0 pontos; - ONA 1 - 1,5 pontos.	FUNDAHC: ACREDITADO PLENO (ONA 3).	FUNDAHC: Validade: 07/12/2024. ONA: ACREDITADO (ONA 1) e 07/12/2024. ONA: ACREDITADO PLENO (ONA 2). Consulta realizada no site https://www.ona.org.br/ , em 29/10/24.
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	540 a 561	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1989 Fundação Getúlio Vargas	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição.	Apresentou organograma descrevendo as Diretorias: Executiva, Técnica, Clínica e Administrativa. Descreveu as competências em formato textual.
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (****)	03 pontos	2,5	1328 a 1343	Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		Cleusa de Queiroz: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Daniilo Pereira: MBA EXECUTIVO GESTÃO EM SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 ILMA MARTINS: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Meirliellen de Souza: ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50
	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuaram na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. (****) b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	0,5	1344 a 1448	RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016 - Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos. (*****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.	Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos	EXPERIÊNCIA HOSPITALAR Relacionou os profissionais: Cleusa de Queiroz, Daniilo Pereira, Ilma Martins, Joice Almeida, Meirliellen de Souza, Jamil Miguel, como comprovação apresentou somente curriculodeclaração de aceite não apresentando documento comprobatório como descrito no currículo, por isso não pontuou. EXPERIÊNCIA ATENÇÃO SECUNDARIA Jamil Miguel: DECLARAÇÃO DE VÍNCULO CEROF / DIRETOR = 0,50 Luciano Mendes: APRESENTOU SOMENTE CURRÍCULO, POR ISO NÃO PONTUOU
	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	2,5 pontos	2	562 a 572	Apresentação de documentação, conforme edital		Apresentou quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando horário, não foi visualizado a forma de vínculo e salário.
FA.3.3 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	2,8	572 a 793	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Foi apresentado protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada, contendo os protocolos relacionados às especialidades. Não foi visualizado protocolos de equenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que também faz parte dos serviços da unidade, exceto na especialidade de ortopedia.
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	794 a 798	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional	Apresentou quadro de metas para a área médica e não médica.
	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	3	798 a 884	https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf	Os protocolos assistenciais devem conter o que é considerado padrão de uma estrutura de um protocolo tais como: Título do protocolo, Introdução, Revisão de literatura, objetivo, recursos físicos e materiais, atribuição de cada categoria profissional, Fluxograma, Atividades, Resultados esperados e indicadores, Plano de implantação, Referências. O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os protocolos assistenciais deverão ser apresentados conforme a qualificação dos profissionais/ execução do serviço.	Apresentou protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.
	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	1	884/887	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cressa Ri	Importante elencar as atribuições do serviço social na unidade com suas normas e rotinas, de acordo com a demanda dos usuários, bem como, recursos materiais e humanos necessários.	
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	2	887/902	Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de	O funcionamento de uma equipe multiprofissional envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	

FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	1	902 a 906	Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas e resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos instrucionais por parte dos servidores e gestores; completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Apresentado horário e equipe mínima porém sem detalhamento das áreas: Diretoria Executiva; (Secretaria Administrativa, Gestão da Qualidade e de Compliance, Serviço de Controle Interno do Planejamento, Ouvidoria); Da Diretoria Técnica: (Núcleo Interno de Agendamentos, SCIRAS, Gestão médica, Gestão Multiprofissional, Gestão de Enfermagem; Diretoria Administrativa: TI, Financeiro, Contabilidade, faturamento, Gestão Operacional). Porém a s normas e rotinas foram apresentadas generalizadamente a pag 906, sem detalhamento dos setores elencados. Apresentados os processos de compras sem detalhamento e um texto sobre a dispensação de medicamentos.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1,5	907 a 912	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação de estantes, produtos sob refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatoriais).	Apresentou descrição geral das etapas: planejamento, aquisição de insumos (recebimento, conferência), armazenamento e distribuição de insumos e medicamentos (CAF). Não descreve critérios específicos para atividades de dispensação de medicamentos de alta vigilância, controle especial, termolábeis e dispensação e reposição dos caminhos de emergência
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	2	913 a 967	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresentou POLÍTICA DE FORNECEDORES-SERVIÇOS E PROTOCOLO DE VISITA TÉCNICA com modelos de formulário e critérios administrativos para contratações e qualificação/avaliação de fornecedores. Apresentou modelo de TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PRESTADORA DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA MANUTENÇÃO PREDIAL contendo critérios específicos, a saber: 1. Limpeza (especificação do serviço, horário para execução, definição de insumos e equipamentos, legislações pertinentes); 2. vigilância (ursos específicos, documentação de habilitação; 3. manutenção predial (treinamento e segurança, fornecimento de materiais/ferramentas/equipamentos, plano de manutenção predial, manutenção corretiva e preventiva)
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	2	967 a 973	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9	Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, comunicação, gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outras, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	Apresentado o projeto de desenvolvimento Humano dentro da Política de Gestão de pessoas. Em relação a pesquisa periódica não ficou evidenciada a forma de divulgação da pesquisa que tem a periodicidade de 2 anos e realizada por meio de questionários anônimos e participação voluntária. Não ficou claro dentro do projeto, sobre o uso estabelecimento de planos de ação para capacitação, nem como é realizada a análise crítica dos resultados para devolutiva ao colaborador. Não foram apresentados os modelos de questionários utilizados. Faltou maior detalhamento do item que veio descrito em apenas 15 linhas da proposta.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1,5	977 a 985	https://www.gov.br/br/economia/jt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf		Apresentou regulamento de normatização da remuneração do quadro de pessoas da Organização. Elenca os níveis salariais por classe às pág 979. Em seguida define os três níveis de cargos Em seguida apresenta a política de progressão e remuneração. E por fim os critérios de administração dos cargos novos, alterações salariais, promoção. Finaliza com uma breve descrição dos cargos de direção e coordenação. Porém não foram apresentados os valores salariais em seus níveis. Não evidenciamos a descrição dos cargos contemplando as competências técnicas, competências comportamentais, formação necessária, experiência, responsabilidades, habilidades, etc
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	2,5	985 a 997	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	Apresentado regulamento às pág 985 para normatização da seleção de pessoal com cópia do contrato de trabalho (pág 990). Na pag 1546 é descrito como é realizada a avaliação de desempenho, tanto do período de experiência quanto da avaliação por competência que é anual com metodologia 180º e a partir disto construído um PDI- Plano de Desenvolvimento Individual para cada indivíduo. Também relatou como são realizadas as devolutivas ao colaborador. Descreveu a ferramenta onboarding online, que é um processo de integração de novos funcionários realizado de forma remota, por meio de plataformas e ferramentas digitais. Especificamente não evidenciamos ação ou programa de trabalho e ou sugestão de condutas para combater o absenteísmo.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	1	997 a 1011	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado às pág 997 a 1011
FA.3.7 Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	2	1011 a 1032	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	Apresentado nas pág 1011 a , a proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis. Foi apresentada a metodologia da Organização em relação ao planejamento do trabalho, com a definição do plano estratégico, a partir de um diagnóstico organizacional, por meio da análise de cenários , definição da identidade organizacional, e as principais ações estratégicas foram elencadas às pág 1018 e que serão distribuídas nas perspectivas do BSC (finanças, Aprendizado e crescimento processos internos e Sociedade). Apresentada planilha do cronograma de execução dos planos de ação e planilha financeira às pág 1024 a 1032

TOTAL DE PONTOS FA.3:	38,80
-----------------------	-------

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS
Documento: RQ-000-V.3

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde									
UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE									
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: IGA									
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade =	9,10	Nota FA.2: Área de Qualidade =	6,00	Nota FA.3: Qualificação Técnica =	34,95		TOTAL:	50,05
	Máximo 20 pontos		Máximo 20 pontos		Máximo 60 pontos				
() Classificada				(X) Desclassificada					
OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.									

FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.		Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
		Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência / Fonte			
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	0,8	29 a 37	https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/ RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do ms (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) ; em conformidade com a ABNT NBR 9050	Apresentação dos fluxos mapeados	Apresentado diagramas de algumas circulações, não detalhada, sem proposições relacionadas aos fluxos conforme a composição arquitetônica da unidade e sem contextualização da representação gráfica. Da área restrita apresentou um fluxograma amplo sem detalhar as áreas restritivas. Fluxo de acesso do paciente em áreas internas da unidade, apresentou somente para ambulatório,outras áreas internas não foram mencionadas.	
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	0,5	38 a 45	RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021 LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218	Deve apresentar descrição quanto: recebimento, classificação do documento, registro (descrever estrutura), distribuição e movimentação de documentos, mecanismos de acesso e controles e arquivamento (prazos/ validade e classificação de arquivamento).	Apresentou Fluxogramas para: Atendimento do usuário; Armação do prontuário do usuário, consulta a prontuários para estudos e pesquisas, consulta prontuário para fins jurídicos, consulta prontuário para continuidade de tratamento, circulação e arquivamento de documentos administrativos e requisições de materiais e notas fiscais, circulação materiais na unidade. PORTARIA/RECEPCAO. Não apresentou critérios para: classificação de documentos e temporalidade de arquivamento/destinação final, manutenção de sigilo das informações dos usuário. Não apresentou texto de forma clara/com detalhamento para compreensão do item, conforme solicitado.	
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	0,5	46 a 47	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhoesa.org.br/resolucao-%C2%98-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)	Verificar se há fluxos cruzados	Apresentou dois fluxogramas: material esterilizado e de roupas sem detalhamento, sem contextualização e sem referências de uma circulação conforme a planta física da unidade. Fluxo de rouparia sem mencionar encaminhamento de roupa suja para serviço externo apesar da unidade não dispor do serviço.	
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	0,5	48	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cepa.m.gov.br/uniboad/arquivos/20161215135807-res-306.pdf) ; Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2006	1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Apresentou apenas um fluxograma, sem detalhamento, sem identificação específica para a unidade em questão, falta de contextualização, sem detalhamento das etapas do fluxo de resíduos de saúde e sem considerar a individualidade do perfil da unidade.	
	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,4	49 a 57	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-2820705931)	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de	Apresentou descrição das etapas para gestão de suprimentos considerando: classificação e codificação de itens em estoque, gestão dos estoques com indicadores, controle e acompanhamento de estoques, conceito de consumo (CURVA ABC), solicitação de suprimento (ponto do pedido, ciclo de compras. Apresenta modelo de ficha: CONTROLE FÍSICO-FINANCEIRO E FÍSICO/FINANCEIRO POR UNIDADE CONSUMIDORA. Não foi apresentado, com clareza, questões referentes à: distribuição de suprimentos dentro da unidade (CAF, farmácias satélites), conferência no recebimento, armazenamento de termolábeis, controles para dispensação medicamentos, incluindo medicamentos Juarez Barbosa).	
	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	58/77	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acesoainformacao/institucional/arquivos/manual_ri_anvisa.pdf)	Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional; Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.		
	Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	1	78/84	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	Foram apresentados os módulos a serem instalados, mas a proposta de projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário não segue o modelo de projeto.	
	Implantação de gestão							

FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,5	85 a 91	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	faltando itens essenciais como orçamento/custo, cronograma de execução, avaliação de risco, etc. Sem contar que os requisitos de infra-estrutura deve compreender: Sistemas/programas operacionais (Aquisição/Implantação); Aplicativos empresariais; Ferramentas de produtividade; Sistemas de gerenciamento de banco de dados (Servidores); Soluções de segurança da informação (Garantia da integridade e proteção de dados); Hardwares (dispositivos fixos); Cloud computing (tecnologia que permite acesso remoto a softwares, armazenamento de arquivos e processamento de dados por meio da internet) Data centers (local que abriga a infra-estrutura) Outsourcing de TI (transferir parte ou toda função de TI para um fornecedor externo, se for o caso); Virtualização de servidores, desktops e aplicações; gestão da implantação de projetos de TI, etc. Em resumo, um projeto deve contemplar no mínimo a formatação: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de Trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Check list.
	Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	92/97	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arguivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	
	Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,2	98 a 99	Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4 RDC 36/2013 Port. 599/2013-MS	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos: com objetivo na segurança do paciente. Deve ser observado descrição quanto: diagnóstico, objetivos, estruturação do protocolo, indicadores e aprovação. Observar menção aos protocolos básicos, preconizados pela OMS, e/ou texto descrevendo foco na segurança do paciente.	Foi apresentado em apenas 2 páginas o que seria a proposta de um manual. Lembrando que o manual trata do detalhamento de todos os serviços assistenciais, sendo assim, o manual é um conjunto de instruções ou normas que serve para ensinar a fazer algo, ou seja, para orientar o uso de um produto, serviço, equipamento, software ou ferramenta. Deve contemplar no mínimo: Introdução, Definições, Procedimentos/rotinas, Protocolos/POPs, fluxos, operacionalidade dos sistemas utilizados, referências consultadas, etc. Foi evidenciado uma descrição dos objetivos e roteiro de um protocolo, apenas.
Implantação de Processos	Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,2	100 a 101	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12	A política de Gestão Financeira é um compromisso, por escrito, que define um conjunto de diretrizes e ações pertinentes a organização Financeira, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho e sustentabilidade da organização. Esta política deve estabelecer minimamente: • gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; • acompanhamento periódico do desempenho financeiro; • gestão de custos; • gestão de contratos; • gestão do patrimônio; • planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos;sistema financeiro eficaz usado para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	Foi apresentado em apenas 1 página e meia o que seria a proposta de um manual. Lembrando que o manual trata do detalhamento de todos os serviços assistenciais, no que tange ao faturamento destes serviços, sendo assim, o manual é um conjunto de instruções ou normas que serve para ensinar a fazer algo, ou seja, para orientar o uso de um produto, serviço, equipamento, software ou ferramenta. Introdução, Definições, Procedimentos/rotinas, POPs, fluxos, operacionalidade dos sistemas utilizados, referências consultadas, etc.
	Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,5	102 a 108	Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 1.1 (patrimônio)	Inventários. Checklist de controle de estoque. Sistema. Planilha Se houver diálise (dializador e outros materiais) No manual deve contemplar projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	Foi apresentado uma proposta de um manual faltando itens como cadastro, avaliação de fornecedores, fluxogramas, cadastro de NF, descrição de processos de cessão, doação, permuta, transferência ou produção interna, etc. Lembrando que o manual trata do detalhamento de todo os serviços relativos tanto de patrimônio quanto de almoxarifado, sendo assim, o manual é um conjunto de instruções ou normas que serve para ensinar a fazer algo, ou seja, para orientar o uso de um produto, serviço, equipamento, software ou ferramenta. Deve contemplar os itens: Introdução, Definições, Procedimentos/rotinas, POPs, fluxos, operacionalidade dos sistemas utilizados, referências consultadas, etc.
	Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0	109	https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GrHPGAT85AveibWMEwEvKTDZ/view	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Foi apresentado em 1 pequeno parágrafo, não atendendo ao solicitado.
Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	2	110 a 111	Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS	1. Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar; 3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	Apresentou 05 Projetos: 1. PROJETO DE CULTURA; 2. PROJETO DE PESQUISA EM SAÚDE; 3. PROJETO DE INCENTIVO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA; 4. PROJETO DE HUMANIZAÇÃO; 5. PROPOSIÇÃO PARA RECURSOS ORÇUNDO CEBAA. Apresenta contextualização breve de cada projeto com objetivos e o que pretende ser realizado. Não descreve metodologia e cronograma para o projetos apresentados. Não foi realizado levantamento de necessidades considerando região atendida e usuários da POLICLINICA, contemplando atendimentos/capacidade operacional da unidade de saúde em questão. Não traz referência sobre os orçamentos dos mesmos se inseridos no custeio previsto na unidade pretendida.

TOTAL DE PONTOS FA.1:		9,10						
FA.2 - Área de Qualidade: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação das comissões.		Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO			
		Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída					
					Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações	
FA.2.1 Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,25	116/119	Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 Dispõe sobre Conselho de Medicina: -Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2018 aprova o código de ética médica RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Ética Multiprofissional	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,2	120/123	https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe um regimento interno de forma ampla, mas o edital prevê como equipe mínima para equipe multiprofissional os profissionais Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Psicólogo, com isso, esperava-se trazer apontamentos personalizados da equipe multiprofissional que deverá compor esta comissão, e não trouxe o cronograma de atividade anual. Não trouxe também a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Biossegurança	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,25	128/129	Lei 11.105 de 24/03/2005 - Regulamenta os Incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 3 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCRAS)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,25	113/115	PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Considerando as determinações da Lei nº 9431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares, (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,25	143/145	Res CFM nº 1821 de 11 de julho de 2007 Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.	Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,25	130/131	Classificação de risco de Agentes biológicos PORTARIA Nº 1.914, DE 9 DE AGOSTO DE 2011 Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos elaborada em 2010, pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), do Ministério da Saúde.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,2	149/152	https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14457&ano=2022&ato=77eRTV5kMzWt726e https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de serviços de Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,2	153/156	http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0 https://www.alanbio.gov.br/cicivil_031_ato2007-2010/lei112305.htm https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0	Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RS5 (PGRS5), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,50 ponto	0,15	146/148	Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde Farmácia Hospitalar - CFF	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências da comissão de farmácia e terapêutica (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comissão de Proteção Radiológica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	124/127	http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf	O objetivo desta Norma é estabelecer os requisitos básicos de proteção radiológica das pessoas em relação à exposição à radiação ionizante. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	138/139	COMISSÃO DE COMPLIANCE	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	132/137	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NSQP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	157	RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	O NSP é "a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente". (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta não traz o regimento interno e nem o cronograma de atividade anual, trouxe somente a finalidade de sua proposta de constituição (membros, finalidade)
	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	140/142	https://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr4.htm PORTARIA N.º 3.214, 08 DE JUNHO DE 1978 (DOU de 06/07/78 - Suplemento) "Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho"	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A proposta trouxe o regimento interno, mas não menciona o cronograma de atividade anual. Não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	158/162	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	

SEI 202400010036942 / pg. 29

FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:	Pontuação ou pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
	Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	0	319-327	Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.	IGA: Não atende. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA: FOI DO SERVIDOR E NÃO DA ENTIDADE.
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	4	319-327	Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.	IGA: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA: HOSPITAL GERAL COSTA DO CACAU. CONTRATO GESTÃO 007/2019 = 184 Leitos CNEs = 184 leitos. Conferência realizada no site CNEs (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 06/11/24.
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)	02 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.	
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	329-332	Apresentação de documentação, conforme edital	IGA: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA: UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UPAE IRMÃ DUDA (GRANDE RECIFE), CONTRATO DE GESTÃO 001/2018
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	1,25	334-336	Apresentação de documentação, conforme edital	IGA: Não apresentou qualquer documento com a proposta de aplicação do recurso. CEBAS com validade pelo período de 09/10/2021 a 08/10/2024 PORTARIA 291 de 27 de julho de 2022), pela prestação anual de serviços ao SUS. Apresentou a solicitação de renovação tempestiva.
	Certificado de Acreditação - ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente. (**)	4,5 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (***) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada: - ONA 3 - 4,5 pontos; - ONA 2 - 3,0 pontos; - ONA 1 - 1,5 pontos.	Não apresentou
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	176 a 179	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980 Fundação Getúlio Vargas	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição Apresentou organograma descrevendo as Diretorias: Geral, Técnico, Administrativo/Financeiro. As competências foram descritas em formato textual.
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	2	337 a 350	Apresentação de documentação, conforme edital: (***) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.	Tiana Lúcia Pimentel dos Santos: APRESENTOU CERTIFICADO BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO E NÃO TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA, CONFORME SOLICITADO NO ITEM, POR ISSO NÃO PONTUOU. Antonio Walter Brandão Luna: APRESENTOU CERTIFICADO BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO E NÃO TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA CONFORME SOLICITADO NO ITEM, POR ISSO NÃO PONTUOU. Waldemar Cidreira Dórea Filho: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Elza Maria Assumpção Dórea: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Durival Santos Pereira Neto: MBA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE = 0,50 Hernani Vaz Kruger: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50
	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. (****) b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	3	351 a 367	Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos. (*****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos.	Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos
					RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016 - Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos	EXPERIÊNCIA HOSPITALAR Antonio Walter Brandão Luna: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITAL ALAIDE COSTA = 0,50 Hernani Vaz Kruger: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR ADMINISTRATIVO HUGO = 0,50 Egidio Alves Feitosa Filho: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA MEDICO HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU = 0,50 João Henrique Araújo Andrade: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA GERÊNCIA ENFERMAGEM , HRCC = 0,50 EXPERIÊNCIA ATENÇÃO SECUNDÁRIA Mário Lisboa de Seixas Neto: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR GERAL / UPAE GRANDE RECIFE = 0,50 Tiana Lúcia Pimentel dos Santos: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR OPERACIONAL UPAE IRMÃ DUDA = 0,50
	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	2,5 pontos	2,5	373 a 374	Apresentação de documentação, conforme edital	
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	1,5	182 a 202	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) Apresentou um total de 13 POPs direcionados para as rotinas de consultas no ambulatório, contudo o item solicita também Protocolos de atenção médica compatível com o perfil da unidade.
						Não foi evidenciado as metas para consultas

FA.3.3 Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Interdisciplinar	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	1,2	376 a 379- anexo III	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional.	Médicas na totalidade e por especialidades, consultas farmacêuticas, terapia renal substitutiva e distância percorrida para transporte de paciente.
	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	0,5	203 a 224	https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf	Os protocolos assistenciais devem conter o que é considerado padrão de uma estrutura de um protocolo tais como: Título do protocolo, Introdução, Revisão de literatura, objetivo, recursos físicos e materiais, atribuição de cada categoria profissional, Fluxograma, Atividades, Resultados esperados e indicadores, Plano de implantação, Referências. O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os protocolos assistenciais deverão ser apresentados conforme a qualificação dos profissionais/ execução do serviço.	Apresentou apenas alguns POPs de atenção não médica para Enfermagem, não foi identificado protocolos para outros profissionais não médicos integrantes da assistência da unidade pleiteada
	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	0,5	226/233	https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cressa R	Importante elencar as atribuições do serviço social na unidade com suas normas e rotinas, de acordo com a demanda dos usuários, bem como, recursos materiais e humanos necessários.	A instrução para o funcionamento do serviço social deve ser um documento detalhado que estabelece diretrizes, estruturas e procedimentos para garantir a organização e a qualidade do serviço prestado. A proposta trouxe informações importantes, mas nota-se a falta de conhecimento do objeto do certame ao dispor o funcionamento do setor de Serviço Social "diariamente nas 24hs", visto que a unidade funcionará apenas 12h. Faltou a descrição da equipe mínima e seus respectivos horários, previstos no item e que também compõe a nota.
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de estrutura, normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	0,5	234/245	Portaria Nº 3.399, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de	O funcionamento de uma equipe multiprofissional envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	Este item tem o objetivo de estabelecer normas, rotinas, áreas de abrangência, horários e equipe mínima necessária para garantir o funcionamento eficiente e integrado da equipe multiprofissional. A proposta trouxe informações de atividades de parte da equipe que é sugerida como profissionais mínimos integrantes da equipe multiprofissional. A Proposta não traz descrição uniforme, clara e objetiva, e ainda suprimiu informações das especialidades de enfermagem, fonoaudiologia e psicologia. Além disso, falta a especificação do número mínimo de profissionais em cada equipe, como o quadro de horários das mesmas, previstos no item e exigidos para composição da nota.
FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	1	246 a 279	Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas e resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos institucionais por parte dos servidores e gestores e completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Em referência ao item Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima, foi apresentado às págs 246 a 279 e o quantitativo mínimo, consideramos o apresentado na tabela da pág 373 a 375. Não identificamos a descrição de normas e rotinas para os setores de lavanderia, higienização, transportes, portaria e serv. Auxiliares.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1	280 a 284	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação de estantes, produtos sob refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatoriais).	Descreve critérios para realização dos procedimentos de aquisição de produtos e insumos, requisitos para fornecedores de materiais e medicamento e de serviços. Apresenta procedimento para aquisição de Bens e Serviços (onde descreve ações de inspeção e recebimento de produtos) e FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE COMPRAS DE PRODUTOS/INSUMOS E DE AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS. Apresenta também, texto breve sobre armazenamento de materiais. Não apresenta descritivo sobre distribuição de materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao atendimento na unidade pretendida. Não apresentou critérios de dispensação de medicamentos da farmácia clínica, medicamentos de alta vigilância, controle especial e medicamentos do Juarez Barbosa (CAF), medicamentos de dispensação e reposição dos carrinhos de emergência.
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	0,5	285 a 286	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresentou normas gerais para contratação de obras, serviços, compras e alienações, assim como critérios administrativos gerais. Não apresentou critérios específicos para os serviços solicitados como, por exemplo: 1.serviços de limpeza (considera avaliação de estrutura física como pisos, definição de saneantes e demais insumos para realização da limpeza, locação de equipamentos pertinentes, treinamento); 2. serviços de vigilância (monitoramento do ativo patrimonial, controle de acessos de conflitos e proteção patrimonial, cursos específicos de segurança) e 3. serviços de manutenção predial (apresentação de capacitação e cronograma

							para manutenções corretivas, preventivas e preditiva).
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	2,5	287 a 293	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9	Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: liderança, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, comunicação, gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outras, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	Embora bem enxuta, foi apresentada proposta de desenvolvimento Humano com pesquisa periódica de clima Organizacional e definição do uso de informações, porém, não foi evidenciado nenhum plano de ação ou descrição dos resultados após pesquisa no que tange a um plano de capacitação envolvendo as várias áreas, inclusive liderança.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1	294 a 295 e 373 a 375	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf		Apresentado na pág 294 a 295 um pequeno esboço do plano de Cargos que deveria conter: 1.Descrição dos cargos, com as respectivas funções, competências necessárias e responsabilidades 2.Baseado nesse descritivo, criar a hierarquia de cargos e construir o organograma; 3.Estabelecer o salário e a política de benefícios; 4.Definir os critérios para progressão no plano de carreira; 5.Planejamento para transição entre cargos. 6. Apresentação de Tabela salarial. Portanto a proposta atendeu apenas em parte o solicitado e apresentou nas págs 373 a 375 a tabela salarial sem progressões, benefícios, etc. Também não foi evidenciada a descrição dos cargos contemplando: competências técnicas, competências comportamentais, formação necessária, experiência, responsabilidades, habilidades, etc.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	2	296 a 300	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	Apresentado as págs 296 a 300 Proposta sucinta para o item estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho. Não foi evidenciado Sugestão de condutas para Combater absenteísmo dos profissionais e estimular a produção. Não foi evidenciada a metodologia da Avaliação de Desempenho. Não evidenciado os planos de trabalho e capacitação pós avaliação.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	1	325 a 327	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado pág 325 e 327
FA.3.7 Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	1	6 a 11 e anexo IV	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL, DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	Embora não tenha sido apresentado o item correspondente a Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, foi evidenciado no teor da proposta que a Organização tem definida sua identidade organizacional e modelo de gestão adotado, baseado em objetivos e metas, conforme recursos disponíveis. Sistema esse apoiado no binômio Qualidade/produzividade com foco no cliente e melhoria dos processos conforme requisitos do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar cujas diretrizes estão descritas na pág 7 da apresentação e nos objetivos específicos elencados na apresentação. Não evidenciamos a proposta de novos projetos que caracterizam a visão de futuros, geralmente na implantação de novas tecnologias e certificações. Evidenciada no anexo IV planilha de custos para gestão da Unidade de Saúde.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			34,95				

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS

Documento: RQ-000-V.3

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde

UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: IGH

NT: FA.1 + FA.2+ FA.3

Nota FA.1: Área de Atividade = 9,35

Nota FA.2: Área de Qualidade = 18,40

Nota FA.3: Qualificação Técnica = 41,50

TOTAL: 69,25

Máximo 20 pontos

Máximo 20 pontos

Máximo 60 pontos

() Classificada

(X) Desclassificada

OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.

FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.

Pontuação Total: 20 pontos

Pontuação Máxima por Item

Nota Atribuída

Página da Proposta

JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO

Referência / Fonte

Requisitos Mínimos Avaliados

Observações

<https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/>

Apresentou uma proposta sucinta onde descreve competências da recepção e portaria e os fluxos de fornecedores, funcionários e acesso ao estacionamento que são fluxos externos. O Fluxo de áreas restritivas cita apenas o acesso de

FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	0,75	27 a 31	RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do ms (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) ; em conformidade com a ABNT NBR 9050	Apresentação dos fluxos mapeados	funcionários. Nas áreas internas também não foi apresentado o fluxo do paciente no Ambulatório, SADI e Exames Laboratoriais ou outras áreas internas existentes na unidade, não detalha como se dá a circulação considerando a planta física e os serviços da unidade de saúde em questão, portando caracterizando a não individualização, personalização da unidade pleiteada.
		Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	0,9	31 a 33	RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021 LEIN 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218	Deve apresentar descrição quanto: recebimento, classificação do documento, registro (descrever estrutura), distribuição e movimentação de documentos, mecanismos de acesso e controles e arquivamento (prazos/ validade e classificação de arquivamento).	Apresenta, de forma breve, o fluxo de Registro de correspondência e documentos internos, documentos externos, de pacientes e assistenciais por meio de texto. Descreve setores responsáveis registros de recebimentos de documentos, para os registros/documentos descreve o SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) para as ações de arquivamento e controle. Não apresenta/descreve modelo da estrutura/formatação do documento a ser utilizado e os mecanismos de acesso/segurança de dados do paciente, de Elaboração de documentos, Aprovação e reprovação de documentos. Não demonstra, com clareza a distribuição e movimentação interna dos documentos.
		Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	0,5	34 a 35	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhoesa.org.br/resolucao-%C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)	Verificar se há fluxos cruzados	No item fluxo para materiais esterilizados é descrito o conceito e objetivos de CME e apresenta um diagrama para materiais esterilizados das fases da esterilização e desinfecção sem constatar, não descreve como se dará a distribuição de materiais reprocessados. O item Fluxo para Rouparia não foi apresentado.
		Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1	36 a 40	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cvs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf) : Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2006	1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Apresentou os objetivos do fluxo unidirecional de resíduos e citou algumas etapas do processo sem detalhamento específicos da unidade como identificação dos resíduos gerados, pleiteada, como também não apresentou definição da quantificação de lixeiras da unidade (a exemplo: levantamento com base no atendimento e/ou uso de indicadores).
		Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,5	41 a 45	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593)	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de	Apresentou Fluxo do processo de compras, descrição das finalidades e critérios pertinentes ao almoxarifado. Apresenta também fluxograma de manutenção de estoques. Apresenta também REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS DO GH. Não descreve critérios de armazenamento e controle de medicamentos (incluindo controle especial e termolábeis). Não descreve distribuição de materiais e medicamentos na policlínica.
		Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	46/59	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa-pt-br/acessoainformacao/institucional/arquivos/manual_ri_anvisa.pdf)	Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional; Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	
		Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	1	60/72	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	
	Implantação de gestão	Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,7	70 a 84	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	No item Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário foram apresentados as informações básicas sem contudo ter o formato de projeto, faltando itens como cronograma de implantação dos módulos, ausência do estudo dos riscos, especificação detalhada de infraestrutura que deve compreender: Sistemas/programas operacionais (Aquisição/implantação); Aplicativos empresariais; Ferramentas de produtividade; Sistemas de gerenciamento de banco de dados (Servidores); Soluções de segurança da informação (Garantia da integridade e proteção de dados); Hardwares (dispositivos físicos); Cloud centers (local que abriga a infra-estrutura) Outsourcing de TI (transferir parte ou toda função de TI para um fornecedor externo, se for o caso); Virtualização de servidores, desktops e aplicações; gestão da implantação de projetos de TI, (necessidades de ferramentas de backup e recuperação de dados, e softwares de segurança e monitoramento da informação, sistema de gerenciamento de projetos, etc. Em resumo, um projeto deve contemplar no mínimo a formatação: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de Trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos,Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Check list.
							O Regimento deve trazer o conjunto de normas e	

		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	84/94	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf	regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	
Implantação de Processos		Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,5	92 e 93, 1336 a 1571 (anexo I)	Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4 RDC 36/2013 Port 599/2013-MS	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos: com objetivo na segurança do paciente. Deve ser observado descrição quanto: diagnóstico, objetivos, estruturação do protocolo, indicadores e aprovação. Observar menção aos protocolos básicos, preconizados pela OMS, e/ou texto descrevendo foco na segurança do paciente	Não foi evidenciado na pág 92 ou 93 nenhum manual demonstrando o Manual de Protocolos Assistenciais. Na pág 97 existe observação remetendo ao anexo I das pags 1336 a 1571 estão contidos os protocolos, porém nenhum manual foi evidenciado. Foi considerado em parte, vez que o Edital pede exclusivamente o "manual" e entende-se que este deve conter no mínimo as seguintes informações: Sumário Disposições Gerais 1. Objetivo Geral 2. Objetivos Específicos 3. Aplicação 4. Aspectos Gerais 5. Glossário 6. Base Legal ou Referências 7. Lista dos Procedimentos, e como anexos os pops e protocolos.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,5	94 a 97	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12	A política de Gestão Financeira é um compromisso, por escrito, que define um conjunto de diretrizes e ações pertinentes à organização Financeira, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho e sustentabilidade da organização. Esta política deve estabelecer minimamente: • gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; • acompanhamento periódico do desempenho financeiro; • gestão de custos; • gestão de contratos; • gestão do patrimônio; • planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos;sistema financeiro eficaz usado para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	O item Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos foi apresentado em 4 páginas resumidamente sem apresentar detalhamento e apresentação dos fluxos de cada atividade, fontes de consulta, etc.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,5	98 a 113	Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 1.1 (patrimônio)	Inventários. Checklist de controle de estoque. Sistema. Planilha Se houver diálise (dializador e outros materiais) No manual deve contemplar o projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	Nas páginas 98 a 117 foram apresentados teor sobre patrimônio, cuja redação confunde patrimônio com atividades de almoxarifado mas que atende o requisito em relação ao conteúdo. Em referência a almoxarifado, as informações se encontram dispersas no meio da proposta, não caracterizando nem mesmo um documento parecido com um manual.
		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0,5	114 a 122	https://drive.google.com/file/d/1O_8P0GrHPGATB5AveIbWMeVnEKTDZ/view	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	A Organização apresenta um texto, com algumas informações da área financeira, porém não em forma de manual e faltando alguns itens. Apresentado às pags 114 a 122, informações sobre a rotina de Administração Financeira, com a finalidade de gerar tomada de decisões e prover a sustentabilidade. Um manual deve reunir leis, normas disciplinares, normas técnicas, éticas e morais, além de normas de funcionamento. O Manual deve abordar necessariamente: 1- Fluxo de caixa. 2- Capital de giro. 3- Controle de contas a pagar e receber. 4- Demonstrativo de resultados DRE 5- Balanço Patrimonial.
		Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	0	126 a 131	Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS aprova o código de ética médica RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde	1. Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar; 3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	Apresentou 03 Projetos sendo: 1. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR; 2. IGH SOCIAL E 3. FEIRAS DE SAÚDE E CIDADANIA. Apresenta descrição teórica os itens designados como projetos e registro fotográficos do IGH SOCIAL E FEIRAS, sem apresentar metodologia de projeto para os mesmos Não foi apresentado: justificativa, levantamento de necessidades considerando região atendida e usuários da POLICLINICA (Público Alvo), metodologia, Menciona cronograma somente para o projeto FEIRA DE SAÚDE E CIDADANIA. Não menciona orçamentos (se aplicados ou não).
TOTAL DE PONTOS FA.1:				9,35				

FA.2 - Área de Qualidade: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação das comissões.			Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
			Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	132/143	Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 Dispõe sobre Conselho de Medicina; Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2018 aprova o código de ética médica RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Ética Multiprofissional	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,6	144/149	https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	O regimento interno é um conjunto de normas e diretrizes que regula o funcionamento e a organização interna da Unidade de Saúde e a Comissão de Ética Multiprofissional é responsável por zelar pela conduta ética e disciplinar dos profissionais de diversas áreas de atuação dentro da Unidade de Saúde e a equipe multiprofissional os profissionais Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Psicólogo, com isso, a

									proposta não trouxe apontamentos personalizados da equipe multiprofissional que deveria compor a comissão.
	Comissão de Biossegurança	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	150/158	Lei 11.105 de 24/03/2005 - Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança - PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 3 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCRAS)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	159/175	PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Considerando as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	176/185	Res CFM nº 1821 de 11 de julho de 2007 Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.	Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAME)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	186/193	Classificação de risco de Agentes biológicos PORTARIA Nº 1.914, DE 9 DE AGOSTO DE 2011 Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos elaborada em 2010, pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), do Ministério da Saúde.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,75	194/204	https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14457&ano=2022&ato=77eETVn5kMZpWT26e https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
FA.2.1 Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de serviços de Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,75	205/216	http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018:COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018:COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0	Tudo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RS (PGRSS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,50 ponto	0,5	217/226	Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde Farmácia Hospitalar - CFF	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências da comissão de farmácia e terapêutica (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comissão de Proteção Radiológica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	227/232	http://apps.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf	O objetivo desta Norma é estabelecer os requisitos básicos de proteção radiológica das pessoas em relação à exposição à radiação ionizante. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	233/239	COMISSÃO DE COMPLIANCE	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	240/247	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	248/260	RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	O NSP é "a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente". (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho -SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	261/270	https://www.quitaltrabalhistam.com.br/legislacao/nr/nr4.htm PORTARIA Nº. 3.214, 08 DE JUNHO DE 1978 (DOU de 06/07/78 - Suplemento) "Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho"	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)		
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	271/313	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	Trouxeram as seguintes comissões: Comissão de padronização de materiais, medicamentos e equipamentos, Comissão de documentação médica e estatística, Comissão de ética de enfermagem, Comissão de educação permanente e humanização.	
		Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	1	314/317	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	Um manual com orientações para notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial em uma Policlínica é fundamental para garantir um atendimento eficiente e humanizado. Espera-se que a proposta seja adaptada às necessidades da Policlínica e sua natureza de atendimento, neste sentido, mesmo a proposta trazendo todos os itens solicitados no item, nota-se a falta de personalização quanto ao fluxo de atendimentos e procedimentos.	
	Acolhimento							A proposta para a implantação de um programa de Acolhimento na Policlínica tem como objetivo garantir um atendimento humanizado e acolhedor a todos os	

FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avaliação de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	0,8	318/323	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Criar um ambiente acolhedor e receptivo na unidade, onde os usuários se sintam ouvidos, respeitados e seguros, promovendo a humanização do atendimento e a satisfação dos pacientes.	usuários, promovendo um ambiente de respeito, conforto e empatia. Espera-se neste item uma proposta personalizada à demanda atendida na unidade, configurada com procedimentos de atendimento, fluxo de acolhimento, organização do ambiente físico, por exemplo. A proposta trazida traz um material teórico relevante, com os princípios norteadores da PNH, de importante embasamento técnico, mas não indicativo de como se dará na prática.
		Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	324/329	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é fundamental para melhorar a comunicação entre uma organização e seus usuários, oferecendo suporte, resolvendo problemas e garantindo a satisfação dos mesmos.	
		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	330/339	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A entidade através de diferentes canais divulgados para recebimento das manifestações dos pacientes/companhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As manifestações devem ser oportunizadas por meio de pesquisa de satisfação, onde poderá conter pedidos de informações, sugestões, reclamações, elogios e denúncias, e devem estar vinculada à SES, bem como seus respectivos resultados consolidados.	
	Atendimento	Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	1,5 pontos	1,5	340/343	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	344/347	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/nrt2436_22_09_2017.html	A contrarreferência é o processo pelo qual informações sobre o atendimento e tratamento de um paciente, realizado em um nível de atenção especializado (como em hospitais ou centros de especialidades), são enviadas de volta para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) que originalmente encaminhou o paciente. Esse retorno de informações é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente, permitindo que a APS acompanhe e coordene o cuidado de forma adequada.	
TOTAL DE PONTOS FA.2:			18,40					

FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:		Pontuação 60 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
		Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	6	351-393	Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		IGH- ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA E CONTRATO DE GESTÃO 108/2018 – 374 leitos. CNES= 235 leitos. Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 23/10/24.
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos.(*)	02 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	580-691	Apresentação de documentação, conforme edital		IGH- CONTRATO DE GESTÃO 01/2013 DE FORMA COMPLEMENTAR, NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NAS UNIDADES DE SAÚDE ESPECIALIZADA E NO MUNICÍPIO DE CASMIRO DE ABREU.
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	2,5	948-949	Apresentação de documentação, conforme edital		CEBAS com validade pelo período de 16/04/2021 a 15/04/2024 (PORTARIA 220 de 9 de março de 2021), pela prestação anual de serviços ao SUS. Prorrogação da validade pela Portaria 1.159 de 22/12/2023 para 31/12/2025.
	Certificado de Acreditação - ONA, Joint Commission International, Omentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.(**)	4,5 pontos	4,5	953-954	Apresentação de documentação, conforme edital: (***) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada: - ONA 3 - 4,5 pontos; - ONA 2 - 3,0 pontos; - ONA 1 - 1,5 pontos.		IGH- Validade: 12/2026. ONA- ACREDITADO COM EXCELENCIA (ONA 3). Consulta realizada no site https://www.ona.org.br/, em 23/10/24.
	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	955 a 962	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980 Fundação Getúlio Vargas		Apresentou organograma do Corpo Diretivo descrevendo a Diretoria Geral e suas gerências. Apresentou as competências da diretoria e gerências envolvidas descritas em formato de textual.
							Lerley Clement de Assis: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 João Pedro da Silva Teles:

FA.3.2 Estrutura da Gestão	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	2,5	967, 1009 A 1016; 1069; 1096; 1102; 1114;	Apresentação de documentação, conforme edital: (***). Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		APRESENTOU MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO E NÃO ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU, POR ISSO NÃO PONTUOU. Ceres Maria Ribeiro Andrade Moraes: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Gislaiane Maria Rodrigues Silva: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 Filipe Santos e Santos: MBA EM GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE COM ÊNFASE EM ACREDITAÇÃO = 0,50 Jarbas Sanches Ferreira: MBA EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO DE SAÚDE = 0,50
	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuou na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. (****) b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	2	1130 a 1166	Apresentação de documentação, conforme edital: (****). Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos. (*****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.	Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos	EXPERIÊNCIA GESTÃO HOSPITALAR Lerley Cleamant de Assis: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICO-PROFISSIONAL / DIRETOR HGRS = 0,50 Gislaiane Maria Rodrigues Silva: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHÃES = 0,50 Jarbas Sanches Ferreira: ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICO-PROFISSIONAL ADMINISTRADOR HOSPITAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHÃES = 0,50
FA.3.3 Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Interdisciplinar	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	2,5 pontos	2,5	1168	Apresentação de documentação, conforme edital		
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	1,5	1320 a 1481	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	Foi apresentado as rotinas e protocolos de consultas especializadas compatível com o perfil da unidade e protocolos de procedimentos ambulatoriais. Portanto não apresentou protocolos assistenciais de atenção médica relacionados às especialidades e protocolos de pequenas cirurgias.
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	1177 a 1183	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I		Apresentou as metas para área médica e não médica.
	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	1,5	1482 a 1557	https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web-a.pdf	Os protocolos assistenciais devem conter o que é considerado padrão de uma estrutura de um protocolo tais como: Título do protocolo, Introdução, Revisão de literatura, objetivo, recursos físicos e materiais, atribuição de cada categoria profissional, Fluxograma, Atividades, Resultados esperados e indicadores, Plano de implantação, Referências. O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os protocolos assistenciais deverão ser apresentados conforme a qualificação dos profissionais/ execução do serviço.	Foi apresentado as rotinas e protocolos de consultas de 09(nove) profissionais não médicos compatível com o perfil da unidade e mais 05 protocolos de procedimentos do profissional da enfermagem. Portanto não apresentou protocolos assistenciais realizados pelos outros profissionais não médicos, apenas de consultas.
	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	0,7	1192/1198	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cress RJ	Importante elencar as atribuições do serviço social na unidade com suas normas e rotinas, de acordo com a demanda dos usuários, bem como, recursos materiais e humanos necessários.	A instrução para o funcionamento do serviço social deve ser um documento detalhado que estabeleça diretrizes, estruturas e procedimentos para garantir a organização e a qualidade do serviço prestado. A proposta trouxe informações importantes, mas nota-se a falta de adaptação conforme a realidade e necessidades específicas da unidade, faltou a especificação do horário previsto no item.
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	1,5	1199/1240	Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Ministério da Sa de Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Ministério da Sa de	O funcionamento de uma equipe multiprofissional envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	Este item tem o objetivo de estabelecer normas, rotinas, áreas de abrangência, horários e equipe mínima necessária para garantir o funcionamento eficiente e integrado da equipe multiprofissional. A proposta trouxe informações importantes referentes às atividades da equipe, porém observa-se a falta de especificação do número mínimo de profissionais em cada equipe, como o quadro de horário das mesmas.
	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	1,5	1257 a 1265	Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas e resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos instrucionais por parte dos servidores e gestores, completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Apresentado às págs 1257 a 1265 de algumas considerações sobre Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. Faltaram alguns serviços como o de lavanderia, manutenção caixa d'água, gerador, higienização, gestão de acesso, etc., realizados pela área administrativa. O futuroamento deveria ser apresentado no item específico só para ele.
FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços							Apresenta Manual de Compras com descritivo para aquisição de materiais, insumos, medicamentos, com critérios gerais para aquisição, armazenamento. Não descreve critérios

	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1	1250 a 1261	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação de estantes, produtos, refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatoriais).	Específicos para atividades de dispensação de medicamentos da farmácia clínica, medicamentos de alta vigilância, controle especial e medicamentos do Jurez Barbosa, termolábeis e dispensação e reposição dos carrinhos de emergência. Apresenta Grade mínima de medicamentos e insumos gerais. Não menciona CAF.
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	0,5	1262 a 1278	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresenta REGULAMENTO DE COMPRAS, ALIENAÇÕES E CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS DO IGH. apresentando regras administrativas para contratação. Não descreve critérios específicos mínimos para contratação de serviços de limpeza (como uso de produtos de limpeza específicos), vigilância (treinamento em segurança e emergências hospitalares) e manutenção predial (apresentação de capacitação e plano de manutenção preventiva).
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	0,5	1295 e 1303	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9	Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: liderança, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, comunicação, gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outras, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	Na pág 1295 a Organização cita que no anexo IV desta proposta serão encontrados a pesquisa de clima, a qual não evidenciamos a conteúdo desta e sim o item contratação de serviços. Na pág 1303 são citadas as diretrizes da pesquisa. Dentro das etapas apresentadas, percebemos que faltam informações substanciais pois a pesquisa de clima deve conter no mínimo: 1.1 - Estabelecimento dos objetivos da pesquisa 2.3 - Informe seus colaboradores: 4.4 - Aplicação da pesquisa e reunir as informações coletadas. 5.5 - Análise dos resultados de clima. 6.6 - Planejamento as mudanças e ações a serem tomadas. (Planos de ação). Não foram evidenciados registros sobre as etapas apresentadas na proposta.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	0,5	1295 a 1313	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf		Apresentado as pags 1296 a 1303, um esboço do plano que não atende totalmente o item. A estrutura de um PCS deve conter: - Descrição das atividades de cada cargo no papel: (Habilidades, Competências e Atitudes). - Baseado neste descritivo, criar a hierarquia de cargos e construir o organograma; - Estabelecer o salário e a política de benefícios; - Definir os critérios e política para avançar no plano de carreira; - Avaliação e pontuação de cargos. - Levantamento de salários de referência (pesquisa salarial). - Elaboração da tabela salarial. - Elaboração das políticas de salários e carreiras, além dos benefícios e progressão. Todas essas informações condensadas em planilha específica inclusive com valores. Não foram descritas em tabela, a descrição de cada cargo contemplando: competências técnicas, competências comportamentais, formação necessária, experiência, responsabilidades, habilidades, etc.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	1	1304 a 1312	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	A política de Gestão de Pessoas se encontra desorganizada dentro de toda a proposta, vez que encontramos partes da pesquisa de clima no item contratações, etc. Logo abaixo regras de compliance, tornando a leitura de proposta muito confusa. Encontrados alguns indicadores sobre absenteísmo, mas não evidenciado cões e programa para com base do mesmo e estimado a produção. Não evidenciada a metodologia de Avaliação de desempenho, pois a redação está confusa e ambígua. Os tipos de avaliação de desempenho podem ser: 1. Autoavaliação. ... 2. Avaliação por superior imediato. ... 3. Avaliação direta ou 90 graus. ... 4. Avaliação conjunta ou 180 graus. ... 5. Avaliação por competências. ... 6. Avaliação por objetivos. ... 7. Avaliação 360 graus. ... 8. Satisfação dos funcionários. ... 9. Avaliação de desempenho da equipe 10. Avaliação por incidentes críticos
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	0,3	1322 a 1327	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Relatado às pág 1322 a 1327 como é realizado o controle de pessoal, mas não foram evidenciadas os modelos das escalas de trabalho, nem o detalhamento sobre o cálculo e concessão dos benefícios de férias e licenças. Não ficou descrito de maneira clara e organizada os afastamentos e os critérios estabelecidos pela organização. Item muito confuso.
FA.3.7 Metodologia	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, a organização fala de planejamento, PDCA, ferramentas de Gestão, etc, mas não apresenta na prática a utilização de nenhuma destas ferramentas, mas registra no cronograma de implantação as principais ações elencadas, sem contudo acrescentar as ações de inovação e crescimento na proposta apresentada, bem como ações que permitam a sustentabilidade e continuidade da organização	02 pontos	0,5	1328 a 1330	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI/SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do	No Item Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, a organização fala de planejamento, PDCA, ferramentas de Gestão, etc, mas não apresenta na prática a utilização de nenhuma destas ferramentas, mas registra no cronograma de implantação as principais ações elencadas, sem contudo acrescentar as ações de inovação e crescimento na proposta apresentada, bem como ações que permitam a sustentabilidade e continuidade da organização

de Projetos	Cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.			1,529	de Saúde (PROADI-SUS)	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	RESULTADO DA ORGANIZAÇÃO, como instalação de projetos que estimulem a mudança de cultura organizacional com vista a sustentabilidade tecnológica e ambiental, manutenção das certificações, novas certificações e creditações, não bastando apenas apresentar resultados de cumprimento da proposta (vide planilha de cronograma de ações ou dos Resultado Econômico), atentando como solicitado no item, as ações oriundas da visão de futuro estabelecida pela Organização. Não foram apresentados projetos apenas um pequeno texto.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			41,50				

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS							
Documento: RQ-000-V.3							

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde									
UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE									
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: IMED									
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade =	18,50	Nota FA.2: Área de Qualidade =	18,10	Nota FA.3: Qualificação Técnica =	49,50	TOTAL:	86,10	
	Máximo 20 pontos		Máximo 20 pontos		Máximo 60 pontos				
(X) Classificada			() Desclassificada						
OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.									

FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.		Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
		Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência / Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	1,5	47 a 86	https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/ RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do MS (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) : em conformidade com a ABNT NBR 9050	Apresentação dos fluxos mapeados	Apresentou os fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas. Descreve em texto como também trouxe os diagramas dos fluxos de todos os setores/áreas de atendimento da unidade quanto a circulação do usuário/paciente. Apresentou da mesma forma para os servidores, fornecedores, acompanhantes, visitantes, veículos, ambulância, viaturas, serviços diversos de manutenção, coleta de resíduos e outros.
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	1,5	87 a 125	RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021 LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218	Deve apresentar descrição quanto: recebimento, classificação do documento, registro (descrever estrutura), distribuição e movimentação de documentos, mecanismos de acesso e controles e arquivamento (prazos/ validade e classificação de arquivamento).	Apresenta documentação contemplando Fluxos para : REGISTROS DE DOCUMENTOS DE PACIENTES (recepção, análise, digitalização, classificação, armazenamento, acesso e arquivamento e segurança. Descreve ferramentas utilizadas para a gestão da documentação, assinaturas eletrônicas, privacidade e proteção de dados, backup, criptografia e acesso restrito); REGISTROS ESPECÍFICOS/SUPOORTE ASSISTENCIAL (agendamento de procedimentos, dispensação de materiais e medicamentos); REGISTROS ESPECÍFICOS (suporte administrativo); FLUXOS DE OFÍCIOS (emitidos/recebidos). Apresentou texto e fluxogramas descrevendo, para todos os fluxos apresentados, documentação e áreas envolvidas e prazos.
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	1,3	126 a 152	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sinhoeira.org.br/resolucao-%C2%98-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)	Verificar se há fluxos cruzados	Apresenta o fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas, de forma descritiva e mapeada através de diagramas todos as etapas dos processos realizados na CME, Rouparia e Lavanderia, porém foi relacionado sobre a lavanderia que está localizada na unidade no pavimento térreo e que a lavanderia da unidade possibilita um fluxo racional, porém não foi identificado na planta física da unidade. Não foi descrito que a roupa suja seria transportada para uma lavanderia externa, terceirizada.
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1,5	153 a 167	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf) ; Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2008	1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Apresentou o fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde. Descreveu as etapas por textos os fluxos e apresentou diagramas da coleta interna de todos os setores. Foi evidenciado a análise mensal através de indicador de processos internos a quantidade de resíduos gerados de acordo com o número de pacientes/dia das unidades.
	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,7	168 a 186	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593)	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de limpeza e segurança do ambiente, controle de temperatura e umidade	Apresenta o setor de suprimentos como área responsável para aquisição, armazenamento e distribuição de insumos na unidade contemplando: planejamento (avaliação de fornecedores, controle de estoque, gestão de compras, áreas responsáveis) e armazenamento (critérios de armazenamento, farmácia, exceto medicamentos de controle espacial, inventário e monitoramento). Não descreve atividades de distribuição de insumos na unidade (nem da medicação Juarez Barbosa)
						Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional;	

FA.1.1
Organização
dos serviços e
execução das
atividades
assistenciais

Implantação de
gestão

Implantação de
Processos

Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	187/242	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoria-informacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf)	Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	
Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	1	243/260	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	
Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,7	261 a 380	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	Em referência à proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário, a Organização apresentou um extenso mapeamento com o diagnóstico de todas as áreas da unidade de saúde, apresentando as soluções tecnológicas. Não ficou claro o detalhamento da composição dos profissionais na equipe de trabalho, uma vez que, a proposta é extensa e sistemática. Não foram evidenciados alguns itens necessários à apresentação de projeto como: Plano de trabalho e ou cronograma de implantação, indicadores, análise de riscos e orçamento/custos. Não evidenciamos o detalhamento de alguns dos principais requisitos da infraestrutura de TI: - Sistemas/programas operacionais (Aquisição/Implantação); - Aplicativos empresariais; - Ferramentas de produtividade; - Sistemas de gerenciamento de banco de dados (Servidores); - Soluções de segurança da informação (Garantia da integridade e proteção de dados); - Hardwares (dispositivos fixos); - Cloud computing (tecnologia que permite acesso remoto a softwares, armazenamento de arquivos e processamento de dados por meio da internet) - Data centers (local que abriga a infra-estrutura) - Outsourcing de TI (transferir parte ou toda função de TI para um fornecedor externo, se for o caso); - Virtualização de servidores, desktops e aplicações; gestão da implantação de projetos de TI, etc.. Não foram evidenciados a citação de alguns dos sistemas utilizados pela SES como o PHI, SIA/SUS. Em resumo, um projeto deve contemplar no mínimo a formatação: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Check list.
Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	381/389	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais, atreladas às funções e determinações dos respectivos conselhos de classe alinhado às políticas institucionais.	
Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,8	390 a 604	Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4 RDC 36/2013 Port.599/2013-MS	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos, com objetivo na segurança do paciente. Deve ser observado descrição quanto: diagnóstico, objetivos, estruturação do protocolo, indicadores e aprovação. Observar menção aos protocolos básicos preconizados pela QMS, e/ou texto descrevendo foco na segurança do paciente	Apresentada a Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais com a descrição de 72 procedimentos. Não evidenciamos a abordagem de operacionalização de alguns dos sistemas utilizados pelos hospitais do SUS como mortalidade (SIM), de nascimento (SINAISC), ambulatorial (SIA-SUS), de internações ambulatoriais(se for o caso), (SIH), de notificações de doenças (SINAN), SIA-SUS, Internações hospitalares, SIGTAP, etc. Não evidenciamos alguns requisitos formais de um Manual de Assistência como: Capa, lista de Abreviaturas, Lista de Figuras, quadros, sumário, introdução com objetivos, e detalhamento das atividades ou tarefa no contexto pretendido e as referências. Estes dois últimos foram, apresentados, tanto o detalhamento das atividades que tanto pode ser com os Protocolos e ou Pops e suas as Referências.
Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	1	605 a 626	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12	A política de Gestão Financeira é um compromisso, por escrito, que define um conjunto de diretrizes e ações pertinentes a organização Financeira, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho e sustentabilidade da organização. Esta política deve estabelecer minimamente: • gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; • acompanhamento periódico do desempenho financeiro; • gestão de custos; • gestão de contratos; • gestão do patrimônio; • planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos;sistema financeiro eficaz usado para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	Foi apresentada proposta de Manual de Rotinas administrativas para o faturamento de Procedimentos e foi evidenciado a citação dos sistemas operacionalizados na SES (SIGTAP, CNES, e outros. Não foi evidenciado a apresentação com toda a formatação de Manual, porém o conteúdo atende todo o conteúdo.
Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	1	627 a 651	Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág 64, Subseção 2.9, Subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 1.1 (patrimônio)	Inventários. Checklist de controle de estoque. Sistema. Planilha Se houver diálise (dializador e outros materiais) No manual deve contemplar o projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	Apresentada Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio, cujo conteúdo atende ao solicitado.
						Apresentada Proposta de manual de rotinas para

		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	1	652 a 674	https://drive.google.com/file/d/1O_8P0GrHPGATB5AvieIbWMwneVKTIDZ/view	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Administração Financeira, com os procedimentos da área. Não foi evidenciado a criação dos sistemas de gestão de custos utilizados pela SES (KPH de monitoramento das atividades econômicas resultantes da prestação de serviços hospitalares nas unidades de saúde da Ses), e de alguns sistemas utilizados pela Organização ou até mesmo da metodologia DRG (Planisa).O manual é instrumento onde se explica o como fazer, ou seja, ensinam a fazer o trabalho e cujo objetivo da manualização é reunir informações e dispô-las de forma sistematizada, criteriosas e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe que contempla fluxogramas e orientações pormenorizadas de acesso aos sistemas utilizados. Apresentada proposta de Gestão de Custos.
Incrementos de Atividades		Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	4,5	675 a 704	Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS	1. Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar; 3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	Apresentou 04 Projetos: 1. CLÍNICA DE SERVIÇOS DIALÍTICOS, 2. CENTRO ESPECIALIZADO EM ODONTOLOGIA, 3. TERAPÊUTICA DAS RODAS DE CONVERSA; 4. COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL. A documentação descreveu: contextualização que apresenta objetivo, metodologia e público alvo. Apresentou cronograma de execução e referenciou o orçamento dos projetos dentro do custeio previsto da unidade pretendida somente para os Projetos Assistenciais (4 e 5). Apresentou levantamento das necessidades dos projetos em consonância com a carta de serviços da unidade.
TOTAL DE PONTOS FA.1:			18,50					

FA.2 - Área de Qualidade: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação das comissões.								
			Pontuação Total: 20 pontos				JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO	
			Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída	Página da Proposta	Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
FA.2.1 Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	706/721	Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 Dispõe sobre Conselho de Medicina; -Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2018 aprova o código de ética médica RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Ética Multiprofissional	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	721/733	https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Biossegurança	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	734/745	Lei 11.105 de 24/03/2005 - Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança - PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	746/758	PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Considerando as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	759/772	Res CFM nº 1821 de 11 de julho de 2007 Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.	Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	773/782	Classificação de risco de Agentes biológicos	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,75	783/799	https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14457&ano=2022&ato=77eTVn5kMZpWT26e https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de serviços de Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,75	800/811	http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-cf6bad1e00ca?version=1.0 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html	Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (PRGRSS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,50 ponto	0,5	813/829	Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde Farmácia Hospitalar - CFE	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências da comissão de farmácia e terapêutica (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Proteção Radiológica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	830/838	http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf	O objetivo desta Norma é estabelecer os requisitos básicos de proteção radiológica das pessoas em relação à exposição à radiação ionizante. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	839/858	COMISSÃO DE COMPLIANCE	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	859/870	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aulavideo/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Proposta de				RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.	O NSP é "a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a		

	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	871/903	PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Implementação de ações voltadas à segurança do paciente". (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho -SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	904/916	https://www.quiatrabalista.com.br/legislacao/nr/nr4.htm PORTARIA N.º 3.214, 08 DE JUNHO DE 1978 (DOU de 06/07/78 - Suplemento) “Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho”	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	917/929	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	Trouxeram a proposta da Comissão de engenharia clínica e manutenção predial
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	0,8	930/935	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	Um manual com orientações para notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial em uma Policlínica é fundamental para garantir um atendimento eficiente e humanizado. Espera-se que a proposta seja adaptada às necessidades da Policlínica e sua natureza de atendimento, neste sentido, nota-se a falta de personalização quanto ao fluxo de atendimentos e procedimentos. A proposta traz um material teórico relevante, com os princípios norteadores da PHN, de importante embasamento técnico, mas não indicativo de como se dará na prática.
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	1,5	936/941	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Criar um ambiente acolhedor e receptivo na unidade, onde os usuários se sintam ouvidos, respeitados e seguros, promovendo a humanização do atendimento e a satisfação dos pacientes.	
	Atendimento	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	942/954	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é fundamental para melhorar a comunicação entre uma organização e seus usuários, oferecendo suporte, resolvendo problemas e garantindo a satisfação dos mesmos.	
		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	955/965	https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A entidade através de diferentes canais divulgados para recebimento das manifestações dos pacientes/acompanhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As manifestações devem ser oportunizadas por meio de pesquisa de satisfação, onde poderá conter pedidos de informações, sugestões, reclamações, elogios e denúncias, e devem estar vinculada à SES, bem como seus respectivos resultados consolidados.	
		Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	1,5 pontos	0,3	966/972	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	Espera-se que a proposta de formas de acolhimento para usuários e acompanhantes durante o período de atendimento em uma unidade de saúde, especialmente quando residentes em localidades diversas, priorize o bem-estar físico, emocional e social. Percebe-se também neste item, a necessidade de incluir medidas de acolhimento para os colaboradores, garantindo um ambiente harmonioso para todos. A proposta traz um texto genérico, onde parte do texto foi replicado e já avaliado no item “Implantação do acolhimento dos usuários na policlínica”, mas que não contempla de forma satisfatória as especificidades deste item. Presume-se nessa proposta uma estruturação e direcionamento para a ampliação do acolhimento aos usuários e familiares de outras localidades e dos colaboradores da Unidade.
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	973/980	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html	A contrarreferência é o processo pelo qual informações sobre o atendimento e tratamento de um paciente, realizado em um nível de atenção especializado (como em hospitais ou centros de especialidades), são enviadas de volta para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) que originalmente encaminhou o paciente. Esse retorno de informações é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente, permitindo que a APS acompanhe e coordene o cuidado de forma adequada.	
TOTAL DE PONTOS FA.2:			18,10					

FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:				Pontuação 60 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
		Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída	Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados		Observações		
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	6	2191-2207	Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		IMED- ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA= 307 leitos, CNES= 287 leitos. Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 29/10/24.		
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.				
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)	02 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.				
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	2211-2309	Apresentação de documentação, conforme edital		IMED- TERMO DE COLABORAÇÃO 94/2024- SES- Policlínica Estadual da Região Nordeste - POSSE.		
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital		Não apresentou		
FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Certificado de Acreditação - ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canada Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.(**)	4,5 pontos	3	2417	Apresentação de documentação, conforme edital: (**) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada: - ONA 3 - 4,5 pontos; -ONA 2 - 3,0 pontos; -ONA 1 - 1,5 pontos.		IMED- Validade: 06/2025. ONA- ACREDITADO PLENO CNES 21. Consulta realizada no site https://www.ona.org.br/, em 29/10/24.		
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	984 a 989	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980 Fundação Getúlio Vargas	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou organograma descrevendo a Diretoria Médica e suas gerências. As competências foram descritas em formato textual.		
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	2	2421 a 2560	Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		Luciano Dias: MBA EXECUTIVO GESTÃO DE SAÚDE = 0,50 Vânia Lúcia Gomes: ESPECIALIZAÇÃO AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE = 0,50 João Batista Cunha: ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 Bruna de Paula Mundim: ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR = 0,50		
	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuou na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. (****) b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	1,5	2561 a 2608	Apresentação de documentação, conforme edital: (*****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos. (*****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.	Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos	EXPERIÊNCIA HOSPITALAR Diego Mendoza Gouveia: DECLARAÇÃO DE TRABALHO RT HMI, NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA EM CARGO DE DIRETORIA EM UNIDADE HOSPITALAR, POR ISSO NÃO PONTUOU EXPERIÊNCIA ATENÇÃO PRIMÁRIA Filipe Gomes Gadeia: CERTIDÃO RT POLICLÍNICA DE POSSE, NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA EM CARGO DE DIRETORIA EM UNIDADE HOSPITALAR, POR ISSO NÃO PONTUOU; Kamylla Divina: CERTIDÃO RT POLICLÍNICA DE POSSE, NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA EM CARGO DE DIRETORIA EM UNIDADE HOSPITALAR, POR ISSO NÃO PONTUOU.		
	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	2,5 pontos	2,5	991 a 995	Apresentação de documentação, conforme edital		apresentou quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário. As áreas ambulatorio, SADT, TRS.		
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	2,5	996 a 1239	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Apresentou Rotinas Assistenciais da Unidade, alguns protocolos de várias especialidades no Adulto e Especialidades Pediátricas, Ginecologia e Obstetrícia, Doenças e/ ou motivos de encaminhamento para consulta e o que encaminhar imediatamente a uma UPA ou emergência hospitalar. Protocolo assistencial a pacientes no processo transaxializador. Protocolos para manejo de hepatite e coinfeções, Infecção pelo HIV. Foi identificado a ausência de elementos que compõe a estrutura de protocolos como referência bibliográfica, data de elaboração, data de aprovação, data para revisão, assinatura.		
FA.3.3 Implementação	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	1240 a 1245	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional. Os protocolos assistenciais devem conter o que é considerado padrão de uma estrutura de um protocolo tais como: Título do protocolo, Introdução, Revisão de literatura, objetivos, recursos físicos e	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica Apresentou rotinas comuns a toda equipe. Protocolos de acolhimento pela equipe multiprofissional, protocolo de enfermagem (protocolo de segurança do paciente), Dispensação segura de medicação, protocolo de segurança cirurgia segura(nenuno porte)		

FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	3	1246 a 1869	https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf	material, atribuição de cada categoria profissional, Fluxograma, Atividades, Resultados esperados e indicadores, Plano de implantação, Referências. O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os protocolos assistenciais deverão ser apresentados conforme a qualificação dos profissionais/ execução do serviço.	Aplicada na sala de pequenos procedimentos, Higienização das mãos, protocolo de prevenção de escalo por pressão com proposta de implantação e implementação no setor de hemodialis, protocolos de cuidados a pacientes dialíticos e no setor de hemodialis e vários outros com aplicabilidade ao paciente de hemodialis, protocolos de atendimento multiprofissional às pessoas com HIV, de atendimento a pacientes em processo transsexualizador, protocolos assistenciais para o farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista Assistente Social, Psicólogo e Odontólogo.
	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	1	1870/1879	https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cress Ri	Importante elencar as atribuições do serviço social no uniesse com suas normas e rotinas, de acordo com a demanda dos usuários, bem como, recursos materiais e humanos necessários.	
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	1,5	1880/1925	Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de	O funcionamento de uma equipe multiprofissional envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	Este item tem o objetivo de estabelecer normas, rotinas, áreas de abrangência, horários e equipe mínima necessária para garantir o funcionamento eficiente e integrado da equipe multiprofissional. A proposta trouxe informações importantes referentes às atividades da equipe, porém observa-se a falta de especificação do número mínimo de profissionais em cada equipe, como o quadro de horário das mesmas
FA.3.6 Política de Recursos	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	1,5	1926 a 1942	Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas e resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos institucionais por parte dos servidores e gestores; completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Ao apresentar Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima, foi evidenciado estrutura da área administrativa, descrição de alguns cargos da estrutura mínima e horários e dimensionamento mínimo. Não evidenciada a descrição de algumas rotinas de alguns setores como Engenharia clínica, SAME, detalhamento da gestão de Acesso e facilities.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	2	1943 a 1960	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação de estantes, produtos sob refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatoriais).	Apresentou documentação contemplando: aquisição (processo de compras) recebimento (avaliação e inspeção), armazenamento de insumos e medicamentos (incluindo Juarez Barbosa) distribuição de medicamentos e materiais, descarte e devolução e monitoramento dos processos. Apresenta também modelos de documentos (checklist e formulários).
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	2	1961 a 1976	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresenta documentação descrevendo requisitos legais/administrativos de acordo com a Lei 13429/2017 e OBRIGAÇÕES DIVERSAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS PELO IMED. Apresenta critérios específicos para contratação de serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial, como por exemplo: 1.Limpeza- paramentação, EPI, EPC, disponibilização de produtos sanitantes hospitalares e domissanitários, entre outros, disponibilização de certificados com Registro no MS, e documentação da qualidade- 2. Vigilância-paramentação, EPI, operar equipamentos de segurança, ações de controle de acesso- 3. Manutenção Predial-EPI, habilitação, plano de manutenção, operação e controle predial.
FA.3.6 Política de Recursos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	3	1977 a 2009	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9	Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: liderança, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, comunicações para a gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outras, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	Em referência ao projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações, a Organização descreve a justificativa de que não implica apenas questões técnicas, mas desenvolvimento no âmbito comportamental e técnico, e das interações das relações decorrentes, considerando assim todos os atores /protagonistas. Apresentou os programas de desenvolvimento para a promoção do bom clima organizacional, cuja apresentação da pesquisa de clima, detalhou os critérios, metodologia, periodicidade e resultados dela decorrentes. Apresentou quatro programas de desenvolvimento PDL, PDS, POOE, PCOH. Em seguida foi apresentada documentação para gestão do banco de talentos, por meio da matriz de competências, e construiu o plano de cargos/carreira e plano de Desenvolvimento.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1,5	2052 a 2106	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf		Logo após o Plano de Desenvolvimento Humano foi apresentado o plano de Cargos e Salários com a descrição dos critérios, de promoção e progressão. Estabelecimento das competências, classificação dos cargos, salários, bonificação enquadramento, reajuste, etc. Apresentada à pág 2074, a tabela de progressão dos cargos e seus níveis. Apresentou à pág 2085, apenas um modelo descritivo de um cargo, onde são descritas: competências técnicas, competências

Humanos							comportamentais, formação necessária, experiência, responsabilidades, habilidades, etc. Em seguida demonstra em uma apresentação o comparativo dos salários da Organização em relação ao mercado. Apresenta à pág 2093 a 2105 a tabela de remuneração inicial.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	3	2010 a 2050, 2107 a 2133	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	Em relação à Avaliação de Desempenho a Organização descreveu a metodologia abordada com base em programa de metas, cuja periodicidade é anual. Essas metas são contratadas com o colaborador, onde são consideradas as competências. Compromisso com a Excelência, Relacionamento Humanizado, Visão Sistêmica, Planejamento e Resultados. Apresentou as pág 2107, os critérios de avaliação. Em relação à proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho, foi apresentado às pág 2108 os critérios de recrutamento e seleção, as formas de contratação e desligamento. Foi apresentado à pág 2123 cópia do contrato de trabalho. A seguir apresentados os instrumentos/formulários de operacionalização destes. A Organização apresenta às pág 2132 as ações para combater ao absenteísmo e estimular a produção destes.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	1	2134 a 2145	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado como a Organização trata o registro e controle de pessoal, o modelo de escala e os critérios para casos de afastamento (férias e licenças).
FA.3.7 Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	2	2146 a 2908	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL, DE 2013 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	A Organização em relação ao item Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, apresenta seu modelo de gestão tendo por base o Planejamento Estratégico e seus desdobramentos. Apresenta à pág 2147 e 2148 as premissas para sua gestão. Demonstra os atores envolvidos Stakeholders e apresenta o levantamento de riscos e ao final descreve os resultados esperados. Apresenta o plano tático para cada área/objetivo. Finaliza com o cronograma de implantação dos serviços na unidade, a planilha de custos estimados.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			49,50				

MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS

Documento: RQ-000-V.3

Elaborado por: Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde

UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: INDSH

NT: FA.1 + FA.2+ FA.3

Nota FA.1: Área de Atividade = 11,50

Nota FA.2: Área de Qualidade = 17,35

Nota FA.3: Qualificação Técnica = 48,50

TOTAL: 77,35

Máximo 20 pontos

Máximo 20 pontos

Máximo 60 pontos

(X) Classificada

() Desclassificada

OBS: só será classificada a OS que tiver pontuação mínima de 50% de cada área avaliada, SENDO F1 ≥ 10, F2 ≥ 10 e F3 ≥ 30, totalizando pontuação mínima de 50 pontos.

FA.1 - Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.	Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
	Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência / Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	1,5 pontos	0,5	49 a 57	https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/ RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do ms (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) : em conformidade com a ABNT NBR 9050	Foi apresentado conceitos de áreas restritivas, externas e internas, porém não detalha como se dá a circulação considerando a planta física e os serviços da unidade de saúde em questão. Descreve fluxo de internação de isolamento, movimentação de doctos para Morgue que são exemplos de serviços ausentes na unidade, caracterizando a não individualização da unidade.
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	0,5	57 a 59	RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021 LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218	Apresentou documentação para Fluxo de: Chegada e Atendimento do Paciente (menção prontuário eletrônico), Administração e Gestão de documentos Encerramento do Atendimento por meio de fluxograma e texto. Descreve ações, de forma generalizada, para recebimento de dados de usuários, distribuição interna e arquivamento (SAME). Não apresenta /descreve modelo da estrutura/formatação do documento a ser utilizado e os mecanismos de acesso/segurança/ privacidade de dados do paciente, classificação de documentos, mecanismos de controle de documentos em uso. Não apresenta fluxo quanto aos demais documentos administrativos envolvidos nas atividades pertinentes à unidade de saúde (a exemplo: ofícios internos e externos, formulários específicos).
						No fluxo para materiais esterilizados/roupas apresenta

Planilha 69590598

SEI 202400010036942 / pg. 45

FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	do fluxo)	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	1,2	60 a 68	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhoes.org.br/resolucao-%C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-marco-de-2012/)	Verificar se há fluxos cruzados	conceitos, descreve os processos em cada fase da esterilização de materiais e processamento de roupa suja, com representação de fluxograma. Descreve que a unidade não possui serviço de processamento de roupas e cita que todo renewal é descartável, porém descreve atividades pelo serviço de processamento de roupas.
		Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1	68 a 79	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.cvs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf) : Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2006	1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4. transporte interno; 5.local de armazenamento; 6. transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Apresentou uma proposta de fluxo unidirecional de resíduos conforme a Resolução Anvisa RDC 306/2004, com as bases do processo, porém sem considerar a planta física e os serviços prestados na unidade, visto que cita resíduos não gerados na unidade como do Grupo A2(Carcasas, peças anatômicas de animais), caracterizando a não individualização da unidade pleiteada, como também não apresentou definição da quantificação de lixeiras da unidade (a exemplo: levantamento com base no atendimento e/ou uso de indicadores).
	Implantação de gestão	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,5	79 a 83	Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593)	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de limpeza e segurança do ambiente, controle de temperatura e umidade	Apresentou descrição geral para logística de suprimentos considerando os itens: diagnóstico de necessidades, planejamento de compras, aquisições, recebimento e armazenamento, distribuição e reposição, controle de estoques, política de sustentabilidade e resíduos, gestão de fornecedores, treinamento e revisões, apresentando também POLÍTICA DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS. Não menciona CAF. Não descreve critérios específicos de armazenamento e controle de medicamentos de controle especial e termolábeis nem medicação Juarez Barbosa.
		Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	0	83/110	Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoinformacao/institucional/arquivos/manual_r_i_anvisa.pdf)	Deve conter na sua estrutura: Da Natureza, Sede e Finalidade; Da Estrutura Organizacional; Das Competências das Unidades; Das Atribuições dos Dirigentes; Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	O objetivo do Regimento Interno na Policlínica é regulamentar o funcionamento administrativo e operacional, estabelecendo normas, responsabilidades e procedimentos que garantam a organização, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde prestados. Espera-se no regimento, definir competências de diferentes setores, promover a transparência nas atividades, além de estabelecer normas e procedimentos para o funcionamento da Unidade. No entanto, foi encontrado neste item informações vastas sobre a Entidade e conceitos difusos que não pleiteiam uma proposta de Regimento.
		Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	0,3	111/188	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-913633	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais de enfermagem, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	O Regimento Interno de Enfermagem trazido está confuso, apresenta informações desorganizadas, lacunas normativas, proposta não delimitada, apresentando a falta de clareza e dificultando a compreensão. Nota-se a não personalização frente ao objeto do certame, pois traz um regimento desestruturado e com inclusão de informações que não condizem com o solicitado no item.
		Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	0,7	188 a 215	Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação	Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenamento, distribuição de informações, controle e manutenção da infraestrutura tecnológica apropriada ao perfil e complexidade da organização.	Citado em sua proposta de regimento à página 75, e na página 189 a 215, apresentou a Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário cujo modelo foge do modelo de projeto pois não apresenta alguns itens como risco, custo, etc. As páginas 209 apresentaram o Protocolo de Implantação de Otimização e Utilização de Recursos de Inovação Tecnológica.
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	0,8	216/224	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf	O Regimento deve trazer o conjunto de normas e regras definidas para regulamentar a atuação dos profissionais, atreladas às funções e determinações do respectivo conselho de classe alinhado às políticas institucionais.	O presente Regimento do Corpo Clínico estabelece as normas e diretrizes para a organização, funcionamento e conduta do Corpo Clínico em uma Unidade de Saúde, porém trouxe uma proposta ampla e que mostra não ter definido claramente o perfil de atendimento, quando menciona dentro da proposta "escala de plantonistas", "durante as 24 horas de funcionamento" e "médico das Unidades de Urgência e Emergência".
	Implantação de Processos	Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,2	225 a 234	Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4 RDC 36/2013 Port 599/2013-MS	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/efetividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos: com objetivo na segurança do paciente. Deve ser observado descrição quanto: diagnóstico, objetivos estruturados do protocolo, indicadores e aprovação. Observar menção aos protocolos básicos, preconizados pela OMS, ou texto descrevendo foco na segurança do paciente	As páginas 225 é apresentado o teor de como descrever um manual, porém não foi apresentada a proposta de um manual com o rol dos protocolos assistenciais necessários para a realização da assistência na unidade pleiteada no chamamento. Apenas citadas algumas informações referentes a notificação de eventos, identificação do paciente (que poderiam ter sido apresentados no protocolo de Segurança do paciente), etc..
		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,5	234 a 236	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12	A política de Gestão Financeira é um compromisso, por escrito, que define um conjunto de diretrizes e ações pertinentes a organização financeira, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho e sustentabilidade da organização. Esta política deve estabelecer minimamente: • gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; • acompanhamento periódico do desempenho financeiro; • gestão de custos; • gestão de contratos; • gestão do patrimônio; • planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos;sistema financeiro eficaz usado para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	Apresentado uma proposta de Manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos, sem apresentar o detalhamento requerido no manual das tarefas nele descritas, pois um manual serve para fornecer instruções e diretrizes sobre como usar um produto, executar uma tarefa ou seguir um processo. O objetivo é facilitar a compreensão, garantir clareza e orientar o profissional por meio dos passos necessários para o sucesso, o que não é possível em apenas 3 páginas.
								Apresentado em quatro páginas (237 a 240) uma proposta de Manual de rotinas para almoxarifado e patrimônio, sem apresentar o detalhamento

		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,5	237 a 240	Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 1.1 (patrimônio)	Inventários, Checklist de controle de estoque, Sistema, Planilha Se houver diálise (dialisador e outros materiais) No manual deve contemplar o projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	requerido num manual das tarefas nele descritas, pois um manual serve para fornecer instruções e diretrizes sobre como usar um produto, executar uma tarefa ou seguir um processo. Faltando alguns itens essenciais como a avaliação do fornecedor no caso de almoxarifado principalmente. Tombamento, cadastramento, monitoramento, depreciação, etc. O objetivo é facilitar a compreensão, garantir clareza e orientar o profissional por meio dos passos necessários para o sucesso, o que não é possível em apenas 4 páginas para os dois setores: almoxarifado e patrimônio
		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0,8	240 a 251	https://drive.google.com/file/d/1O_8P0GtHPGATB5AvisibWMewnEvKTDZ/view	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Apresentado às pág 240 a 251, proposta de Manual de rotina de Administração Financeira, com a finalidade de gerar tomada de decisões e promover a sustentabilidade. Um manual deve reunir leis, normas disciplinares, normas técnicas, éticas e morais, além de normas de funcionamento. O Manual deve abordar necessariamente: 1- Fluxo de caixa. 2- Capital de giro. 3- Controle de contas a pagar e receber. 4- Demonstrativo de resultados (DRE) 5- Balanço patrimonial.
	Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	4	258 a 272	Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS	3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	Apresentou 11 Projetos: 1. OTIMIZAÇÃO DO ACOULHIMENTO PARA PACIENTES DE OUTROS MUNICÍPIOS; 2. OTIMIZAR OS AMBIENTES DE DESCOMPRESSÃO AOS COLABORADORES NOS INTERVALOS; 3. SAÚDE DO HOMEM/SAÚDE DA MULHER; 4. CUIDAR FAZ BEM; 5. SORRISO SAUDÁVEL; 6. CAMPANHA PARA REDUZIR SUBNOTIFICAÇÃO E CASOS DE DENGUE E ZIKA; 7. CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES PARA PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS DA COMUNIDADE; 8. PRODUÇÃO ORÇÂNICA DE ALIMENTOS PARA PACIENTES, ACOMPANHANTES E COLABORADORES; 9. NATAL SOLIDÁRIO; 10. REDUÇÃO DE VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO; 11. MINI PALESTRAS SOBRE HÁBITOS SAUDÁVEIS; 12. PALESTRAS GRATUITAS VOLTADAS PARA ESTUDANTES, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E COMUNIDADE. Apresentou contextualização, metodologia e apresentou cronograma para a maioria dos projetos. Menciona em alguns projetos que os orçamentos dos mesmos estão inseridos no custeio previsto para a instituição. Não apresentou um levantamento prévio para a escolha dos projetos, citando que os projetos serão definidos "avaliando as necessidades mais prementes do dia a dia", o que impossibilita a correta avaliação sobre a reformas obras na unidade.
TOTAL DE PONTOS FA.1:				11,50				

FA.2 - Área de Qualidade: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação das comissões.			Pontuação Total: 20 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		
			Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	273/279	Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 Dispõe sobre Conselho de Medicina: -Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2018 aprova o código de ética médica RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Ética Multiprofissional	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,7	280/287	https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A comissão de ética multiprofissional é composta por profissionais de diferentes áreas que representam a diversidade das especialidades presentes na instituição, a proposta traz atribuições gerais da comissão, mas não indica as atribuições dos membros, além de não evidenciar o mandato da mesma.
	Comissão de Biossegurança	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	285/295	Lei 11.105 de 24/03/2005 - Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança - CNB, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança - PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,6	295/300	PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Considerando as determinações da Lei nº 9421, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) é um órgão cuja principal função é desenvolver estratégias e políticas para a prevenção, monitoramento e controle de infecções que possam ocorrer durante a prestação de cuidados aos pacientes, mas a proposta desta comissão não traz as atribuições dos membros, o tempo de mandato e falta estratégias de ação quanto ao acompanhamento e análise de incidência de infecções, com notificações e capacitações.
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,8	300/208	Res CFM nº 1821 de 11 de julho de 2007 Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.	Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP) é fundamental para garantir a qualidade da assistência prestada e a segurança dos dados de saúde dos pacientes, contribuindo para uma gestão mais eficiente e segura das informações clínicas, na proposta de constituição da referida comissão não trouxe a finalidade da mesma.
	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,9	308/318	PORTARIA Nº 1.914, DE 9 DE AGOSTO DE 2011 Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos elaborada em 2010, pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), do Ministério da Saúde.	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A CAMB desempenha um papel estratégico na promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e na redução dos riscos ocupacionais em instituições de saúde. A proposta desta comissão até menciona no capítulo V do regimento interno sobre o mandato, mas não o traz.
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,75	318/330	https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=L&numero=14457&ano=2022&ato=77eETVn5kMzPwT26e https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,5	330/334	http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0	Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RBS (GRRS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (GRRS) tem o objetivo principal de garantir que a gestão dos resíduos ocorra de forma segura e adequada, minimizando os riscos à saúde pública e ao meio ambiente. A proposta do regimento interno em questão não traz a composição da comissão, as atribuições dos membros, forma de composição da comissão (votação ou convocação) e o mandato.
FA.2.1 Qualidade						Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde	Descrever orientações quanto: objetivos,	A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

Objetivo: Avaliar medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,50 ponto	0,4	334/340	Farmácia Hospitalar - CFF	composição e competências da comissão de farmácia e terapêutica (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	pode variar conforme a instituição, mas geralmente inclui profissionais de diferentes áreas da saúde para garantir uma abordagem multidisciplinar. No regimento interno, a proposta não trouxe a composição da comissão e nem suas atribuições.
	Comissão de Proteção Radiológica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,4	341/345	http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf	O objetivo desta Norma é estabelecer os requisitos básicos de proteção radiológica das pessoas em relação à exposição à radiação ionizante. (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	O mandato e a estrutura da Comissão de Proteção Radiológica podem variar conforme a instituição e a legislação vigente, porém a proposta de regimento interno não trouxe tempo de mandato da comissão.
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,4	345/350	COMISSÃO DE COMPLIANCE	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	O Comitê de Compliance tem o objetivo de promover a ética, a transparência e a integridade nas operações da instituição, evitando riscos legais e reputacionais, na proposta do regimento interno não trouxe atribuições dos membros e tempo de mandato do comitê.
	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	350/353	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aqui/voos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,4	353/369	RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	O NQSP é "a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente". (Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	O NQSP é composto por uma equipe multidisciplinar, abrangendo diferentes especialidades para garantir uma abordagem integral, as funções e responsabilidades dos membros do NQSP variam conforme suas especialidades, no entanto, o regimento interno proposto não preenche as atribuições dos membros.
	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho - SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	370/379	https://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr4.htm PORTARIA N.º 3.214, 08 DE JUNHO DE 1978 (DOU de 06/07/78 - Suplemento) "Aprova as Normas Regulamentadoras NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho"	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	379/396	Apresentação de documentação a depender da particularidade da unidade de saúde, conforme Política Nacional de Saúde em questão, contendo os requisitos básicos descritos pelo MS.	Descrever orientações quanto: objetivos, composição e competências das comissões sugeridas.	
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avaliar medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	0,5	396/405	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	O manual tem o objetivo de orientar a equipe da policlínica sobre práticas de acolhimento, recepção, notificação, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes, garantindo um atendimento humanizado e eficiente. Espera-se neste item uma estrutura clara e organizada para facilitar a compreensão, nesse sentido, a proposta trazida compreende as formas de notificação e práticas dos setores de serviço social e psicologia de forma ampla, não deixando os procedimentos necessários "como fazer" para oferecer os atendimentos previstos neste item.
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	1,5	406/410	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8	Criar um ambiente acolhedor e receptivo na unidade, onde os usuários se sintam ouvidos, respeitados e seguros, promovendo a humanização do atendimento e a satisfação dos pacientes.	
	Atendimento	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	410/424	https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é fundamental para melhorar a comunicação entre uma organização e seus usuários, oferecendo suporte, resolvendo problemas e garantindo a satisfação dos mesmos.	
		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	424/435	https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf	A entidade através de diferentes canais divulgados para recebimento das manifestações dos pacientes/acompanhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As manifestações devem ser oportunizadas por meio de pesquisa de satisfação, onde poderá conter pedidos de informações, sugestões, reclamações, elogios e denúncias, e devem estar vinculada à SES, bem como seus respectivos resultados consolidados.	
		Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores.	1,5 pontos	1,5	435/438	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando os atendimentos. Necessário pontuar as formas de notificação, bem como, funcionará os serviços de recepção, orientação social e apoio psicossocial	
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	438/443	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html	A contrarreferência é o processo pelo qual informações sobre o atendimento e tratamento de um paciente, realizado em um nível de atenção especializado (como em hospitais ou centros de especialidades), são enviadas de volta para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) que originalmente encaminhou o paciente. Esse retorno de informações é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente, permitindo	

									que a APS acompanhe e coordene o cuidado de forma adequada.
TOTAL DE PONTOS FA.2:			17,35						
FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma Unidade de Saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:									
		Pontuação 60 pontos		Página da Proposta	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO				
		Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência/ Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados		Observações	
FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	06 pontos	6	819 a 823	Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.			INDSH: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA de 208 leitos. CNES= 208 leitos. Conferência realizada no site CNES http://cnes.datasus.gov.br/ , realizada em 23/10/24.	
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	04 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.				
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos.(*)	02 pontos	0		Apresentação de documentação, conforme edital: (*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios: - para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou - igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.				
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	873-874	Apresentação de documentação, conforme edital			INDSH: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA para o CENTRO INTEGRADO DE INCLUSÃO E REABILITAÇÃO-PARÁ.	
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	2,5	914-916 (MÍDIA DIGITAL 444-446)	Apresentação de documentação, conforme edital			INDSH: Apresentou a proposta de aplicação do recurso. CEBAS com validade pelo período de 01/01/2021 a 31/12/2023 (PORTARIA 764 de 20 de outubro de 2022), pela prestação anual de serviços ao SUS. Solicitação de Prorrogação anexada, tendo a validade da certificação permanecer.	
	Certificado de Acreditação - ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente.(**)	4,5 pontos	4,5	918-923	Apresentação de documentação, conforme edital: (**) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada: - ONA 3 - 4,5 pontos; -ONA 2 - 3,0 pontos; -ONA 1 - 1,5 pontos.			INDSH: Validade: 12/2024. ONA: ACREDITADO PLENO (ONA 2). Consulta realizada no site https://www.ona.org.br/ , em 23/10/24.	
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	1	446; 791 a 792	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980 Fundação Getúlio Vargas	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição		Apresentou organograma descrevendo as Diretorias: executiva e técnica. Menção a Diretoria de Enfermagem em quadro legendado, mas não foi encontrado no organograma. Não apresentou o descritivo das competências conforme solicitado no item.	
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (****)	03 pontos	3	925 a 1122	Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.			Cristiano Oliveira dos Santos: MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 José Batista Luiz Neto: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Lilian Rosana Kaiber: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 José Luiz Gasparini: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO SUS = 0,50 Cláudia Cristina da Silva: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Giovanni Luis Padão Merenda: MBA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Rejane Xavier Soares: MBA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Cledes Silva: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Rodrigo Frohlich: MBA EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO-CLÍNICAS E HOSPITAIS = 0,50 Thiarle Dassi: APRESENTOU CERTIFICADO DE BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO COM HABILITAÇÃO EM HOSPITAIS, NÃO APRESENTOU TÍTULO DE PÓS GRADUAÇÃO NA ÁREA HOSPITALAR, POR ISSO NÃO PONTUOU;	
	a) Experiência mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular. (*****) b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	3	1130 a 1222	Apresentação de documentação, conforme edital: (*****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos. (*****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.			RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016 - Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos EXPERIÊNCIA EM HOSPITAIS José Batista Luz Neto: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR EXECUTIVO DO HOSPITAL GERAL DA TAILÂNDIA PARA O PERÍODO DE FEVEREIRO DE 2018 A AGOSTO DE 2018, NÃO COMPROVANDO O PRAZO DE 1 ANO, POR ISSO NÃO PONTUOU; Lilian Rosana Kaiber Buse: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETORA EXECUTIVA HOSPITAL DE ARAUCÁRIA = 0,50 José Luiz Gasparini: FICHA DE REGISTRO PARA DIRETOR EXECUTIVO NO INDSH, NÃO MENCIONA UNIDADE HOSPITALAR, POR ISSO NÃO PONTUOU; Cláudia Cristina da Silva: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETORA EXECUTIVA UNIDADE DE PEDRO LEOPOLDO = 0,50 Giovanni Luis Padão Merenda: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR EXECUTIVO DO HOSPITAL JEAN BÉTAR = 0,50 Rejane Xavier Soares: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR EXECUTIVO DO HOSPITAL GERAL DA TAILÂNDIA PARA O PERÍODO DE FEVEREIRO DE 2018 A AGOSTO DE 2018, NÃO COMPROVANDO O PRAZO DE 1 ANO, POR ISSO NÃO PONTUOU; Cledes Silva: ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO HRPL = 0,50 Rodrigo Frohlich: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR EXECUTIVO HMMMSG = 0,50 Thiarle Dassi: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA	

								DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO PAULO = 0,50 EXPERIÊNCIA EM UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA Rodrigo Frohlich: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR EXECUTIVO UPA 24H SANTA REGINA = 0,50 José Luis Gasparini: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR OPERACIONAL; UPA ALAIR MARA DE ANDRADE = 0,50
	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	2,5 pontos	2	797	Apresentação de documentação, conforme edital			Foi apresentado o quadro de pessoal médico, com a forma de vínculo. Os valores está para a quantidade de produção, não foi identificado o salário mensal do médico e carga horária.
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	1,5	447 a 456	Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2 https://bvsmvs.saude.gov.br/bvsmvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	Não foi apresentado os protocolos assistenciais médicos para os serviços de atendimento compatível com o perfil da unidade, menciona que será criado protocolos claros para cada especialidade, incluindo exames e procedimentos. Foi apresentado apenas rotinas médicas operacionais da unidade.	
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,3	456 a 459	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I			Apresentou o quadro de metas para área não médica e médica, sendo que para a especialidades médicas não foi visualizado.
FA.3.3 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar	Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	2	459 a 543	https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf	Os protocolos assistenciais devem conter o que é considerado padrão de uma estrutura de um protocolo tais como:Título do protocolo, Introdução, Revisão de literatura, objetivo, recursos físicos e materiais, atribuição de cada categoria profissional, Fluxograma, Atividades, Resultados esperados e indicadores, Plano de implantação, Referências. O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.Os protocolos assistenciais deverão ser apresentados conforme a qualificação dos profissionais/ execução do serviço.	Apresentou alguns protocolos de atenção não médica aplicáveis na unidade como de Enfermagem e Odontologia, protocolo de segurança do paciente que é aplicável em qualquer área da unidade e algumas rotinas com relação aos protocolos apresentados, no entanto não apresentou protocolos Assistenciais por qualificação dos profissionais Farmacêuticos, Serviço Social, Serviço de Fonoaudiologia, Serviço de Fisioterapia, serviço de nutrição, Serviço de Psicologia.	
	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	0,3	543/552	https://bvsmvs.saude.gov.br/bvsmvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cressa RI	importante elencar as atribuições do serviço social na unidade com suas normas e rotinas, de acordo com a demanda dos usuários, bem como, recursos materiais e humanos necessários.	A instrução para o funcionamento do serviço social deve ser um documento detalhado que estabeleça diretrizes, estruturas e procedimentos para garantir a organização e a qualidade do serviço prestado. A proposta trouxe informações importantes embasadas em legislação vigente da categoria profissional, mas nota-se a falta de adaptação conforme a realidade e necessidades específicas da unidade, a falta de personalização quando indica dentro das atribuições do serviço social o acompanhamento e visita aos leitos e acompanhamento a óbitos, e por fim, faltou a especificação do horário e equipe mínima solicitada no item.	
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	0,5	552/562	Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de	O funcionamento de uma equipe multiprofissional envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A estrutura e operação dessa equipe segue um conjunto de normas, rotinas, e padrões que garantem a qualidade do atendimento.	Este item tem o objetivo de estabelecer normas, rotinas, áreas de abrangência, horários e equipe mínima necessária para garantir o funcionamento eficiente e integrado da equipe multiprofissional. A proposta trouxe informações importantes referentes às atividades de parte da equipe que é sugerida como profissionais mínimos integrantes da equipe multiprofissional, falando o enfermeiro e fonoaudiólogo, observa-se também a falta de personalização das rotinas e normas, e falta da especificação do número mínimo de profissionais em cada equipe, como o quadro de horário das mesmas.	
FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	1	562 a 564	Dimensionamento na administração pública federal	Utilizar modelos qualitativos e quantitativos para o dimensionamento, considerando: a movimentação de pessoal a partir da estimativa do quadro ótimo de pessoal para as diversas unidades de trabalho ou entregas e resultados de um órgão público; subsidiar a necessidade de formulação e entrega de programas e ações de capacitação e desenvolvimento, servindo os resultados do dimensionamento de contraste para as solicitações de eventos instrucionais por parte dos servidores e gestores; completar o processo de gestão do desempenho eminentemente assentado na perspectiva comportamental, podendo os resultados do dimensionamento ser usados como contraste para mitigar vieses de resposta naquela avaliação ou como complemento para a composição de um escore ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Apresentado em apenas 2 páginas, as normas para o Serviço Administrativo ficaram incompletas. A área administrativa de um hospital é representada pela recepção, cadastro de pacientes, setor de internações, entre outros. Não foram descritas as rotinas do serviço detalhadamente.A Estrutura foi apresentada no anexo. Atente-se que o dimensionamento pedido deve ser apresentado no item e não apenas na planilha geral de dimensionamento.	
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	2	564 a 639	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação de estantes, produtos sob refrigeração, controle de estoque), fluxo de distribuição de material médico na unidade (descrição da saída do material do almoxarifado,	Descreve critérios para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais, medicamentos e hospitalares. Descreve as competências da Farmácia, Almoxarifado e Compras. Apresenta Propostas para o Serviço de compras, modelos de formulários de solicitação, mapa de cotação, avaliação de fornecedores, checklist de recebimento almoxarifado e Regulamento contendo os Procedimentos que adotará para a contratação de serviços e compras. Apresenta procedimentos Operacionais Padrão da Farmácia, critério para padronização dos cartões de emergência, fluxograma para liberação de material/medicamento de alto custo e/ou não padrão. Apresenta Regimento da Farmácia e Implantação da Dose unitária. Apresenta também procedimentos sobre recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos de controle especial, medicamentos do Juarez Barbosa, incluindo registros	

						até ao profissional/paciente, considerando unidades centrais, satélites e/ou ambulatórios)	
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	1,4	639 a 668	Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresenta descrição geral para contratação de terceiros. Para os serviços de vigilância e limpeza faz referência ao Regulamento de Compras e Serviços, não mencionando os critérios específicos para estas contratações como exemplo: treinamento em segurança e emergências hospitalares e uso de produtos de limpeza específicos, respectivamente. Para o serviço de manutenção predial apresenta critérios para plano de manutenção de equipamentos preventiva e corretiva, proposta de atuação do setor de engenharia clínica, normas para o funcionamento de serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica, preventiva e corretiva e plano de contingência.
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	1,5	692 a 698	Manual Brasileiro de Acreditação, subsecção 1.5, número 9	Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da organização, planejamento e implementação de iniciativas de melhorias. As dimensões de pesquisa e análise incluem: liderança, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, comunicação, gestão organizacional, práticas de gestão de pessoas, qualidade de vida, segurança, dentre outras, contemplando: Planos de ação voltados às iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	Não foi apresentado formalmente um modelo de projeto com todos os itens requeridos, mas apresentados alguns itens essenciais como cronograma de execução. Em relação à pesquisa de clima Organizacional PCO - não ficou clara a metodologia utilizada na pesquisa, nem apresenta o modelo da pesquisa.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	3	1296 a 1573 (anexo)	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf	.	Apresentado plano de Cargos e Salários nos anexos págs. 1296 a 1573 (anexo) planilha de valores na planilha de dimensionamento.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	3	699 a 750	Manual Brasileiro de Acreditação, subsecção 1.5, número 3	Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e designamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	Apresentada proposta que atende o item estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	1	751 a 761	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Atendido o item Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)
FA.3.7 Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	1	761 a 773, 794 a 801(anexo)	PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	No item Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, a organização fala do planejamento Estratégico mas não apresenta o detalhamento do mesmo, mas registra no cronograma de implantação as principais ações por ela elencada. Apresentou planilha de Resultado Econômico e custeio das ações págs 794 a 801 do anexo 1
TOTAL DE PONTOS FA.3:			48,50				



Documento assinado eletronicamente por **CRISTIANE FARIA DOS SANTOS LAMARO FRAZAO, Membro (a)**, em 10/02/2025, às 11:44, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LAENE MARIA MARINHO DA MOTA SANO, Membro (a)**, em 10/02/2025, às 11:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **FABIULA INES MARTINS, Membro (a)**, em 10/02/2025, às 11:52, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LAYANY RAMALHO LOPES SILVA, Presidente**, em 10/02/2025, às 12:03, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **MARIO ANDRET MARTINS, Membro (a)**, em 10/02/2025, às 12:10, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **69590598** e o código CRC **1201BBE7**.



Referência: Processo
nº 202400010036942



SEI 69590598