

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 DE SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA

NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: BHCL

NT: FA.1 + FA.2 + FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade = 16,10	Nota FA.2: Área de Qualidade = 17,45	Nota FA.3: Qualificação Técnica = 40,65	TOTAL:	74,20
	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	63 a 97	<a href="https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/">https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/</a> <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html">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)</a> ; 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 a documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	1,5	97 a 115	<a href="#">RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021</a> <a href="#">LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218</a>	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 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: ambulatorio, 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	115 a 137	<a href="#">RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhospa.org.br/resolucao-%C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)</a>	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 de 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.
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1,5	138 a 150	<a href="#">RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA (https://www.ceva.rs.gov.br/unidad/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf)</a> ; <a href="#">Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, ANVISA -2006</a>	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 gestão	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,7	150 a 163	<a href="#">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)</a>	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de limpeza e segurança do ambiente, controle de temperatura e umidade	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 ( hemodialis, endoscopia, colonoscopia), dose unitária, rastreabilidade. Não descreve ações de logística para medicamentos especializados (Juares Barbosa)
	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	164/196	<a href="#">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)</a>	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	196/201	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a> <a href="https://diariodarepublica.pt/dtr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633">https://diariodarepublica.pt/dtr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633</a>	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	200 a 216	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação</a>	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 págs 200 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 como: Apresentação, Contexto, Público alvo, Justificativa, Objetivos, Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Check list. Sobre tudo, custos do projeto, uma vez que a implantação de todos estes sistemas ou do projeto como um todo, demanda a aquisição de softwares, hardware, licenças, servidores de dados, cabeamento, etc., ou seja, todo o plano terá um custo. O que também requer uma fase de levantamento dentro da nova unidade. Também não apresentou um cronograma de execução da implantação dos sistemas pretendidos. Somente em relação a Requisitos da infraestrutura de TI teríamos: 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



FA.2.1 Qualidade Objetivo: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Ética Multiprofissional	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	341/350	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880</a>	(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	350/354	<b>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. 3º, 6º e 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.816, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.</b>	(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	0,7	354/358	<b>PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar</b>	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 CCIRAS 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 policlínica é uma unidade de atenção ambulatorial, diferente da proposta apresentada que se referencia 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	358/366	<b>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.</b>	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	<b>Classificação de risco de Agentes biológicos</b>  <b>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.</b>	(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	<a href="https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eTVq5kMzQWT26e">https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eTVq5kMzQWT26e</a>  <a href="https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br">https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br</a>	(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	<a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documentos/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-cf6bad1e00e?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documentos/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-cf6bad1e00e?version=1.0</a> <a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm</a> <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html</a>  <a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documentos/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-cf6bad1e00e?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documentos/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-cf6bad1e00e?version=1.0</a>	Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (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)	A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe na proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), 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	<b>Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde</b>  <b>Farmácia Hospitalar - CFF</b>	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	394/398	<a href="http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf">http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf</a>	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	398/405	<b>COMISSÃO DE COMPLIANCE</b>	(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	0,4	411/417	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html</a>  <a href="https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2020-09.pdf">https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2020-09.pdf</a>	(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.
	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	417/429	<b>RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.</b>  <b>PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).</b>	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	474/480	<a href="https://www.quietrabalhista.com.br/legislacao/r/nr4.htm">https://www.quietrabalhista.com.br/legislacao/r/nr4.htm</a>  <b>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 a Segurança e Medicina do Trabalho"</b>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
Acolhimento	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	480/504	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.
		Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	1,5	506/513	<b>Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</b>	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	

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	Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	1,5	513/522	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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.	
	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	0,8	522/525	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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 da Ouvidoria. Por exemplo, coloca 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	525/533	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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 devem estar vinculada a 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	533/545	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1</a>	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 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	546/558	<a href="https://bvsmis.saude.gov.br/bvms/saudeleqis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html">https://bvsmis.saude.gov.br/bvms/saudeleqis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html</a>	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 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		Referencial/ 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.		
	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	777-779 ANEXO 3 MÍDIA ELETRÔNICA	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 101 leitos (CENTRO MEDICO HOSPITALAR DONA LATÍFIA CNE# 112. Conferência realizada no site CNEs ( <a href="http://cnes.datasus.gov.br/">http://cnes.datasus.gov.br/</a> ), realizada em 28/11/24.
	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	958-964 ANEXO 5 MÍDIA ELETRÔNICA	Apresentação de documentação, conforme edital		BHCL: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA (VIDA MEMORIAL SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA, no município de Itapicuru).
	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	2057 ANEXO 12 MÍDIA ELETRÔNICA	Apresentação de documentação, conforme edital		BHCL: Não apresentou qualquer documento com relação a proposta de aplicação do 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 Commission International, Qmentum da Canada 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.		
	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	567 a 576	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2011/1989">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2011/1989</a> <a href="#">Fundação Getúlio Vargas</a>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou organograma descrevendo as Diretorias: Administrativa, Assistencial, Médica e Geral. Descreveu as competências em formato textual.
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e conselho de administração	03 pontos	1,5	ANEXO 13	Apresentação de documentação, conforme edital: (***) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		Roberto Gonella: ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE = 0,50 Thiago de Carvalho: MBA GESTÃO DE SAÚDE = 0,50 Igor Sanches:

FA.3.2 Estrutura da Gestão	de estrutura e gerência. (****)					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		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. (****)  b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Políclínicas/AME/clinicas especializadas, etc.). (*****)	04 pontos	3,5	ANEXO 14 e 15	Apresentação de documentação, conforme edital: (*****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto; 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 Mauricio 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 Sanchez: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR ADMINISTRATIVO HMCA = 0,50 Roberto Gonella: DECLARAÇÃO PARA SECRETÁRIO DE SAÚDE MUNICÍPIO DE IPERÓ = 0,50 Alessandra Targinio: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETORA ASSISTENCIAL NO HOSPITAL VIDA MEMORIAL = 0,50 Sergio Paulo Pinheiro: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE DIRETOR TÉCNICO HOSPITAL IDA MEMORIAL = 0,50 EXPERIÊNCIA ATENÇÃO SECUNDÁRIA Keylla 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 POLICLÍNICA DE QUIRINÓPOLIS = 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	1,5	2188 a 2189	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.	
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	2,3	1210 a 1293	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</a>  <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html</a>	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade.  Instalou 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)	Apresentou um manual de procedimentos médicos ambulatoriais de alguns diagnósticos por especialidade. Diretrizes para o manejo dos diagnósticos com as rotinas de primeira consulta, de consulta de retorno, do processo de Consentimento Informado, Segurança do Paciente, Encaminhamento e Consultas Especializadas seguidos dos POPs do manejo para alguns diagnósticos por especialidade. Não apresentou protocolos para pequenos procedimentos cirúrgicos realizados na unidade. Foi identificado a ausência de elementos que compõe a estrutura de protocolos com referência bibliográfica, data de elaboração, data de aprovação, data para revisão, assinatura.	
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	578 a 586	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional.	Apresentado 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	2,6	1294 a 2056	<a href="https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf">https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf</a>  <a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>	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. Condições 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 compatíveis com o perfil da unidade licitada como: Odontologia, Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista, Psicologia, fonoaudiologia, farmacêutico 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	589/593	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf</a>  <a href="#">O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cress Ri</a>	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	593/642	<a href="#">Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de</a>  <a href="#">Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</a>	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 mencionam procedimentos hospitalares "unidades de internação" no funcionamento da fisioterapia, incluir protocolos de medicação nas instruções da farmácia, com conceitos à nível hospitalar, entre outros. No geral trouxe uma proposta com uma sequência confusa de informações. Apesar de mencionar 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	1,3	642 a 658	<a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a>	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 elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	Foi apresentado um breve texto do que seria uma rotina do setor de administração com detalhamento apenas do processo de manutenção na organização. Referenciado para o anexo 16 a planilha de dimensionamento de pessoal.	
						Deve apresentar descrição quanto: inspeção no recebimento, controles de armazenamento (áreas segregadas, identificação	Não apresentou item específico. Descreve atividades de dispensação de medicamentos, dose unitária, armazenamento e métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto	

	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	0,5	658 a 661	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022	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).	custo e manual 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	661. ANEXOS 6 e 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 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	661 a 678	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.	Apresentada a Proposta de Desenvolvimento Humano que cita a pesquisa de Clima Organizacional sem detalhamento como formulários de pesquisa, como se dará a comunicação e nem cronograma de realização da pesquisa. Também não houve detalhamento do plano de Desenvolvimento do trabalhador nem das lideranças.Não foi descrito sobre o uso das informações desta pesquisa, quanto ao plano de trabalho envolvendo capacitação, PDI ou PDL. Planos de desenvolvimento individual e de lideranças nem um cronograma de treinamento.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	2,5	Anexo 8 e pag 679	<a href="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">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</a>	.	No anexo 08, não foram apresentados a descrição dos cargos de Médico, radiologista, Biomédico, nem de Terapeuta Ocupacional. Não evidenciada a tabela de salários.
	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	679 a 692	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 referência ao item 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 evidenciada às págs 679 a 692 a Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho.Apresentado modelo de contrato de trabalho pag 684 Em referência a Avaliação de Desempenho, foi apresentada às págs 687, um breve texto de menos de uma página, sem descrever metodologia, periodicidade, etc., não atendendo assim, essa parte do item. Em referência à sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção, foi apresentado às págs 688 a 692, atendendo esta parte do item.
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	01 ponto	0,4	693 a 696	Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado às págs 693 a 696 , descrição de como a organização faz o controle de pessoal, porém sem muito detalhamento. Também foi apresentado o modelo de escala de trabalho. Também não houve detalhamento do procedimento de critérios para casos de afastamentos.
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	720 a 737 e 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 a apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	Apresentado o item correspondente a Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, às págs 720 a 737 e os planos de ação referente a proposta apresentada pela organização às págs 725 a 736. A Organização tem definido sua identidade organizacional e modelo de gestão compartilhada cujo modelo de é orientado pelo planejamento e controle dos processos organizacionais, e cuja metodologia é apoiada na adoção de Sistema de Gestão da Qualidade com foco na Segurança do Paciente. Não evidenciamos a proposta de novos projetos que caracterizem a visão de futuro, geralmente na implantação de novas tecnologias e certificações. Evidenciada no anexo 17 proposta financeira de custeio da Unidade, pag 2191.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			40,65				

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 DE SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA

NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: ABEAS

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

Nota FA.1: Área de Atividade = 15,60

Nota FA.2: Área de Qualidade = 17,50

Nota FA.3: Qualificação Técnica = 41,70

TOTAL: 74,80

( 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	JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		Requisitos Mínimos Avaliados		Observações	
		Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída	Página da Proposta	Referência / Fonte			
		Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e	1,5 pontos	1,5	22 a 45	<a href="https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/">https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/</a> <a href="https://www.saude.gov.br/bs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html">RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do ms</a> <a href="https://www.saude.gov.br/bs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html">https://www.saude.gov.br/bs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html</a> : em conformidade com a ABNT	Apresentação dos fluxos mapeados	Apresentou os fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e



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)	Resultados, Casos e Internas				NBR 9058 RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021	Internas
		Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	1,5	46 a 68	LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218	Apresenta fluxo de: 1. Registros e documentos de Usuários (criação e manutenção/ fluxo de registros clínicos e administração de documentos/ armazenamento e gestão de prontuários). 2. Fluxo de Documentos Administrativos (documento geral/auditoria e controle/implementação). Apresenta também PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ÚNICO DO USUÁRIO contemplando: estrutura e organização, armazenamento e acesso, segurança e proteção de dados, auditoria e conformidade legal, treinamento e capacitação. Descreve fluxo para: entrega de correspondências, documentos recebidos de origem interna, documentos de origem externa, registro de usuários, registros administrativos, documentos de usuários, documentos assistenciais, documentos no embutido. Descreve também COMITÊ DE GOVERNANÇA DOCUMENTAL para monitorar a melhoria dos fluxos e registros de documentos e MODELO DE ESTRUTURA E FORMATAÇÃO DE REGISTROS E DOCUMENTOS (identificação, assinatura digital, revisão/periodicidade, critérios de exclusão e destinação final)
		Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	1,3	69 a 77	RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS ( <a href="https://www.sindhoes.org.br/resolucao-%5C2%96-rc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-da-2012/">https://www.sindhoes.org.br/resolucao-%5C2%96-rc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-da-2012/</a> )	Verificar se há fluxos cruzados
		Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1,5	78 a 89	RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA ( <a href="https://www.cvs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf">https://www.cvs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15135807-res-306.pdf</a> ) : 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
	Implantação de gestão	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,7	89 a 114	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-438-de-8-de-outubro-de-2020-282070593">Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 (<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-438-de-8-de-outubro-de-2020-282070593">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-438-de-8-de-outubro-de-2020-282070593</a>)</a>	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de limpeza e segurança do ambiente, controle de temperatura e umidade
		Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	114/148	<a href="https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoinformacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf">Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 (<a href="https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoinformacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf">https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoinformacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf</a>)</a>	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	149/157	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a> <a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633</a>	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	1	157 a 184	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação</a>	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.
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	185/192	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf</a>	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	193 a 238	<a href="#">Organização Mundial da Saúde - 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente</a>  <a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4</a>  RDC 36/2013  <a href="#">Port.599/2013-MS</a>	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
		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,2	239 a 271	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12</a>	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
							Apresenta às páginas 239 o que para a Organização seria um Manual de rotinas, sem contudo detalhar as atividades de rotina descritas na página 2265 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, internações, 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

							para registrar e rastrear receitas e despesas passadas, atuais e projetadas e posições financeiras;	Manual deve conter os processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizados.
	Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,2	271 a 285	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 3.1 (patrimônio)</a>		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.	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 fluxogramas apresentados às páginas 276, 281 e 280, não foram detalhados, observando-se as atividades das áreas requeridas no edital.
	Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0,2	285 a 304	<a href="https://drive.google.com/file/d/1O_8POGtHPGAT85AvelbWMewnEvKTIDZ/view">https://drive.google.com/file/d/1O_8POGtHPGAT85AvelbWMewnEvKTIDZ/view</a>		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.
	Incrementos de Atividades	05 pontos	4	304 a 315	<a href="#">Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS</a>		1. Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar;  3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	Apresentou 02 Projetos: 1. PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE; 2. PROJETO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL PARA A POLICLÍNICA. Os projetos descrevem objetivos, justificativa, metodologia e cronograma. Menciona que o orçamento dos mesmos estão contemplados no custeio previsto da unidade pretendida. Descrever levantamento do perfil socioeconômico e demográfico dos usuários para aplicação na operacionalização dos projetos propostos, não realizando um levantamento de perfil e necessidades junto a policlínica/carta de serviço para definir o projeto apresentado, não é demonstrado um levantamento de aplicabilidade para os projetos propostos demonstrando que os mesmos são incrementos/inovação às atividades já realizadas na unidade de saúde pretendida.
TOTAL DE PONTOS FA.1:				15,60				

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	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
		Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída				
FA.2.1 Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Ética Médica	1 ponto	1	317/329	<a href="#">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</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	O Regimento interno traz menção ao Conselho Regional de Medicina do Maranhão, mas não foi deduzido nota por entender que o CRM é uma entidade responsável por regulamentar, fiscalizar e supervisionar o exercício da profissão médica em cada estado do Brasil e todos estão subordinados ao Conselho Federal de Medicina, que atua como órgão máximo regulamentador da classe médica no país.
	Comissão de Ética Multiprofissional	1 ponto	1	329/345	<a href="https://diariodarepublica.pt/drt/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880">https://diariodarepublica.pt/drt/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Biossegurança	1 ponto	1	345/355	<a href="#">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.</a>	(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)	1 ponto	1	355/362	<a href="#">PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	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	1 ponto	1	362/370	<a href="#">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.</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	Aprva 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)	1 ponto	1	371/379	<a href="#">Classificação de risco de Agentes biológicos</a> <a href="#">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.</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	0,75	0,75	379/394	<a href="https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eETVq5kMZpW726e">https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eETVq5kMZpW726e</a> <a href="https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/nr-br">https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/nr-br</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	
	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de serviços de Saúde	0,75	0,75	421/431	<a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/sed8579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/sed8579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0</a> <a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm</a> <a href="https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html">https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html</a> <a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/sed8579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/sed8579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ce?version=1.0</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	Tudo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (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	0,50 ponto	0,5	440/450	<a href="#">Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde</a>  <a href="#">Farmácia Hospitalar - CFE</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	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	0,5 ponto	0,5	413/421	<a href="http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf">http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf</a>	(Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual)	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)
	Comissão de					(Proposta de Constituição (membros, finalidade),	



	Lumme ue Compliance	Finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	450/460	COMISSÃO DE COMPLIANCE		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	404/413	<a href="https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudeteqis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html">https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudeteqis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html</a> <a href="https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquiivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2010-09.pdf">https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquiivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2010-09.pdf</a>		(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	431/440	<a href="#">RDC 36/2013 Instituições para a segurança do paciente em serviços de saúde e de outras providências.</a> <a href="#">PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).</a>		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 em Medicina do Trabalho -SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	394/404	<a href="https://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nrd.htm">https://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nrd.htm</a> <b>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"</b>		(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	460/518	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	520/535	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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 menciona o acolhimento com Classificação de Risco Na maior parte das informações do item.	
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	0,5	535/538	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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 ambientação 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	547/553	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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 desconhecido 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	553/568	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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.	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 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	568/570	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1</a>		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.	
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	1,5	580/587	<a href="https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudeteqis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html">https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudeteqis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html</a>			
TOTAL DE PONTOS FA.2:			17,50						
FA.3 - Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a			Pontuação 60 pontos		Página		JUSTIFICATIVA DA AVALIAÇÃO		

ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir:	Pontuação Máxima por item	Nota Atribuída	Ida Proposta	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	770-783	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.		ABEAS: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA DO HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO MARANHÃO DR. TARQUINIO LOPES FILHO= 118 leitos. CNES= 129 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 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)	02 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 Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	795-825	Apresentação de documentação, conforme edital		ABEAS: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA: 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 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	4,5 pontos	1,5	826-827	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.		ABEAS: Validade: 10/2023. ONA: ACRECITAÇÃO (ONA 1). Consulta realizada no site https://www.ona.org.br/, em 28/11/24.
Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	591 a 600	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980</a> <a href="#">Fundação Getúlio Vargas</a>	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	2	828 a 889	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 ; Ademir Marcelo Soares: MBA EM GESTÃO DE NEGÓCIOS EM SAÚDE = 0,50 Cleidimar Colla: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE = 0,50
FA.3.2 Estrutura da Gestão	04 pontos	4	890 a 902	<a href="#">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</a>  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). (*****)	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	2,5	608 a 612	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	2	617 a 621. ANEXO VIII - Págs 984 a 1574	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</a>  <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2390_10_12_2013.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2390_10_12_2013.html</a>	Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade.	Nas pág. 617 a 621 apresentou rotinas operacionais para atendimento médico. No anexo VIII 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° 1- 29.9.

FA.3.3 Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Interdisciplinar						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).	recebem usuários encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio da Regulação Estadual, com dia e horário agendados. 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	613 a 617	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	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	1,5	ANEXO IX págs. 1575 a 1791	<a href="https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf">https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf</a>  <a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>	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 para os serviços como Enfermagem, fonoaudiologia, 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 Prona no paciente adulto com SARA, protocolo multidisciplinar para pacientes adultos internados para cuidados paliativos, 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	1	621/627	<a href="https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf">https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf</a>  <a href="#">O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cressa Ri</a>	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	0,5	654/657	<a href="#">Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de</a>  <a href="#">Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</a>	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.
	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	1,7	658 a 663	<a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a>	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.	Apresentado das págs 658 a 663 algumas normas, rotinas e os horários de trabalho do Serviço de Administração sem nível de detalhamento.
FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1,5	663 a 672	<a href="#">RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022</a>	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).	Apresenta descrição quanto a aquisição de materiais e medicamentos (processos de compras), recebimento e guarda e distribuição de forma generalizada. Apresenta ainda AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS, RECEBIMENTO GUARDA, DISTRIBUIÇÃO. Descreve POP PARA CONTROLE DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS NA POLICLÍNICA. Não apresenta critérios de armazenamento e distribuição para medicamentos termolábeis e para carritos de emergência
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	2	672 a 701	<a href="#">Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados</a>	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresenta CRITÉRIOS GERAIS DE CONTRATAÇÃO conformidade legal, qualificação técnica, capacidade financeira e operacional, aderência a normas e regulamentos. Apresentou também critérios específicos para os serviços solicitados como: 1.serviços de limpeza (capacitação específica, uso de produto homologados, plano de higienização); 2. serviços de vigilância (equipamentos padronizados, plano de contingência) e 3. serviços de manutenção predial (qualificação técnica, plano de manutenção de equipamentos hospitalares e de manutenção preventiva). Descreveu também REGULAMENTO DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS E ALIENAÇÕES
	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	2,5	701 a 712	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a>	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, sem grande detalhamento.
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1	713 a 719	<a href="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">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</a>		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,

Planilha 69593423 SEI 202400010038028 / pg. 12

FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	0,7	257 a 310	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-ndc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593">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-2020-282070593)</a>	(recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de	sobre: planejamento, aquisição de suprimentos armazenamento, controle de estoques, gestão de resíduos e devoluções e distribuição interna de suprimentos. Não descreve critérios específicos de armazenamento e controle de medicamentos (incluindo controle especial e termolábeis) , não menciona CAP. Menciona avaliação de indicadores de desempenho e qualidade na logística de suprimentos. Apresenta também POP SETOR DE GESTÃO DE COMPRAS E SUPRIMENTOS DA UNIDADE PRETENDIDA.
	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	0,8	310/355	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/manual-de-boas-praticas-para-elaboracao-de-regimento-interno-anvisa-2020">Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 ( https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/manual-de-boas-praticas-para-elaboracao-de-regimento-interno-anvisa-2020)</a>	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	355/348	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633</a>	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	349 a 357	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/manual-brasileiro-de-acreditacao-subsecao-1-7-gestao-da-tecnologia-e-seguranca-da-informacao">Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação</a>	Apresenta atividades relacionadas a 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.	Apresentado das págs 349 a 357 texto que começa descrevendo o Serviço de Tecnologia da Informação da Unidade de saúde, tendo como prazo de implantação 30 e 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. 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, Orçamento/Custos, Anexos, Check list.
	Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	358/366	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf</a>	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	366 a 368	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/organizacao-mundial-da-saude-6-protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente">Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente</a> <a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/manual-brasileiro-de-acreditacao-subsecao-1-1-numero-4">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4</a> <a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/rdc-36-2013">RDC 36/2013</a> <a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/port-599-2013-ms">Port.599/2013-MS</a>	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	Apresentou texto em uma pag e meia ( pag 366) descrevendo basicamente a importância de um protocolo , tres exemplos de protocolo e um modelo de protocolo e exibido a seguir. 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 disp-las 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 convém 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.
Implantação de	Proposta de manual de rotinas administrativas para	01 ponto	0,3	366 a 376	<a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/manual-brasileiro-de-acreditacao-subsecao-11-numero-12">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12</a>	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: a gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos;	Apresentado a partir da pag 366 uma pequena proposta de Manual contendo os objetivos, algumas rotinas como: recebimento dos Bens e tratamento das informações no sistema, recebimento de prontuários

	Processos	o faturamento de procedimentos						<ul style="list-style-type: none"><li>acompanhamento periódico do desempenho financeiro;</li><li>gestão de custos;</li><li>gestão de contratos;</li><li>gestão do patrimônio;</li><li>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;</li></ul>	e auditoria dos mesmos, fechamento , conferência e emissão de relatório de gestão. Uma descrição resumida. Apresentadas sem nível de detalhamento de manual.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,5	376 a 388		<a href="#">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)</a>	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.	Apresentado às pág 376 a 388 uma proposta básica de Manual de rotinas administrativas de almoxarifado e patrimônio. Dessa vez apresentaram o fluxo mas sem o detalhamento de cada fase deste, sem contudo conter o fluxo e detalhamento das atividades inerentes a um manual a ser seguido pela equipe. Também pouco foi descrito das atividades de patrimônio, muito mais do processo de aquisição/compras.
		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	0,3	388 a 408		<a href="https://drive.google.com/file/d/1O_RPOGHPGATBSAviehlWMewnevKTIDZ/view">https://drive.google.com/file/d/1O_RPOGHPGATBSAviehlWMewnevKTIDZ/view</a>	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Apresentado às pág 388 a 408 Proposta de manual de rotinas administrativas para administração financeira com os seguintes itens: Contas a pagar , conciliação bancária, fechamento de contas, conforme tabela pág 385 com as responsabilidades e autoridades. Porém não há detalhamento dos fluxos em um manual, para a equipe.
	Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	4	393 a 473		<a href="#">Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS</a>	1.Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar; 3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	Apresentou 17 Projetos: 1. IMPLANTAÇÃO DA ESTRUTURA DE CONTROLE INTERNO; 2. EXCELENCIA DA GESTÃO; 3. IMPLANTAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM ODONTOLOGIA; 4. OPERACIONALIZAÇÃO DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA; 5. TRANSPORTE GRATUITO DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DIALÍTICO; 6. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO; 7. SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA; 8. COMUNICAÇÃO PARA A POLICLÍNICA DE FORMOSA; 9. GESTÃO PARA COMUNICAÇÃO E TRANSPARÊNCIA DA POLICLÍNICA DE FORMOSA; 10. GERENCIAMENTO E ATENDIMENTO DA POLICLÍNICA DE FORMOSA; 11. TELESSAÚDE; 12. GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS; 13. REABILITAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL; 14. APOIO PSICOLÓGICO E SAÚDE MENTAL; 15. PICs; 16. PROCESSO TRANSJUALIZADOR NA MODALIDADE AMBULATORIAL; 17. SAE. Os projetos descrevem objetivos, metodologia e apresenta cronograma para sua maioria. Não menciona que o orçamento dos mesmos estão contemplados no custeio da previsto na unidade pretendida. Parte do projetos estão alinhados com a necessidades/ arte de serviço da unidade de saúde, porém alguns projetos (como DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO, COMUNICAÇÃO PARA A POLICLÍNICA DE FORMOSA E GESTÃO PARA COMUNICAÇÃO E TRANSPARÊNCIA DA POLICLÍNICA DE FORMOSA) são ações administrativas inerentes a qualquer gestão administrativa, principalmente aquela que considera as Boas Práticas de Gestão. Esta podem apresentar pontos de melhoria de acordo com a abordagem de cada gestão, mas não foi evidenciado, no texto apresentado, incremento ou inovação para as questões supracitadas que possam classificá-las como incremento de atividades.
TOTAL DE PONTOS FA.1:				12,80					
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	0,6	474/484	<a href="#">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</a>	(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 sobre os membros, também exigidos para a composição de nota. A proposta ainda menciona Hospital Casa São José, o que não mostra cuidado na personalização da mesma.	
	Comissão de Ética Multiprofissional	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	484/492	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880</a>	(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	493/500	<a href="#">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.</a>	(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	500/513	<a href="#">PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar</a>	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 CCIRAS 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 policlínica é uma unidade de atenção ambulatorial, diferente da proposta apresentada que se refere a todo momento às infecções hospitalares e utilizando a palavra hospital. Ainda menciona outra unidade de Saúde "Casa de Saúde São José", o que não mostra	



FA.2.1 Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões								Cuidado na personalização da mesma.
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	1	513/521	<a href="#">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.</a>	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	521/528	<a href="#">Classificação de risco de Agentes biológicos</a> <a href="#">PORTARIA Nº 1.914, DE 9 DE AGOSTO DE 2011 Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos elaborada em 2010, pela Comissão de Biosegurança em Saúde (CBS), do Ministério da Saúde.</a>	(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	528/540	<a href="https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eTVq5kMZpWT26e">https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eTVq5kMZpWT26e</a> <a href="https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br">https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br</a>	(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	541/548	<a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e0bca?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e0bca?version=1.0</a> <a href="https://www.abnhalto.gov.br/sci/cv/031_ato2007-2010/2010/lei12305.htm">https://www.abnhalto.gov.br/sci/cv/031_ato2007-2010/2010/lei12305.htm</a> <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html</a> <a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e0bca?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e0bca?version=1.0</a>	Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (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	549/567	<a href="#">Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde</a> <a href="#">Farmácia Hospitalar - CFF</a>	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	567/573	<a href="http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf">http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf</a>	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	573/584	<a href="#">COMISSÃO DE COMPLIANCE</a>	(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	584/596	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html</a> <a href="https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf">https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf</a>	(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	596/605	<a href="#">RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.</a> <a href="#">PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).</a>	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	605/612	<a href="https://www.quiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nrd4.htm">https://www.quiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nrd4.htm</a> <a href="#">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"</a>	(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	0,25	612/624	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:	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	627/637	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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	Trouxeram somente a Comissão de Análise de Contratos Terceirizado.
		Proposta para implantação do Serviço de Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	0,8	638/672	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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 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 inúmeros tópicos com informações redundantes, nota-se a falta de personalização, ao mencionar por diversos serviços de Urgência/ Emergência, não sendo o escopo deste certame.
		Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	672/675	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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					A entidade através de diferentes canais divulgados para recebimento das manifestações dos pacientes/acompanhantes, classifica por criticidade com foco na segurança do paciente. As	

Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento		vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	675/684	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/rede-humanizaus/humanizaus_documento_gestores_trabalhadors_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/rede-humanizaus/humanizaus_documento_gestores_trabalhadors_sus.pdf</a>	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	0,8	685/687	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1</a>	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 formas 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	687/691	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html</a>	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:				17,55				

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	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 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	1290-1291 MÍDIA ELETRÔNICA	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 ATENDE. CG: ATES TADO DE CAPACIDADE TÉCNICA para a MATERNIDADE E HOSPITAL DOM BOSCO. Gerenciou 23 leitos, a pesquisa no site CNES descreve a quantidade de 16 leitos, portanto a documentação apresentada não contempla o número mínimo de leitos para ser pontuado. Conferência realizada no site CNES ( <a href="http://cnes.datasus.gov.br/">http://cnes.datasus.gov.br/</a> ), realizada em 29/10/24.
	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	1418-1419 MÍDIA ELETRÔNICA	Apresentação de documentação, conforme edital		CG: ATES TADO DE CAPACIDADE TÉCNICA: NR GILLET REPRESENTACOES E EMPREEND SOCIAIS LTDA (POLICLINICA).
	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 Comission International, Qmentum da Canada 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 apresentado.
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	692 a 695	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/argquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/argquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980</a> <a href="#">Fundação Getúlio Vargas</a>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou organograma descrevendo a Diretoria Geral e suas coordenações. As competências foram apresentadas em formato textual.
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	3	ANEXOS ( 1422 a 1435)	Apresentação de documentação, conforme edital: (***) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 Jose Israel Sanchez Robles: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 Thiago Carvalho Roriz: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Denise de Freitas: apresentou certificado de curso superior e não lato sensu como solicitado em edital. POR ISO NÃO PONTOUO. ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Andre Luis Braga: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Jane Freitas dos Santos: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR= 0,50
					<a href="#">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</a>		EXPERIÊNCIA HOSPITALAR Jane de Freitas dos Santos Oliveira: DECLARAÇÃO HDT para Diretor Administrativo = 0,50

	<p>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. (****)</p> <p>b) Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Políclínicas/AME/clínicas especializadas, etc.). (****)</p>	04 pontos	3,5	ANEXOS ( 1259 a 1289)	<p>Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.</p> <p>(****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.</p>	<p>Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos</p>	<p>Denise de Freitas: CLT COPIA HOSPITAL SÃO SILVESTRE para Gerente Administrativa = 0,50</p> <p>Rafael Marcelo de Faria: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA HSFA para gestor hemodinâmica = 0,50</p> <p>Thiago Carvalho Koziz Pina: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA HSFA para gestor Neurológica = 0,50</p> <p>João Joaquim Gômide Neto: CERTIDÃO HUGO para Diretoria Clínica = 0,50</p> <p>EXPERIÊNCIA EM UNIDADE DE SAÚDE ATENÇÃO SECUNDÁRIA Rosineire Correia Leite: CLT DIGITAL INMCEB para Gerente Administrativo = 0,50</p> <p>Jane de Freitas dos Santos Oliveira: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA UNIDADE ESTADUAL DE INTERNAÇÃO ZONA SUL-MAPA para Diretoria Geral = 0,50</p> <p>Raphael de Siqueira Junqueira: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA SUPREME CAR para Gerenciamento de unidade de saúde = 0,50</p>
	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	1145	Apresentação de documentação, conforme edital		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
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	3	695 a 1137	<p><a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</a></p> <p><a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeleis/qm/2013/prt3390_30_12_2013.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeleis/qm/2013/prt3390_30_12_2013.html</a></p>	<p>Apresenta o método de dimensionamento das equipes multidisciplinares, demonstra a padronização e dimensionamento de materiais e equipamentos conforme perfil da unidade.</p> <p>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)</p>	<p>Apresentou protocolos de consultas médicas e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade, estabelecendo o fluxo para as especialidades médicas da unidade e/ou encaminhamento.</p>
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	vol 5 anexos	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	<p>Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional.</p> <p><a href="https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf">https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf</a></p>	<p>Apresentado o quadro de metas mensal, 1º, 2º e 3º ano.</p>
	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	1145 a 1170	<p><a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a></p>	<p>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.</p> <p>O Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Contém 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.</p>	<p>Apresentou as rotinas dos profissionais não médicos, alguns POPs para cada profissional da equipe, para enfermagem foi identificado as rotinas para acompanhamento de pacientes com determinado diagnóstico, porém protocolos de procedimentos realizados na unidade não foi identificado.</p>
FA.3.3 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar	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	1174/1182	<p><a href="#">O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cress R</a></p>	<p>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.</p>	<p>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 detalhamento do objeto do funcionamento do setor de Serviço Social "24hs ininterruptamente", 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..</p>
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	0,8	1183/1199	<p><a href="#">Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Ministério da Sa de</a></p> <p><a href="#">Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</a></p>	<p>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.</p>	<p>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 profissional integrante 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.</p>
	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	02 pontos	0,5	1199 a 1203	<p><a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a></p>	<p>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.</p>	<p>Apresentado a partir da pág 1199 a 1203, 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; SA-ME. Depois apresentados mais a Unidade Financeira (Contabilidade; Orçamento 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.</p>
FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços							<p>Deve apresentar descrição</p> <p>Descreve processos de compras contemplando: compras programadas, solicitação, aquisição de bens patrimoniais, cadastro de fornecedores. Apresenta também POP DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E</p>

	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1	1203 a 1215	<a href="#">RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022</a>	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).	INSUMOS contemplando: aquisição (compra de medicamentos, rotina para aquisição), recebimento, conferência, armazenamento, mas não menciona CAF e guarda e distribuição de medicamentos de alta vigilância, controle especial e medicamentos do Jurez Barbossa, demonstrando falta de personalização para a unidade de saúde pretendida.
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	2	1215 a 1218	<a href="#">Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados</a>	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresenta critérios gerais de contratação contemplando: qualificação técnica, regularidade jurídica e fiscal, sustentabilidade e responsabilidade social, modalidades de contratação, monitoramento e avaliação dos contratos. Apresentou também critérios específicos mínimos para contratação de serviços de limpeza (como uso de produtos de limpeza específicos, treinamento, tempo de execução), vigilância (treinamento em segurança, plano de ação e emergências) e manutenção predial (capacitação e plano de manutenção preventiva e corretiva).
	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	1,5	1234 a 1238	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a>	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.	A partir da pág 1234 a 1238, 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 formação de plano de capacitação. Em geral não define a metodologia a ser utilizada na pesquisa.
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1,5	1231 e anexo	<a href="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">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</a>		Apresentou em anexo, os cargos e suas faixas salariais com encargos sociais e carga horária. 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 progresso, 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. 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	1,5	1238 a 1246	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3</a>	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 1238 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. A Organização se estendeu no item avaliação de desempenho, onde apresenta a periodicidade anual e cuja metodologia tem por base a avaliação por competência e o PD ( Apresenta cronograma de implantação na pág 1246) 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	1246 a 1250	<a href="#">Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015</a>	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).
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	1250 a 1258	<a href="#">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)</a>	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 apresenta a partir da pág 1250, objetivos específicos a serem trabalhados: - Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, seguindo as diretrizes do SUS e garantindo as boas práticas e a segurança na atenção; - Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública; - Ampliar a capacidade decisória dos gestores dos diversos serviços que compõem a unidade de saúde; - Implantar um modelo de gestão dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas; - Atender a demanda por atendimento médico ambulatorial, serviço de apoio em diagnóstico e terapia (SADT), além dos serviços de logística em assistência. - Garantir a humanização da atenção, através de boas práticas de atenção, direito 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, e para isso apresenta a metodologia do PMI conforme a identidade Institucional (missão, visão). Também descreve algumas ferramentas de gestão (PDCA, 5W2H, curva ABC



FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de gestão	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	110/168	<a href="https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoinformacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf">Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 ( https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assessoinformacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf)</a>	De 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	168/179	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a> <a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633</a>	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	1	178 a 197	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação</a>	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.	Apresentada proposta para processo de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário, porém sem a formatação de Projeto como requerido e faltando alguns itens de projeto. Apresentou levantamento de necessidades de sistemas nas áreas mapeadas. Apresentou a política de proteção de dados e de modo geral os itens que contemplam um projeto como objetivo, infraestrutura, e os módulos que serão implantados. Lembramos que o projeto deve contemplar: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Infraestrutura, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Requisitos da infraestrutura de TI temos: 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.
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	197/211	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf</a>	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	0,7	211 a 215	<a href="#">Organização Mundial da Saúde - 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente</a> <a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4</a> <a href="#">RDC 36/2013</a> <a href="#">Port 599/2013-MS</a>	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	Apresentou modelo de protocolo descrevendo critérios de estruturação, revisão, ferramentas de medição e aprovação, conteúdo: Identificação da Necessidade; Formação de Grupo de Trabalho, Revisão de Literatura, Desenvolvimento do Protocolo (título, objetivo, critérios de inclusão/exclusão, responsabilidades, materiais e equipamentos, Fluxograma, Monitoramento e avaliação com indicadores de qualidade e Referências), Validação do Protocolo, Capacitação da Equipe, implementação, Revisão e Atualização. Apresentou também, figura da página inicial de um Protocolo FUNEV (FIGURA 22) demonstrando a formatação do mesmo, mas não apresentou um modelo de Manual a ser utilizado na Assistência. 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, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe de assistência. Pode conter os Pops - protocolos de cada área, e convém 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 operá-los. Apresentou os protocolos de Assistência nas páginas seguintes
Implantação de Processos		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	1	215 a 223	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12</a>	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;	
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e	01 ponto	1	223 a 259	<a href="#">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)</a>	Inventários. Checklist de controle de estoque. Sistema. Planilha Se houver diálise (dializador e outros materiais) No manual deve contemplar o	Apresentada Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio às pgs 223 a 259



		patrimônio						projeto hidráulico. Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	
		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	1	259 a 270	<a href="https://drive.google.com/file/d/1Q_8PDgrHPGAT85AvislbWMawnEvKTIDZ/view">https://drive.google.com/file/d/1Q_8PDgrHPGAT85AvislbWMawnEvKTIDZ/view</a>		Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	apresentado às pág. 259 a 270 Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira
	Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	5	270 a 294	<a href="#">Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS</a>		1. Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar;  3. Projeto Básico: detalhamento para definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.	Apresentou 09 Projetos sendo: 1. PROJETO DE INCENTIVO A AMANENTACÃO; 2. PROJETO APOIO SOCIAL AS FAMILIAS DE PACIENTES EM USO DE DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS; 3. PROJETO GESTÃO SUSTENTÁVEL DE RESÍDUOS; 4. CUIDANDO DA SAÚDE DA COMUNIDADE; 5. PROJETO SORRISO SAUDÁVEL PARA TODOS; 6. PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE/ALCANÇAR REQUISITOS PARA O NÍVEL I CERTIFICAÇÃO ONA; 7. PROJETO PROADI-SUS CUIDADO PALATIVOS; 8. PROJETO PRODUSUS PLANIFICAÇÃO DA SAÚDE; 9. PROJETO DIA DE BELEZA E BEM-ESTAR PARA PACIENTES DE HEMODIÁLISE. Todos os projetos apresentaram: objetivos, metodologia, levantamento de necessidades considerando região atendida e usuários da POLICLÍNICA (Público Alvo), demonstrando personalização para os atendimentos/capacidade operacional da unidade de saúde em questão, além de apresentar resultados esperados e cronograma para a maioria dos projetos. Menciona que os orçamentos dos mesmos estão inseridos no custeio previsto para a unidade pretendida.
TOTAL DE PONTOS FA.1:				19,20					
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 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	296/302	<a href="#">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</a>	(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	302/309	<a href="https://diariodarepublica.pt/drr/detalhe/decreto-lei80-2018-116673880">https://diariodarepublica.pt/drr/detalhe/decreto-lei80-2018-116673880</a>	(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	309/315	<a href="#">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. 9º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.</a>	(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	315/323	<a href="#">PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar</a>	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	323/329	<a href="#">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.</a>	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	329/335	<a href="#">Classificação de risco de Agentes biológicos</a> <a href="#">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.</a>	(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	335/344	<a href="https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ate=77eETVq5kMZpWT26e">https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ate=77eETVq5kMZpWT26e</a> <a href="https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br">https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br</a>	(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	344/349	<a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/ed48579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e0dc?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/ed48579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e0dc?version=1.0</a> <a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm</a> <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html</a> <a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/ed48579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e0dc?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7a+de+2018+COMENTADA/ed48579517a2-4e1e-99ac-df6bad1e0dc?version=1.0</a>	Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (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	349/356	<a href="#">Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde</a> <a href="#">Farmácia Hospitalar - CFF</a>	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	356/363	<a href="http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf">http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf</a>	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	363/369	<a href="#">COMISSÃO DE COMPLIANCE</a>	(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	369/376	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html</a> <a href="https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf">https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf</a>	(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	0,5 ponto	0,5	376/383	<a href="#">RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.</a> <a href="#">PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).</a>	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		



FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	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	1338-1340	Apresentação de documentação, conforme edital		Declaração sobre a aplicação de recurso. CEBAS com validade pelo período de 21/01/2021 a 21/01/2024 (PORTARIA 53 de 21 de janeiro de 2021), pela prestação anual de serviços ao SUS. Prorrogação da validade pela Portaria 1.127 de 18/12/2023 para 31/12/2025.
	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	1342	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.		FUNEV: Validade: 04/2025. ONA: ACREDITADO PLENO (ONA 2). Consulta realizada no site <a href="https://www.ona.org.br/">https://www.ona.org.br/</a> , em 05/11/24.
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	452 a 464	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980</a>  <a href="#">Fundação Getúlio Vargas</a>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou organograma do Corpo Diretivo: contendo Diretoria Executiva, Diretoria Técnica, Diretoria Médica, Diretoria Administrativa. Apresentou as competências das diretorias e gerências envolvidas descritas em formato de textual.
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (****)	03 pontos	3	464 e ANEXO II (1412 a 1429)	Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		João Pedro dos Santos Pereira: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR E SISTEMAS DE SAÚDE= 0,50 Zilda da Conceição: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 Kárita Monielly: MBA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Emily Silva: MBA GESTÃO EM SAÚDE = 0,50 Rodrigo Mendonça: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E GESTÃO ESTRATÉGICA = 0,50 Werlaine Souza: MBA EM GESTÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE = 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. (Políclínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	2	464-465 : 1343 a 1411	Apresentação de documentação, conforme edital: (*****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.  (*****): Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.		EXPERIÊNCIA UNIDADE HOSPITALAR João Pedro dos Santos Pereira: apresentou ATESTADO para Diretor Geral HEANA = 0,50 Zilda da Conceição: APRESENTOU ATESTADO DE APACIDADE TÉCNICA PARA SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DO HMAP, MAS NÃO APRESENTOU PERÍODO MÍNIMO DE 01 ANO SOLICITADO NO ITEM, POR ISSO NÃO PONTUOU. Francisco Baltazr: APRESENTOU CARTEIRA DE TRABALHO PARA MEDICO CLÍNICO, NÃO DESCREVE CARGO DE DIRETORIA E NEM UNIDADE DE SAÚDE QUE EXERCEU O CARGO, POR ISSO NÃO PONTUOU William Downing: DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PARA DIRETOR PRESIDENTE HOSPITAL EVANGÉLICO GOIANO = 0,50 Ernei de Oliveira: DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PARA DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO HOSPITAL EVANGÉLICO GOIANO = 0,50 Kárita Monielly: APRESENTOU SOMENTE CURRÍCULO, POR ISSO NÃO PONTUOU. Emily Silva: APRESENTOU SOMENTE CURRÍCULO, POR ISSO NÃO PONTUOU. Rodrigo Mendonça: APRESENTOU SOMENTE CURRÍCULO, POR ISSO NÃO PONTUOU. Werlaine Souza: APRESENTOU SOMENTE CURRÍCULO, POR ISSO NÃO PONTUOU. EXPERIÊNCIA UNIDADE ATENÇÃO SECUNDÁRIA João Pedro dos Santos Pereira: apresentou ATESTADO para Diretor Geral AMBULATORIO UNIVERSITARIO CENTRAL= 0,50 Zilda da Conceição: APRESENTOU DECLARAÇÃO DE VÍNCULO PARA DIRETOR TÉCNICO NA POLICLINICA ESTADUAL ISMAEL ALEXANDRINO PINTO, MAS NÃO APRESENTOU PERÍODO MÍNIMO DE 01 ANO SOLICITADO NO ITEM, POR ISSO NÃO PONTUOU. FRANCISCO BALTAZAR: APRESENTOU DECLARAÇÃO DE VÍNCULO PARA DIRETOR TÉCNICO NA POLICLINICA ESTADUAL REGIÃO DE SÃO PATRÍCIO, MAS NÃO APRESENTOU PERÍODO MÍNIMO DE 01 ANO SOLICITADO NO ITEM, 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	465 a 466	Apresentação de documentação, conforme edital		
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	3	466 a 556	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</a>  <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html</a>	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)	Apresentou protocolos médicos com as rotinas operacionais das especialidades para os serviços compatíveis com a carta de serviço da unidade policlínica.  Apresentou os quadros de metas para área médica e

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	2,5	556 a 571	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	mesa deverá ser estabelecida considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional.	ção médica com um cronograma de produção dividido em três fases, com duração de 12 meses totalizando 36 meses.
	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	579 a 820	<a href="https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf">https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf</a>  <a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>	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 protocolos Assistenciais de Atenção Não Médica de qualificação dos profissionais e Rotinas operacionais para os serviços 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	1	820/825	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf</a>  <b>O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cress Ri</b>	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 estrutura, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	2	825/845	<b>Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de</b>  <b>Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</b>	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	2	833/856	<a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a>	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 escorço ampliado de avaliação; prover insumos para a elaboração de programas de saúde e segurança dos colaboradores.	
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1,5	870 a 919	<b>RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022</b>	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).	Apresenta REGULAMENTO DE COMPRAS, CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS E OBRAS, LOCAÇÕES E ALIENACÕES, REGULAMENTO DE PATRIMÔNIO E NORMAS PARA AQUISIÇÃO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA POLICLÍNICA. Para REGULAMENTO DE COMPRAS, CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS E OBRAS, LOCAÇÕES E ALIENACÕES: contempla questões administrativas, jurídicas e financeiras da etapa de compras. Para REGULAMENTO DE PATRIMÔNIO: contempla normatização para controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo (NORMAS contemplando RENOVACÃO E REPOSIÇÃO DE ESTOQUE (estoque mínimo/estoque máximo), SEGURANÇA PARA ARMAZENAGEM DE MATERIAL NO ALMOXARIFADO, REALIZAÇÃO DO INVENTÁRIO) E NORMAS PARA AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS contemplando: solicitação de emergência (emergencial e extras), recebimento de material (incluindo termolábeis, psicotrópicos e controlados), guarda/armazenamento de insumos, distribuição de insumos, baixa de estoque por perda, medicamentos e materiais a vencer, produtos não padronizados. Não foi verificado apresentação de critérios para guarda/armazenamento de medicamentos de alta vigilância, controle especial e medicamentos do Juarez Barbosa e nem 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	2	919 a 978	<b>Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados</b>	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Apresentou 1.TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE VIGILÂNCIA contemplando: qualificação técnica e plano de segurança (plano de contingência e de resposta a incidentes), capacitação em emergências e segurança no ambiente de saúde; 2. TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE LIMPEZA contemplando: frequência de limpeza, produtos a serem utilizados, manual norteador para limpeza; 3. TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE MANUTENÇÃO PREDIAL contemplando: qualificação técnica, plano de manutenção preventiva e plano de manutenção (predial). Para contratação de serviços de terceiros apresentou também REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUNEV E POLÍTICA DE GESTÃO DE FORNECEDORES DE SERVIÇOS E PRODUTOS.
						Constitui um processo de diagnóstico dos aspectos que possam impactar a satisfação dos profissionais quanto ao ambiente interno da	Apresentou um projeto de desenvolvimento Humano tendo em vista o mapa estratégico da Organização dentro da perspectiva

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	3	989 a 992	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a>	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.	Aprendizado e crescimento. Adota a gestão por competência e elaborar o plano de Desenvolvimento Humano e estabelece programas e indicadores de monitoramento. Dentro da Presidência de Clima Organizacional, estabelece o planejamento das etapas e o desenvolvimento do questionário e cujos resultados são devidamente comunicados e transformados em três categorias a serem implementados na organização.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1,5	992 a 1005	<a href="https://www.gov.br/economia/nt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf">https://www.gov.br/economia/nt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf</a>		Define as diretrizes do Plano de Cargos, , a estrutura dos cargos, o regramento para a gestão destes e define os tipos de promoção. As pags 1004 apresenta tabela com os valores e níveis salariais. 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	2,75	1005 a 1034	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3</a>	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	Apresentados os critérios de seleção, bem como acolhimento, remanejamento, readaptação, desligamento da Organização. Descrição às pags 1027 das estratégias para combate ao absenteísmo. Não foi apresentado contrato de trabalho.
	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	1035 a 1040	<a href="#">Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015</a>	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado às pags 1035 a 1040, 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	2	1040 a 1058 e anexo X	<a href="#">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)</a>	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	A Organização apresenta seu modelo de trabalho tendo por base uma tabela de indicadores de monitoramento, adotando a metodologia do BSC para construção do Planejamento Estratégico. Apresenta o cronograma para cumprimento da proposta às pags 1050 a 1057 e a planilha de custos no anexo X.
TOTAL DE PONTOS FA.3:		52,25					

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 DE SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA									
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 = 6,50	Nota FA.3: Qualificação Técnica = 36,95					TOTAL:	52,55
	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		
		Pontuação Máxima por Item	Nota Atribuída		Referência / Fonte	Requisitos Mínimos Avaliados	Observações
Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas		1,5 pontos	0,8	28 a 37	<a href="https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/">https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/</a>  <a href="#">RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do ms i https://bysms.saude.gov.br/bys/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html i : em conformidade com a ABNT NBR 9050</a>	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 fluxo amplo sem detalhar as áreas restritas, o acesso do paciente no atendimento e o acesso do funcionário. Fluxo de acesso do paciente em áreas internas da unidade, apresentou somente para ambulatório, outras áreas internas não foram mencionadas.
	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)	1,5 pontos	0,5	38 a 45	<a href="#">RESOLUÇÃO CFM 2.289/2021</a>  <a href="#">LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218</a>		Apresentou Fluxogramas para: Atendimento do usuário; Anulação do prontuário do usuário, consulta a prontuários para estudos e pesquisas, consulta prontuário para continuidade de tratamento, circulação e arquivamento de documentos administrativos e requisições de materiais e notas fiscais, circulação materiais na unidade PORTARIA/RECEPCÃO. Não apresentou critérios para: classificação de documentos e temporalidade de arquivamento/destinação final, manutenção de sigilo das informações dos usuários. Não apresentou texto de forma clara/com

[illegible]



Implantação de Processos	Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,2	97 e 98	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12</a>	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;	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	99 a 104	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 3.1 (patrimônio)</a>	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.	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 todos os serviços relativos tanto 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	105	<a href="https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GtHrPGAT85AvisibWmwnEvKTDZ/view">https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GtHrPGAT85AvisibWmwnEvKTDZ/view</a>	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Não apresentado embora tenha um pequeno texto a pág 105
Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	2	106 a 107	<a href="#">Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde, MS</a>	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 ORLUNDO CEBAS. 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 unidade pretendida, 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
Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,25	112/115	<a href="#">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 2.132/2016 Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde</a>	(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	116/119	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2018-116673880</a>	(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	124/125	<a href="#">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 13 de dezembro de 2003, e dá outras providências.</a>	(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	109/111	<a href="#">PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Programa de Controle de Infecção Hospitalar</a>	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	139/140	<a href="#">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.</a>	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 Agentes com Material Biológico (CAMB)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	1 ponto	0,25	126/127	<a href="#">Classificação de risco de Agentes biológicos</a>  <a href="#">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 (CRS), do Ministério da Saúde.</a>	(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	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,75	0,2	144/147	<a href="https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eTVq5kMZpWT26e">https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&amp;numero=14457&amp;ano=2022&amp;ato=77eTVq5kMZpWT26e</a>  <a href="https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/nr-br">https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/nr-br</a>	(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.

FA.2.1 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Atividades - CIPA	de regimento interno e Cronograma de Atividade Anual					Atividade e Cronograma de Atividade Anual	Esta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.
FA.2.1 Qualidade Subjetiva: 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	0,2	148/151	<a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ca?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ca?version=1.0</a> <a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm</a> <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html</a> <a href="http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ca?version=1.0">http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+222+de+Mar%C3%A7o+de+2018+COMENTADA/edd85795-17a2-4e1e-99ac-df6bad1e00ca?version=1.0</a>	Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (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)	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	141/143	<a href="#">Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004 - Ministério da Saúde</a> <a href="#">Farmácia Hospitalar - CFF</a>	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	120/123	<a href="http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf">http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf</a>	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	134/135	<a href="#">COMISSÃO DE COMPLIANCE</a>	(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	128/133	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html</a> <a href="https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20cnepe%20finalizada%2030-09.pdf">https://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20cnepe%20finalizada%2030-09.pdf</a>	(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 (NQSP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	152	<a href="#">RDC 36/2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.</a> <a href="#">PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).</a>	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 do Trabalho - SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	136/138	<a href="https://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nrd.htm">https://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nrd.htm</a> <a href="#">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"</a>	(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.
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,15	153/157	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.	A proposta traz as seguintes comissões: Comissão de Residência Médica, Núcleo Interno de Agendamento e Núcleo Vigilância Epidemiológica. As comissões sugeridas estão incompletas, não trazendo todos os itens exigidos para a composição de nota.
	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	1,5 pontos	0	158	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	Apresentar metodologia para avaliação de pacientes que procuram o serviço de saúde, identificando suas necessidades e priorizando 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. Espera-se que a proposta seja adaptada às necessidades da Policlínica e sua natureza de atendimento com orientações para as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial. A proposta não mensura o solicitado, pois traz um texto extremamente compactado com informações raras e incompletas.
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	1	158/161	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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 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 traz informações importantes, mas insuficiente, nota-se a falta de clareza e personalização, ao mencionar termos como classificação de risco e atendimento às urgências, não condizentes com o objeto do certame.
		Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	162/167	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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 eficiente, ajudando o usuário a resolver questões práticas, como agendamento de consultas e exames, orientações sobre procedimentos e atualização de cadastro, entre outros. A proposta trazida pretende atender dois itens, neste em questão, atende integralmente.
FA.2.2 Qualidade Subjetiva: Avalia medidas								A entidade através de diferentes canais

De promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa da Unidade: Acolhimento e Atendimento		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	0,7	162/167	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/rede-humanizaus/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/rede-humanizaus/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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.	tem exigido que apesar do tratamento das demandas, deve ser implementada uma pesquisa de satisfação para medir a percepção dos usuários sobre o atendimento e os serviços prestados, e que tenha vinculação com a Secretaria de Estado de Saúde. A ouvidoria deve estar localizada em um ambiente com acessibilidade, independência e imparcialidade, e principalmente, deve ser um local que ofereça sigilo e discrição para que os usuários possam fazer suas manifestações com tranquilidade e sem constrangimentos, garantindo a confidencialidade das informações, e não como a proposta descreve, que o "SAU/Ouvidoria estará centralizado na recepção da unidade (...) posicionado em Balcão de atendimento". Nesse aspecto, nota-se uma proposta única com o item de implantação do SAU e que não personalizou o serviço na estrutura da Ouvidoria, não atendendo integralmente o que foi solicitado neste item.
	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	0,4	167/168	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, funcionar 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 genérico 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.
		Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	0	168/169	<a href="https://bysms.saude.gov.br/bys/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html">https://bysms.saude.gov.br/bys/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html</a>	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 condene o cuidado de forma adequada.	Espera-se neste item um projeto que busque organizar o fluxo de retorno de pacientes dos serviços especializados para a APS, promovendo continuidade no cuidado, monitoramento e acompanhamento integral dos usuários. Esse sistema é essencial para garantir a comunicação eficiente entre os níveis de atenção e para evitar a fragmentação do cuidado. Imagina-se para isso, uma proposta estruturada que contenha planejamento, metodologias de implantação, monitoramento e avaliação, a que não foi entregue.
	TOTAL DE PONTOS FA.2:			6,50				
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
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		301-311	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.		IGA: Não atende. ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DO 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		313-314	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.		IGA: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA HOSPITAL REGIONAL DANTAS BHO, CONTRATO GESTÃO 03/2015 = 112 Leitos CNEs = 125 leitos. Conferência realizada no site CNEs ( <a href="http://cnes.datasus.gov.br/">http://cnes.datasus.gov.br/</a> ), realizada em 02/12/24.
	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 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 Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6		323-324	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 nenhum 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 Comission International, Qmentum da Canada 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 apresentado.
Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo			02 pontos	2	171 a 174	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980</a> Fundação Getulio Vargas	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou organograma descrevendo as Direções: Geral, Técnico, Administrativo/Financeiro. As competências foram descritas em formato textual.
								Durival Santos Pereira Neto: MBA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE e o, SO Hernani Vaz Kruger: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50

FA.3.2 Estrutura da Gestão	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	2	ANEXO I (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
	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/AMÉ/clinicas especializadas, etc.). (*****)	04 pontos	2,5	ANEXO I (351 a 363)	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 Antonio Walter Brandão Luna: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITAL ALAIDE COSTA = 0,50. Egídio Alves Feltosa Filho: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR MEDICO HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU = 0,50. João Henrique Araújo Andrade: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA GERÊNCIA ENFERMAGEM , HRCC = 0,50 EXPERIÊNCIA ATENÇÃO SECUNDARIA Mario Lisboa de Sales Neto: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA PARA DIRETOR GERAL / UPAC IRMÃ DUDA GRANDE RECIFE = 0,50. Tiana Lúcia Pimentel dos Santos: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA PARA DIRETOR OPERACIONAL UPAC IRMÃ DUDA = 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	365 a 366	Apresentação de documentação, conforme edital		
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	1,5	178 a 198	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</a>  <a href="https://bysms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2013/prt3390_30_12_2013.html">https://bysms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2013/prt3390_30_12_2013.html</a>	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 POPs direcionados para as rotinas de consultas no ambulatório, contudo o solicitado no item inclui protocolos de atenção médica compatível com o perfil da unidade
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	2,5	ANEXO II pags. 369 a 374	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da macrorregião e necessidade populacional.	Apresentado de 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 compatíveis com o perfil da unidade licitada.	03 pontos	0,5	199 a 218	<a href="https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf">https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf</a>  <a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>	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	220/227	<a href="https://bysms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf">https://bysms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf</a>  <a href="#">O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cressa RI</a>	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 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 normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	0,5	228/239	<a href="#">Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de</a>  <a href="#">Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</a>	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 suprimiram 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.
	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	1,7	239 a 273	<a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a>	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 interessados.	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 pág 239 a 273. Ficou evidenciado a estrutura, horário, finalidade,

FA.3.5 Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Normas, normas e equipe mínima					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.	Atribuições mínimas de competência, perfil de alguns dos cargos (de gestão), porém não foi evidenciada a o quantitativo de equipe mínima dos demais cargos.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1	274 a 279	<a href="#">RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022</a>	Deve apresentar descrição quanto: inspecção 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 medicamentos 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 (CAR), incluindo os termolábeis e dispensação e reposição dos carinhos de emergência.
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	1	280 a 281	<a href="#">Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados</a>	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	282 a 288	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a>	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 proposta bem estruturada, de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição do uso de informações. Não 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	288 e 289	<a href="https://www.gov.br/ekonomia/nt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf">https://www.gov.br/ekonomia/nt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/publicacoes/arquivos/plano-de-cargos-e-salarios-e-plano-de-funcoes-diretrizes-e-orientacoes.pdf</a>		Apresentado às pág 288 e 289, um pequeno esboço com texto para elaboração de um plano de Cargos, que deveria detalhar: 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; 7. Política de Progressão; 8. 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	2	290 a 294	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3</a>	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 pág 290 A 294 Proposta para o item estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho. Em referência ao item Combater absenteísmo dos profissionais e estimular a produção nada foi apresentado. Evidenciada a metodologia da Avaliação de Desempenho. Visualizado o fluxograma do processo de Avaliação mas nada evidenciado sobre os planos de trabalho e capacitação pós avaliação de avaliação. Apresentada a descrição do processo para seleção e contrato de trabalho, atendendo ao item.
	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	295 a 297	<a href="#">Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015</a>	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	Apresentado pág 295 e 297 em referência ao 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	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro			306 a 311, 376 e 379	<a href="#">PORTARIA Nº 936, DE 27 DE ABRIL DE 2011 Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e</a>	Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e	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/produzidade com foco no cliente e

Metodologia de Projetos	planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	1	2,73 e 3,73 no anexo 4	acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).	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 nas pags 375 a 379 planilha de custos dos para gestão da Unidade de Saúde. Não evidenciado plano de trabalho com cronograma de realização da proposta apresentada.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			36,95				

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 DE SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA									
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: IGH									
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3	Nota FA.1: Área de Atividade =	15,60	Nota FA.2: Área de Qualidade =	18,40	Nota FA.3: Qualificação Técnica =	44,30		TOTAL:	78,30
	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	0,75	29 a 32	<a href="https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/">https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/</a>  <b>RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do ms ( <a href="https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html">https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html</a> ) ; em conformidade com a ABNT NBR 9050</b>	Apresentação dos fluxos mapeados	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 funcionários. Nas áreas internas também não foi documentado o fluxo do paciente no Ambulatório, SADT 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 carecterizando a não individualização, personalização da unidade pleiteada.	
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	1,3	33 a 51	<b>RESOLUÇÃO CFM 2.289/2021</b>  <b>LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218</b>	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 fluxos para: documentação interna, documentação externa (protocolo geral), documentos de pacientes (prontuários), documentos assistenciais (SAME) e para ambulatório ambulatório. Foi apresentado também NORMA ZERO-GESTÃO DE DOCUMENTOS contemplando: campo de aplicação, elaboração, formatação, estrutura documental, hierarquia de documentos, aprovação, revisão, controle de emissão, controle de distribuição e responsabilidades. Menciona o Código de Ética Médica para garantia da segurança de dados, mas não demonstra por qual mecanismo/ferramenta para garantir a privacidade e controle de acesso.	
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	0,75	52 a 56	<b>RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS ( <a href="https://www.sindhosa.org.br/resolucao-%5C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/">https://www.sindhosa.org.br/resolucao-%5C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/</a> )</b>	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 contextualizar, não descreve como se dará a distribuição de materiais reprocessados. Fluxo para Rouparia foi apresentado diagramas para lavanderia e rouparia sem nenhuma contextualização que caracterize a unidade.	
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1	57 a 61	<b>RDC nº 306/04 da ANVISA e a resolução nº 358/05 do CONAMA ( <a href="https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/13135807-res-306.pdf">https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/13135807-res-306.pdf</a> ) ; Manual Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde ANVISA -2006</b>	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, 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 Logística de Suprimentos	01 ponto	0,8	62 a 69	<b>Diretrizes sobre Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos e RDC 430/2020 ( <a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rtc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rtc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593</a> )</b>	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 almoxarrafado. Apresenta também: fluxograma de manutenção de estoques, armazenamento (CAF e armário satélite para materiais hospitalares e medicamentos e almoxarrafado para demais insumos), recepção, armazenamento e expedição de produtos farmacêuticos (recebimento, estocagem termolábeis e controle especial). Não descreve distribuição medicação alto custo	
	Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	1	70/83	<b>Manual de boas práticas para elaboração de Regimento Interno ANVISA - 2020 ( <a href="https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf">https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/institucional/arquivos/manual_r_anvisa.pdf</a> )</b>	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		



FA.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de gestão	Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	1	84/96	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633</a>	Disposições Gerais. 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	0,6	97 a 107	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação</a>	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 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário, não foi apresentada na formatação ideal de projeto. Também – não foi apresentado cronograma como em proposta anterior. Um projeto deve conter em sua formatação: Título, Resumo, Apresentação, Contexto, Público, Justificativa, Objetivos, Plano de trabalho, Metodologia, Indicadores, Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos, Anexos, Infraestrutura, Check list. Vale lembrar também, que só na Infra-estrutura temos: 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.
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	1	108/118	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf</a>	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.	
	Implantação de Processos	Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,8	119 e 120 e anexos I e II pag 1359 e II pag 1502	<a href="#">Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente</a>  <a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4</a>  <a href="#">RDC 36/2013</a>  <a href="#">Port 599/2013-MS</a>	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 evidenciado à pag 119 e 120 uma referência para a os anexos I e II, sendo que o anexo I contempla os encaminhamentos dos profissionais e no anexo II são contemplados os protocolos de Assistência das equipes. Não evidenciados os protocolos de urgência e emergência, segurança do paciente, infecção hospitalar, assim como os protocolos da seção clínica cirúrgica, etc., já contemplados em outras propostas anteriores.
		Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	0,8	121 a 124	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12</a>	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;	Apresentada pela Organização, proposta às pag 121 a 124. O Manual deve conter detalhamento dos 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	0,8	125 a 144	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística página 64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 3.1 (patrimônio)</a>	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 pela Organização, proposta às pag 125 a 144 dos requisitos do Almoxarifado e Patrimônio. Evidenciamos na parte do almoxarifado a ausência de alguns requisitos como classificação dos materiais e maior detalhamento na distribuição, movimentação e transporte. O Manual deve conter detalhamento dos processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los. 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, 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	0,5	145 a 153	<a href="https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GrHPGATB5AvelbWWMevnYxKT0Z/view">https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GrHPGATB5AvelbWWMevnYxKT0Z/view</a>	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	A Organização apresenta um texto, uma proposta com texto de processos da área financeira, ainda não em forma de manual. Administração Financeira, tem 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. Não evidenciado, setores como contabilidade, tesouraria, deve abordar necessariamente: 1- Fluxo de caixa. 2- Capital de giro. 3- Controle de contas a



	em reunião de Trabalho -SESMT-	e Cronograma de Atividade Anual					Atividade Anual]	
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	310/351	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.
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	352/355	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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.	
		Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	0,8	356/361	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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 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.	
	Atendimento	Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	362/367	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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	368/377	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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 vinculadas 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	378/380	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1</a>	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	381/384	<a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html</a>	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.	

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	385-432	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.		IGH: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E CONTRATO DE GESTÃO 108/2018 = 374 leitos. CNEs= 235 leitos. Conferência realizada no site CNEs ( <a href="http://cnes.datasus.gov.br/">http://cnes.datasus.gov.br/</a> ), realizada em 05/11/24.
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 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 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)		02 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; ou		

	igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*)				- igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.		
FA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	617-729	Apresentação de documentação, conforme edital		IGH: CONTRATO DE GESTÃO 01/2013 DE FORMA COMPLEMENTAR, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NAS UNIDADES DE SAÚDE ESPECIALIZADA, NO MUNICÍPIO DE CASIMIRO DE ABREU e no HOSPITAL MUNICIPAL ANGELA MARIA SÁNCOS MENEZES
	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	985-988	Apresentação de documentação, conforme edital		IGH: Apresentou proposta de aplicação do recurso. 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, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente. (**)	4,5 pontos	4,5	990-991	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 EXCELÊNCIA (ONA 3). Consulta realizada no site <a href="https://www.ona.org.br/">https://www.ona.org.br/</a> , em 05/11/24.
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	2	992 a 999	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980</a> <b>Fundação Getúlio Vargas</b>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	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.
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	2,5	1000 a 1166	Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 2 pontos.		Lerley Cleamant de Assis: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 João Pedro da Silva Teles: APRESENTOU MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO E NÃO ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU, POR ISSO NÃO PONTUOU; Ceres Maria Ribeiro Andrade Moraes: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Gislaíne Maria Rodrigues Silva: MBA EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 Filipe Santos e Santos: MBA EM GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE COM ENFASE 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/clinicas especializadas, etc.). (*****)	04 pontos	2	1167 a 1203	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. Apresentação de documentação, conforme edital: (*****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto, 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 GESTÃO HOSPITALAR Lerley Cleamant de Assis: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICO-PROFISSIONAL / DIRETOR / HGRS = 0,50 Filipe Santos e Santos: ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA PARA DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHÃES = 0,50 Gislaíne Maria Rodrigues Silva: ATESTADO CAPACIDADE TECNICA PARA DIRETORIA ADMINISTRATIVA HRDLEM = 0,50 Jarbas Sanches Ferreira: ATESTADO CAPACIDADE TECNICO-PROFISSIONAL / ADMINISTRADOR HOSPITAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHÃES = 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	1204 a 1205	Apresentação de documentação, conforme edital		
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	1,5	1210 a 1211. ANEXO II- 1503 a 1642	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</a> <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html</a>	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 POPs de consultas de especialidades compatível com o perfil da unidade. 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	1212 a 1222	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I		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	1,5	1229 a 1230. ANEXO III 1643 a 1718	<a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>	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 POPs de consultas de 09(nove) profissionais não médicos compatível com o perfil da unidade e mais 05 POPs assistenciais do profissional da enfermagem. Portanto não apresentou protocolos assistenciais realizados pelos outros profissionais não médicos, apenas de consulta.
	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	1231/1236	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf</a> <b>O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cress RJ</b>	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	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

						humanos necessários.	adaptação conforme a realidade e necessidades específicas da unidade, faturou a especificação do horário previsto no item.
						<a href="#">Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de</a>	
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	1,5	1237/1275		<a href="#">Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</a>	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 da mesma.
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	1,5	1276 a 1284		<a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a>	Apresentada algumas das rotinas porém não de todos os setores da Administração Geral às Págs 1276 a 1284.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1,3	1285 a 1296		<a href="#">RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022</a>	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).
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	0,5	1297 a 1313		<a href="#">Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados</a>	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.
	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	1	1314 e 1323		<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a>	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.
FA.3.6 Política de Recursos Humanos	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	2	1315 a 1320,		<a href="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">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</a>	Apresentado apenas algumas dos requisitos do Plano de Cargos. Dessa vez a Organização não trouxe nenhum anexo, embora referência o anexo 6 com a descrição dos cargos, contemplando: competências técnicas, competências comportamentais, formação necessária, experiência, responsabilidades, habilidades, etc. Não foram descritos os benefícios, nem os valores salariais, nem os cargos com respectivos classes e níveis salariais. Não descrita tabela com carga horária e salários.
	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	1323 a 1332		<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3</a>	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
	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	1341 a 1346		<a href="#">Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015</a>	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização
							Relatado às págs 1341 a 1346 como a Organização trata o registro de Pessoal. Não apresentou modelo de escalas de trabalho nem evidenciando os critérios para afastamentos (férias/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	1347 a 1354, e Anexo da proposta financeira	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)	Justifica 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).	Não apresentado a proposta de trabalho com adequado planejamento. Apresentado plano/cronograma de execução do trabalho para implementação da proposta apresentada nas pag. 1349 a 1354. Evidenciada a proposta financeira no anexo.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			44,30				

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 DE SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA									
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: INDSH									
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3		Nota FA.1: Área de Atividade =	11,80	Nota FA.2: Área de Qualidade =	17,35	Nota FA.3: Qualificação Técnica =		47,20	
		Máximo 20 pontos		Máximo 20 pontos		Máximo 60 pontos			TOTAL: 76,35
( 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.1.1 Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de gestão						Do patrimônio e das receitas; e Disposições Gerais.	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	<a href="https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513-633">https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-1995-513-633</a>	O Regimento deve trazer 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	189 a 215	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, Subseção 1.7: Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação</a>	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.	Nas págs 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 págs 208 apresentou, o Protocolo de Implantação de Otimização e Utilização de Recursos de Inovação Tecnológica.
	Implantação de Processos	Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	0,8	215/237	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf</a>	O Regimento deve trazer 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".
		Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	0,2	224 a 232	<a href="#">Organização Mundial da Saúde : 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente</a>  <a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.1, número 4</a>  <a href="#">RDC 36/2013</a>  <a href="#">Port.599/2013-MS</a>	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	As págs 224 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. 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, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe de assistência. Pode conter os Pops - protocolos de cada área, e convém 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	0,5	234 a 237	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 11, número 12</a>	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 em 3 páginas (234 a 237) uma proposta de Manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos, sem apresentar o detalhamento 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. 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. PAREI AQUI!
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	0,5	238 a 241	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação - Subseção 1.6 - Gestão de Suprimentos e Logística pág.64, Subseção 2.9, subseção 2.17 (Almoxarifado) e Subseção 3.1 (patrimônio)</a>	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.	Apresentado em quatro páginas (238 a 241) uma proposta de Manual de rotinas para almoxarifado e patrimônio, sem apresentar o detalhamento 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	241 a 259	<a href="https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GrHPGAT85AviselbWMewnEvKTIDZ/view">https://drive.google.com/file/d/1Q_8P0GrHPGAT85AviselbWMewnEvKTIDZ/view</a>	Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Apresentado as págs 241 a 259 - proposta de Manual de rotina de Administração Financeira, e gestão de custos. Foi apresentado conteúdo sobre o tema, porém mais uma vez percebemos a não personalização do material, uma vez que a visita à Unidade é uma oportunidade para serem levantados dados como os sistemas utilizados para a operacionalização financeira como o sistema KPH, a Planilha e os relatórios gerenciais DRE e a metodologia DRC. Um manual deve reunir leis, normas disciplinares, normas técnicas, éticas e morais, além de normas de funcionamento, sistematizados em uma apresentação com sumário, etc., de forma que o profissional da área saiba que sistemas deverá operacionalizar, etc. Desta vez a proposta ainda sem um sumário, se apresentou um pouco confusa entre os setores que englobam a administração financeira e a gestão de custos. Desta vez sentimos falta do fluxogramas de faturamento, que não foi inserido. A Proposta ainda apresenta problemas de apresentação e organização dentro da formatação de manual=2
							1.Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar;	Apresentou 11 Projetos: 1. OTIMIZAÇÃO DO ACOPLHIMENTO PARA PACIENTES DE OUTROS MUNICIPIOS; 2. OTIMIZAR OS AMBIENTES DE DESCOMPRESSION AOS COLABORADORES NOS

Planilha 69593423      SEI 202400010038028 / pg. 40

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	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	371/380	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"	(membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	
	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	397/406	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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 pleiteando 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	407/411	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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.	
		Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	1,5	411/424	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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	424/436	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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.	
	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	436/439	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1</a>	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	439/444	<a href="https://bysms.saude.gov.br/bys/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html">https://bysms.saude.gov.br/bys/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html</a>	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
	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	817-835	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.			INDSH: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA de 262 leitos (HOSPITAL DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ, CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2019), CNES= 208 leitos e HOSPITAL METROPOLITANO DE URGENCIA E EMERGENCIA, CONTRATO Nº 010/SESPA/2022), CNES= 213 leitos Conferência realizada no site CNES (http://cnes.datasus.gov.br/), realizada em 04/11/24.
	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 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 50 leitos e inferior a 100 leitos.(*)	02 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 Policlínicas/AME/Clinica especializada ou similar.	06 pontos	6	870-879	Apresentação de documentação, conforme edital			INDSH:ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA para o CENTRO INTEGRADO DE INCLUSÃO E REABILITAÇÃO-PARA, CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/SESPA/2017.

PA.3.1 Experiência Anterior em Gestão de Unidade de Saúde da proponente	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área de saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	2,5 pontos	2,5	444-447 e 891-894	Apresentação de documentação, conforme edital		INDSH: Apresentou proposta para 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 permanecida.
	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	895-899	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: ACREREDITADO PLENO (ONA 2). Consulta realizada no site <a href="https://www.ona.org.br/">https://www.ona.org.br/</a> , em 04/11/24.
PA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	1	447: ANEXO I (790 a 791)	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980</a>  <a href="#">Fundação Getúlio Vargas</a>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresentou organograma descrevendo as Diretorias: executiva e técnica. Menciona a Diretoria de Enfermagem em quadro legenda, 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	447: ANEXO I (903 a 1107)	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 Jose Batista Luz Neto: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Lilian Rosana Kalber: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR = 0,50 Jose Luiz Gasparini: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO SUS = 0,50 Claudia Cristina da Silva: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR = 0,50 Giovanni Luis Padua 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 de este Chamamento. (Políticas/AMC/clinicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	3	448: ANEXO I (1108 a 1150) ANEXO II (1151 a 1198)	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  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 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 Kalber 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; Claudia Cristina da Silva: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETORA EXECUTIVA UNIDADE DE PEDRO LEOPOLDO = 0,50 Giovanni Luis Padua Merenda: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA DIRETOR EXECUTIVO DO HOSPITAL JEAN BITAR = 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 JIMMINSG = 0,50 Thiarle Dassi: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO PAULO = 0,50 EXPERIÊNCIA EM UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA José Batista Luz Neto: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR OPERACIONAL; CIRR = 0,50 Thiarle Dassi: ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DIRETOR EXECUTIVO UNACON = 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	796	Apresentação de documentação, conforme edital		Foi apresentado o quadro de pessoal médico, com a forma de vínculo. Os valores estão 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 compatíveis com o perfil da unidade licitada.	3,0 pontos	1,5	448 a 457	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</a>  <a href="https://bysms.saude.gov.br/bys/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html">https://bysms.saude.gov.br/bys/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html</a>	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)	Não foi apresentado os protocolos assistenciais médicos para os serviços de atendimento compatíveis 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	457 a 460	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I  <a href="https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf">https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf</a>	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	apresentou o quadro de metas para área não médica e médica, sendo que para as especialidades médicas não foi visualizado.  apresentou alguns protocolos de atenção não médica aplicáveis na unidade como de Enfermagem e Odontologia, protocolo de

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	460 a 543	<a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>	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.	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	544/553	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf</a>  <a href="#">O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cressa RI</a>	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 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	553/562	<a href="#">Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Minist rio da Sa de</a>  <a href="#">Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</a>	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, faltando 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	1,5	562 a 564	<a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a>	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.	Apresentadas as rotinas dos serviços que compõem o Serviço de Administração Geral não houve organizações. Apresentado horário de alguns setores e apresentado o dimensionamento mínimo na planilha anexa.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	2	565 a 639	<a href="#">RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022</a>	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, check est 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 carros de emergência, fluxograma para liberação de material(medicamento de alto custo e/ou não padrão. Apresenta Regulamento da Farmácia e Implantação da Dose unitária. Apresenta também procedimentos sobre recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos de controle especial, medicamentos do Jurez Barbosa, incluindo seus registros.	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).
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	1,4	639 a 667	<a href="#">Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados</a>	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.
	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	03 pontos	1,5	691 a 697	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a>	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 as	Não foi apresentado formalmente um modelo de projeto com todos os itens requeridos. Em relação à pesquisa de clima Organizacional PCO - apresentada metodologia, mas não apresentado os questionários nem o modelo da pesquisa e seu desdobramento em planos de ação e capacitação. Apresentado a definição e uso das informações na pág 697 e 698.

FA.3.6 Política de Recursos Humanos							Iniciativas de melhoria. Fóruns de discussão de ações de intervenção. Campanhas de comunicação interna para estimular a participação e para apresentação dos resultados.	
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	2		1271 a 1571 anexo II 792 a 796	<a href="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">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</a>		Apresentado plano de Cargos e Salários no anexo II págs 1271 a 1571) e planilha de valores na planilha de dimensionamento às págs 792 a 796. Não foi evidenciado a política de remuneração, nem como é realizada a progressão, classes, níveis e quais são os benefícios oferecidos
	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	2,7		698 a 750; 709 a 750	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	Apresentada proposta que atende o item estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho ( não evidenciado um modelo de contrato de trabalho) e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção às págs 698 a 750 (as informações estão em dois locais diferentes e não reunidos em um só) detalhamento. Na avaliação de desempenho foi adotada a metodologia de avaliação com foco nas competências (709 a 750).
	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		750 a 760	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	2		761 a 773; 762 a 773 e 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).	A Organização apresenta declara a partir da pág 761 a 773 sua proposta de de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronograma de execução, custos estimados e resultados factíveis, irá utilizar da metodologia de Planejamento Estratégico com foco na qualidade do atendimento, eficiência e sustentabilidade. Foi apresentado nas págs 761 a 772 o cronograma de implantação da proposta e a planilha financeira de custos de implantação da proposta apresentada no anexo, pág 798.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			47,20					

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 DE SÃO PATRÍCIO - GOIÂNÉSIA									
NOME DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: João Paulo II									
NT: FA.1 + FA.2+ FA.3		Nota FA.1: Área de Atividade =	16,30	Nota FA.2: Área de Qualidade =	8,30	Nota FA.3: Qualificação Técnica =		28,00	
		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				
		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	0,3	38	<a href="https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/">https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/</a>  <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeleq/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html">RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 do MS (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeleq/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) ; em conformidade com a ABNT NBR 9050</a>	Apresentação dos fluxos mapeados	No item foi apresentado apenas definições de Áreas Críticas. Não Críticas e cita que a área externa será monitorada. Ausência		
	Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	1,5 pontos	0,5	38 a 40	<a href="#">RESOLUÇÃO CFM 2.299/2021</a>  <a href="#">LEI N 13.787 DE DEZEMBRO DE 20218</a>	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 fluxos para documentos recebidos de origem externa, origem interna, documentos assistenciais e ambulatorial. Não descreve classificação de documento, arquivamento, controles de acesso e segurança/privacidade e nem formalização/responsabilidades pertinentes aos documentos, item não corresponde ao descrito mo índice		
	Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	1,5 pontos	0,5	40 a 42	<a href="#">RDC nº 15, de 15 de março de 2012 do MS (https://www.sindhoesg.org.br/resolucao-%C2%96-rdc-anvisa-no-15-de-15-de-marco-de-2012/)</a>	Verificar se há fluxos cruzados	Apresentado fluxograma da CME com as etapas do processo de esterilização sem detalhamento das mesmas. Para roupa não foi apresentado o fluxo.		
	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	1,5 pontos	1	42 a 57	<a href="#">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</a>	1.Segregação; 2.acondicionamento; 3.classificação; 4.transporte interno; 5.local de armazenamento; 6.transporte externo e destinação final; 7.quantificação das lixeiras	Para este item apresentou o plano de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PORSS, com referência da etapas do processo. Na classificação o Grupo A2 não são resíduos gerados na Unidade pretendida, 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	130 a 136	<a href="#">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)</a>	Áreas segregadas (recebimento, armazenamento); Atividades de conferência, separação, reposição e distribuição, processos de limpeza e segurança do	Apresentou PROPOSTA DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS contemplando: recebimento, armazenamento, separação, distribuição e gerenciamento de estoque de forma generalizada. Não descreve critérios específicos para recebimento e armazenamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares (incluindo os de controle especial e termolábeis).		



							ambiente, controle de temperatura e umidade	fracionamento, rastreabilidade e distribuição de medicamentos, item não corresponde ao descrito no índice
							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 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.	
							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.	Apresentou a partir da pág 120 até texto não em forma de projeto mas, que contempla alguns dos itens de projeto, como alguns itens de infraestrutura, mapeamento das áreas contempladas, objetivo da política, nao do projeto, porém sem ainda contemplar custos, indicadores de acompanhamento do projeto, sistemas que serão implantados, etc. Lembrando que o projeto deve contemplar: 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, Orçamento/Custos, Anexos, Check est.
							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.	
							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.	A Organização não apresenta item organizado conforme edital, ficando difícil identificá-los. Não foi evidenciado o item Proposta de manual de protocolos assistenciais no sumário, porém às pags 299 a 376 foram identificados algumas tabelas chamadas pela organização de protocolos para os procedimentos das áreas: PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS PARA AMBULATÓRIO; PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM PARA CME E LABORATÓRIO; E PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO, protocolos não estão padronizados e a maioria deles, faltando requisitos. 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, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe de assistência. Pode conter os Pops - protocolos de cada área, e convém 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.
							Observar menção aos protocolos básicos preconizados pela OMS, e/ou texto descrevendo foco na segurança do paciente	
							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: <ul style="list-style-type: none"> <li>gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais;critérios para orientar as decisões de alocação de recursos;</li> <li>acompanhamento periódico do desempenho financeiro;</li> <li>gestão de custos;</li> <li>gestão de contratos;</li> <li>gestão do patrimônio;</li> <li>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;</li> </ul> Inventários, Checklist de controle de estoque. Sistema: Planilha Se houver diáise (diáscador e outros materiais) No manual deve contemplar o projeto hidráulico, Gestão das falhas, prevalência, gravidade, etc.	Foi apresentado um manual em apenas em 2 páginas, ou seja, sem que o Manual contemple os passos do processo de faturamento hospitalar. Convém que o Manual contemple os processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los. 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, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe do faturamento e que contemple os processos a serem abordados e seus fluxogramas, sistemas a serem utilizados e como operacionalizá-los.
							Política de Gestão Financeira documentada, comunicada e implantada de Gestão Financeira.	Apresentado às pags 148 a , texto, desorganizado e confuso alternando Almoxxarifaio, patrimônio, sem a forma de manual, sem um sumário de manual e com ausência de fluxogramas que facilitem a visualização como ocorrem os dois processos.
							1.Programa de Necessidades; 2. Estudo Preliminar;	Mais uma vez o sumário está em desacordo com a proposta. A proposta não foi apresentada em forma de manual e com ausência de alguns itens como contabilidade, apresentação de resultados/relatórios, etc. Convém que o Manual seja um instrumento facilitador da gestão de processos da equipe, e que contemple
								Apresentou 8 Projetos: 1. CH APRENDIZAGEM; 2. ANEM; 3. PROJETO ECO SUS; 4. PROJETO CORES DA SAÚDE; 5. PROJETO MAIS SORRISO E SAÚDE; 6. PROJETO SAÚDE E MOVIMENTO; 7. INCREMENTO DE CIRURGIAS ELETTIVAS; 8. PROJETO DONA GENTILEZA E CERTIFICDO DE LAVANDERIA.Não faz referência sobre custos/orçamentos dos projetos apresentados e/ou se os mesmos estão inseridos no custeio da previsto da unidade de saúde. Os projetos apresentaram: objetivos/ contextualização e público alvos. Não foram apresentados



			Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,5 ponto	0,5	250/263	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: 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	264/266	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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	<p>Trouxeram as comissões: Comissão de gerenciamento e prevenção de risco, núcleo de vigilância epidemiológica.</p> <p>O manual tem o objetivo de orientar a equipe da pol-clínica 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 traz um material teórico relevante, com os princípios orientadores da PNH, de importante embasamento técnico encontrado no link <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/obssuario-neh">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/obssuario-neh</a>, não indicando como os procedimentos necessários expostos neste item serão ofertados em sua prática. Sendo assim, não atende o exposto no item.</p>	
			Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica.	1,5 pontos	0	266/269	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 8</a>	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. Proposta idêntica às páginas 320 a 322 da proposta do IGH para a Policlínica de SLMB, deste modo detectado plágio do item.	
			Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário.	1,5 pontos	0,8	272/276	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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 criação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) em uma policlínica busca atender às demandas dos pacientes, proporcionando um canal estruturado para acolher, orientar e resolver dúvidas, sugestões, elogios e reclamações. Este serviço é essencial para melhorar a comunicação entre os usuários e a instituição, promovendo maior humanização, transparência e qualidade nos atendimentos. A proposta traz uma contextualização teórica, mas que não deixa claro as formas práticas de se atribuir o serviço na Unidade de Saúde. Trouxe a Pesquisa de satisfação como canal de comunicação, mas acredita-se que os canais devem ser ofertados de múltiplas formas para facilitar o acesso dos usuários, além do presencial, também o telefônico, online e caixa de sugestões, por exemplo.	
	Atendimento		Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	1,5 pontos	1,5	276/283	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizassus/rede-humanizassus/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf</a>	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 idêntica à trazida pelo IGH deste mesmo certame nas páginas 368 a 375. * nota atribuída ao item mencionada da entidade outra	
			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	0	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.4, número 1</a>	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	Não trouxe proposta para avaliação deste item.	
			Plano/projeto para implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária	1,5 pontos	0,5	283/332	<a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html</a>	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.	Espera-se neste item a proposta de um plano/projeto que vise implementar um sistema de contrarreferência para melhorar a integração entre os níveis de atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando a continuidade do cuidado aos usuários. Para tanto, destaca a importância da contrarreferência para fortalecer o fluxo de informações e a gestão do cuidado, a fim de padronizar processos, integrar equipes e qualificar os profissionais. No entanto, a proposta tem um conteúdo extenso que não facilita esse entendimento, e ainda traz um escopo de atendimento não pertinente à unidade, quando no Quadro 1 menciona uma classificação de prioridade encontrada em serviços de urgência e emergência.	
		TOTAL DE PONTOS FA.2:				8,30				
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 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	817-819	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.		JOÃO PAULO II: ATESTADO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DE 118 leitos (HOSPITAL DISTRITAL JALTON MESIAS DE ALBUQUERQUE). CNEs = 108 leitos. Conferência realizada no site CNEs ( <a href="http://cnes.datasus.gov.br/">http://cnes.datasus.gov.br/</a> ), realizada em 04/11/24.	
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. (*)										

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	6	793-794	Apresentação de documentação, conforme edital		JOÃO PAULO II DECLARAÇÃO: UNIDADE MISTA DR. BENJAMIM BEZERRA DA SILVA (atividades hospitalares como internamente em clínicas médicas pediátricas, obstétricas, e cirurgia geral e pediátrica) realizada procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar.
	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	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 apresentado.
FA.3.2 Estrutura da Gestão	Apresentação de organograma, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	1,5	15 a 16, 337 a 407	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf">https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2147_2016.pdf</a> <a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1980</a> <b>Fundação Getúlio Vargas</b>	representação gráfica da forma como a empresa se divide hierarquicamente, demonstrando os cargos existentes na instituição	Apresenta organograma descrevendo as Diretórias: Geral, Técnico e Administrativo / Financeiro. Descreveu competências das diretorias em texto em contexto separado do organograma, não descrito no índice
	Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	03 pontos	1	ANEXO I (585 a 769)	Apresentação de documentação, conforme edital: (***) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.		<b>Danielle Marinho e Silva: ESPECIALIZAÇÃO EM REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS = 0,50</b> <b>Ana Mônica Ribeiro Nascimento: ESPECIALIZAÇÃO INOVAÇÃO E GESTÃO ORGANIZACIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE = 0,50</b>
	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. (Policlinicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	04 pontos	0,5	ANEXO I (814)	<b>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</b>  Apresentação de documentação, conforme edital: (****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto; 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	<b>Pedro Alberto Paraiso: ATESTADO DE CAPACIDADE OPERACIONALIZAÇÃO DE GESTÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL GERAL RECIFE/PERNAMBUCO = 0,50</b>
	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	536 a 537	Apresentação de documentação, conforme edital		Apresentou o quadro de pessoal médico constando o vínculo e carga horária com 20h sem determinar meses ou semana. Não consta 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	1	286 a 332	<b>Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 2.3, número 2</b>  <a href="https://bysms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html">https://bysms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html</a>	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 (PNAHC) 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)	Para este item não foi identificado os protocolos assistenciais de atenção médica compatíveis com o perfil da unidade, apresentou protocolos de rotinas operacionais para atendimentos/acesso ambulatorial.
	Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2,5 pontos	0,5	19	Apresentação de documentação, conforme edital: Anexo I	Meta deverá ser estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional	Foi considerado as metas para SADI que atende o mínimo de atendimentos conforme edital. Para consultas dos profissionais médicos e não médicos, as metas apresentadas não atende o mínimo mensal conforme Edital -38.1.4. Não foi apresentado as metas para os 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	2	356 a 396/ 843 a 1149	<a href="https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf">https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf</a>  <a href="https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf">https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf</a>	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.	Nas pags. 356 a 367 apresentou atribuições da equipe de enfermagem de ambulatório, atribuições e atividades do serviço social, Fisioterapia, Nutrição e psicologia e alguns POPs assistenciais de enfermagem e POPs farmácia. Não foi apresentado os protocolos assistenciais para os outros da equipe multiprofissional como Assistente Social, Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e Psicólogo.
	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	359/367	<a href="https://bysms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf">https://bysms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf</a>  <b>O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas - Cressa RI</b>	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 Mesmo texto da proposta do IGH, nas 1231 a 1236 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 adaptação conforme a realidade e necessidades específicas da unidade, faltou a especificação do horário previsto no item.
					<b>Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Ministério da Sa de</b>		Este item tem o objetivo de estabelecer normas, rotinas, áreas

	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	02 pontos	0,5	377/397 414/447	<a href="#">Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Minist rio da Sa de</a>	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.	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 de psicologia, fisioterapia, nutrição e farmácia, faltando parte das especialidades, porém observa-se a falta de especificação do número mínimo de profissionais em cada equipe, como o quadro de horário da mesma. *Proposta das especialidades igual do IGH neste certame.
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	1,5	397 a 535	<a href="#">Dimensionamento na administração pública federal</a>	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.	Apresentado extenso material para o item Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. Não evidenciada as equipes mínimas de cada setor nem horário de funcionamento da maioria deles, Sumário desorganizado.
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	02 pontos	1,7	407 a 447	<a href="#">RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 665, DE 30 DE MARÇO DE 2022</a>	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).	Apresenta DIRETRIZES DO PROCESSO DE COMPRAS, QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES, PROCEDIMENTO DE AQUISIÇÃO DE PRODUTOS OU INSUMOS (padronização de medicamentos e materiais médico hospitalares), SERVIÇOS DE FARMÁCIA (composição de equipe, atribuições, atividades: logística, dispensação, controle, armazenamento de emergência, fármacos controlados e/ou de alto custo, recebimento, armazenamento). Descreve também ações de farmacovigilância, tecnovigilância e removição. Apresentou textos repetidos e alguns contextos fora de ordem do solicitado ao item.
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	02 pontos	1,8	447 a 485	<a href="#">Instrução Normativa Serviços Reestruturação do modelo de contratação de serviços terceirizados</a>	Apresenta os critérios jurídicos, para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	Descreve REGULAMENTO que estabelece as normas e procedimentos para a contratação segura de serviços e obras contemplando objetivos e qualificação de fornecedores. Descreve procedimento para contratação de serviços em geral e obras de construção civil de menor e alta complexidade. Descreve também critérios específicos para: 1.serviços de limpeza (definição de produtos e equipamentos, composição de equipe, atribuições de vigilância (qualificação técnica) e 3. serviços de manutenção predial (fluxograma de execução de serviço, documentação envolvida). Texto sobre manutenção descreve informação sobre serviço externo e nucleodemanuação (serviço interno), texto não apresenta clareza quanto ao solicitado no item.
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	503 a 526	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 9</a>	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.	Sobre o projeto de Desenvolvimento Humano, foi apresentado desde as páginas 503 um bom material a ser desenvolvido pela organização, principalmente à página 509. No entanto no item 6.2 Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa Periódica de satisfação, a organização não deixa claro sobre o item pesquisa de clima, não informando periodicidade e metodologia a ser utilizada. Foi percebido que a organização se preocupa com o colaborador em garantir o novo colaborador a conhecer seus direitos e deveres, além do conhecimento geral da instituição, incluindo seus valores, normas e padrões de comportamento pautados na "missão institucional", sem todavia apresentar a pesquisa de clima como a ferramenta de detecção dos pontos de melhoria do clima organizacional, nem tão pouco o uso das informações oriundas desta pesquisa de clima. Ao nosso ver a proposta apresentada confunde a pesquisa de satisfação com pesquisa de clima Organizacional.
	Apresentação de plano de cargos e salários	03 pontos	1	554 a 582	<a href="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">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</a>		Não foi localizado no Sumário, nem tão pouco no corpo da proposta, nenhum tópico em que a Organização apresente seu plano de cargos e salários. Posteriormente às páginas 554 a 582 foram encontradas algumas informações intituladas perfil dos profissionais contendo alguns dos requisitos de alguns dos cargos da organização, porém foi apresentado de forma desorganizada, não constantes do sumário, as quais encontramos por acaso, soltas na proposta. Diretor geral, dir de Adm e finanças, coordenador de enfermagem, coord. de serv. Assistenciais, coord. de serv. adm.coord. de apoio operacional, resp. pelo posto de coleta, resp. pelo serv. de nutrição, resp. pelo serviço social, resp. pelo serv. de farmácia, médico diarista, especialista, administrador, assistente social, bioquímico/biomédico, Enfermeiro diarista, Estatístico hospitalar, Farmacêutico, nutricionista, psicólogo, almoxarife, assist. administrativo, tec. em Enfermagem diarista, auxiliar de almoxarife, aux. de rouparia, aux. de farmácia, auxiliar de câmara/cozinha, cozinha, eletricista, encanador, pedreiro, copeiro, despenseiro, copeiro refeitorio, diarista, copeiro refeitorio plantonista, cozinheiro diarista, cozinheiro plantonista, recepcionista técnico em Contabilidade, técnico em Laboratório plantonista, tec em administração, técnico em informática, técnico em edificação, auxiliar de recepção e portaria diarista, telefonista. A organização não apresenta item onde descreve como foi definida toda a estrutura e política do seu plano de cargos, contemplando eixos, categorias, formação das funções gratificadas, política de remuneração, bonificações/recompensas, composição/iníveis salariais, progressões e promoções, etc.
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas	03 pontos	1	507, 521 a 525	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação, subseção 1.5, número 3</a>	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	Em relação ao item, Normas para seleção de pessoal, foi apresentado um pequeno parágrafo à página 507 que não detalha sobre como é realizada a seleção de pessoal. Também não foi evidenciado o modelo de contrato. Foi evidenciado

	para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.					As necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função	As págas 521 a 525 como a Organização trata e as sugestões 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	0,3	5837, 548 a 553	<a href="#">Planejamento Estratégico de acordo com a ISO 9001:2015</a>	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização	O sumário direciona para a pág 583 da proposta, o item Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças).., porém na página referenciada foi encontrado. Na pág 548 a 553 foi encontrado algum material, mais uma vez totalmente desconexo do sumário que responde precariamente ao item. Encontradas págas com duas numerações. Proposta extremamente desorganizada
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	0,5	1198 e 1199	<a href="#">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)</a>	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).	Não foi localizado no índice da proposta item referente à Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis. A pág 1198 em 1199 foi demonstrada uma planilha de custos. Nada evidenciado sobre o cronograma de implantação da proposta nem tão pouco da proposta em relação ao planejamento e visão de futuro.
TOTAL DE PONTOS FA.3:			28,00				



Documento assinado eletronicamente por **CRYSTIANE FARIA DOS SANTOS LAMARO FRAZAO, Membro (a)**, em 10/02/2025, às 11:42, 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 11:43, 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 11:47, 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 12:04, 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 12:08, 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](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **69593423** e o código CRC **DBD6208F**.