

**Apenso VIII Avaliação de Empresas Prestadoras de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento**

**I. Estrutura Física (Concepção do projeto)**

- a) Inadequada para a finalidade ..... 0 ponto ..... ( )  
b) Adaptada para a finalidade ..... 3 pontos ..... ( X )  
c) Construída para a finalidade ..... 5 pontos ..... ( )

**II. Manutenção (Estrutura Física)**

- a) Ruim ..... 0 ponto ..... ( )  
b) Regular ..... 3 pontos ..... ( X )  
c) Boa ..... 5 pontos ..... ( )

**III. Equipamentos (Grau de Atualização dos Equipamentos)**

- a) Equipamentos inadequados para as exigências técnicas atuais ..... 0 ponto ..... ( )  
b) Equipamentos com regular grau de atualização (> 3 anos) ..... 3 pontos ..... ( X )  
c) Equipamentos de última geração (< 3 anos) ..... 5 pontos ..... ( )

**IV. Manutenção (de Equipamentos)**

- a) Equipamentos sem Manutenção ..... 0 ponto ..... ( )  
b) Rotina de Manutenção Corretiva ..... 3 pontos ..... ( )  
c) Rotina de Manutenção Preventiva ..... 5 pontos ..... ( X )

**V. Controle de Qualidade**

- a) Não dispõe de programa de controle de qualidade ..... 0 ponto ..... ( )  
b) Realiza eventualmente controle de qualidade ..... 3 pontos ..... ( )  
c) Realiza sistematicamente controle de qualidade ..... 5 pontos ..... ( X )

**VI. Destino do Lixo Biológico**

- a) Não possui rotina para destino do lixo ..... 0 ponto ..... ( )  
b) Utiliza sistema de coleta comum ..... 3 pontos ..... ( )  
c) Utiliza sistema de coleta específico ..... 5 pontos ..... ( X )

**Em relação à Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, o proponente tem condições de realizar:**

- a) Menos de 20% dos exames ..... 01 ponto ..... ( )  
b) Mais de 20% e menos de 39% dos exames ..... 02 pontos ..... ( )  
c) Mais de 40% e menos de 59% dos exames ..... 03 pontos ..... ( )  
d) Mais de 60% e menos de 79% dos exames ..... 04 pontos ..... ( X )  
e) 80% ou mais dos exames previstos ..... 05 pontos ..... ( )



**Apenso IX Roteiros de Vistoria e Avaliação a ser Efetuada em Estabelecimentos Habilitados**

Empresa	CENTRO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA
Endereço	CAL. PREF. LUCIANO BISPO DE LIMA, 35
CNPJ	13.159.959/0001-16
Responsável Técnico	VIVALDO VIEIRA NETO
Data	

**Planilha 01 – Laboratório Clínico/ Sala De Coleta E Recepção De Material**

Item		Sim	Não	NA
1.	Áreas internas e externas em boas condições físico- estruturais?	X		
1.1	Em boas condições de limpeza?	X		
2.	Existe lavatório com toalha descartável e sabão líquido?	X		
3.	Pessoal que trabalha na coleta está devidamente capacitado? (Técnico ou Auxiliar de laboratório)	X		
4.	Pessoal está uniformizado, e em boas condições de higiene?	X		
5.	Funcionários utilizam EPIs, de acordo com as atividades desenvolvidas? (Jaleco e luvas)	X		
6.	Existem normas padrão escritas para coleta de material?	X		
6.1	Em local acessível?	X		
7.	Existe local apropriado para coleta de material?	X		
7.1	Cadeira?	X		
7.2	Maca?	X		
7.3	Suporte para os braços?	X		
7.4	Existe local apropriado para coleta de secreções?		X	
8.	Existe bancada, ou mesa auxiliar para acondicionamento do material utilizado na coleta?	X		
9.	Utiliza material descartável? (Observar inscrição na ANVISA e prazo de validade)	X		
10	Material perfurocortante é descartado segundo as normas da ANVISA?	X		
10.1	Descarte do lixo infectante feito de acordo com a RDC 33	X		
11.	As soluções fracionadas estão identificadas e com data de fracionamento?	X		
12.	As amostras dos pacientes são corretamente e imediatamente identificadas?	X		
13.	O sistema de identificação da amostra acompanha todas as fases do processo, até a emissão do laudo?	X		
14.	O responsável pelo serviço faz a supervisão dos procedimentos realizados?	X		
14.1	E instrução permanente do pessoal envolvido durante todo o período?	X		
15.	Os laudos incluem informações sobre os valores da faixa normal de resultados, conforme a técnica usada?	X		
16.	A entrega dos resultados é feita em tempo hábil para utilização?	X		

**Planilha 02 – Laboratório Clínico/ Sala De Exames**

Item		Sim	Não	NA
1.	As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, de fácil higienização)?	X		
1.1	Em boas condições de limpeza?	X		
2.	A ventilação é suficiente?	X		
3.	A iluminação é suficiente e adequada	X		
4.	Realiza controle de temperatura dos equipamentos:	X		
4.1	Banho Maria	X		
4.2	Geladeira	X		



Item		Sim	Não	NA
4.3	Freezer		X	
4.4	Estufa	X		
4.5	Com registro?	X		
5.	Existe lavatório para as mãos com toalha descartável e sabão líquido?	X		
6.	Os funcionários estão uniformizados?	X		
6.1	Os uniformes estão limpos e em boas condições?	X		
7.	Os funcionários utilizam EPIs, de acordo com as atividades desenvolvidas?	X		
8.	Utiliza material descartável, com registro na ANVISA e dentro do prazo de validade?	X		
9.	O lixo contaminado está acondicionado de acordo às normas técnicas da ANVISA?	X		
10.	Existe programa de manutenção periódica dos aparelhos e equipamentos?	X		
11.	Possui contrato com terceiros para processar exames que extrapolam sua capacidade técnica?	X		
12.	Realiza revisão dos resultados antes da emissão?	X		
13.	Existe, e está disponível, um manual de Procedimento Operacional Padrão?	X		
14.	Existe local apropriado para bacteriologia? (observar possibilidades de contaminação)		X	
15.	Existe geladeira exclusiva para material contaminado?	X		
16.	Existe estufa para bacteriologia?		X	
17.	É feita revisão dos resultados dos exames, pelo responsável pela assinatura dos mesmos?	X		
18.	Programa de controle de qualidade?	X		
19.	Conforme processo de realização dos exames:			
	Processo manual	X		
	Processo semiautomático	X		
	Processo totalmente automatizado	X		

**Planilha 03 – Laboratório Clínico/ Setor De Esterilização E Lavagem De Material**

Item		Sim	Não	NA
1.	A localização permite um fluxo que atenda às normas da ANVISA?	X		
2.	As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, de fácil higienização)?	X		
2.1	Em boas condições de higiene?	X		
3.	Esgotos e encanamentos em bom estado de conservação?	X		
4.	A ventilação é suficiente?	X		
5.	A iluminação é suficiente e adequada?	X		
6.	Os funcionários estão uniformizados?	X		
6.1	Os uniformes estão limpos e em boas condições?	X		
7.	Os funcionários utilizam EPIs?	X		
7.1	Adequados à função?	X		
8.	Existe local apropriado para descarte de material?	X		
9.	Existe local adequado para lavagem do material?	X		
10.	O lixo contaminado é acondicionado e descartado de acordo as normas técnicas da ANVISA?	X		

**Planilha 04 – Diagnóstico Por Imagem**

Item		Sim	Não	NA
1.	Áreas internas e externas em boas condições físico- estruturais?			
1.1	Em boas condições de limpeza?			
2.	Equipamentos e instalações adequados e em boas condições de uso?			
2.1	Equipamentos de pequeno porte			



Estado de Sergipe  
Prefeitura de Itabaiana  
**Fundo Municipal de Saúde de Itabaiana Sergipe**

CNPJ nº. 12.219.015/0001-24  
Avenida Vereador Olimpo Grande, nº. 133, Bairro Porto  
Cep 49.510-200 | Itabaiana/Sergipe

**Edital de Credenciamento Eletrônico nº. 001/2024**

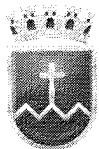
Item		Sim	Não	NA
2.2	Equipamentos de médio porte			
2.3	Equipamentos de grande porte			
3.	Programa de manutenção preventiva dos equipamentos			
4.	Equipe multiprofissional habilitada			
5.	Os profissionais usam dosímetro?			
5.1	Leitura atualizada?			
6.	EPIs disponíveis?			
6.1	Avental plúmbeo?			
6.2	Protetor de gônadas?			
6.3	Colar?			
7.	Sistema de documentação e registros correspondentes aos exames realizados?			
8.	Esclarecimentos escritos aos pacientes sobre as condições de realização dos exames			
9.	Condições para lavagem simples e assepsia das mãos			
10.	Material, medicamentos e equipamentos para emergência			
11.	Manual de normas, rotinas e procedimentos, atualizado e disponível			
12	Protocolos de procedimentos			

**Planilha 05 – Métodos Gráficos**

Item		Sim	Não	NA
1.	Áreas internas e externas em boas condições físico- estruturais?			
1.1	Em boas condições de limpeza?			
2.	Equipamentos e instalações adequados e em boas condições de uso?			
3.	Programa de manutenção preventiva dos equipamentos			
4.	Equipe habilitada e dimensionada adequadamente às necessidades do serviço.			
5.	Sistema de documentação e registros correspondentes aos exames realizados?			
6.	Programa de educação e treinamento continuado			
7.	Procedimentos escritos para a orientação dos pacientes			
8.	Condições para lavagem simples e assepsia das mãos			
9.	Material, medicamentos e equipamentos para emergência.			
10.	Manual de normas, rotinas e procedimentos, atualizado e disponível.			
11.	Protocolos de procedimentos			

**Planilha 06 – Anatomia Patológica**

Item		Sim	Não	NA
1.	Áreas internas e externas em boas condições físico- estruturais?			
1.1	Em boas condições de limpeza?			
2.	Equipamentos e instalações adequadas e em boas condições de uso?			
3.	Programa de manutenção preventiva dos equipamentos			
4.	Equipe habilitada e dimensionada adequadamente às necessidades do serviço.			
5.	Programa de educação e treinamento continuado			
6.	Sistema seguro de identificação do material a ser analisado			
7.	Define e acompanha as técnicas para o acondicionamento e transporte das peças cirúrgicas			
8.	Arquivos de lâminas e laudos			
9.	Infraestrutura, materiais e equipamentos adequados para a execução das tarefas e de acordo com as necessidades do serviço.			
10.	Infraestrutura que permita a realização de exames solicitados durante o ato			



Item		Sim	Não	NA
	operatório (congelação).			
11.	Sistema de arquivamento dos registros correspondentes a todos os exames já realizados?			
12.	Condições para lavagem simples e assepsia das mãos			
13	Manual de normas, rotinas e procedimentos, atualizado e disponível.			

**Planilha 07 – Métodos Diagnósticos Em Especialidades**

Item		Sim	Não	NA
1.	Recepção / sala de espera			
2.	Sala para exames			
3.	Equipamentos e instrumentos adequados e em boas condições de uso			
4.	Programa de manutenção preventiva dos equipamentos			
5.	Sistema de documentação e registros correspondentes aos tratamentos e exames realizados?			
6.	Prontuários atualizados			
7.	Sistema de avaliação de resultados			

**Planilha 08 – Procedimentos Cirúrgicos**

Item		Sim	Não	NA
1.	Recepção / sala de espera			
2.	Sala para exames			
3.	Equipamentos e instrumentos adequados e em boas condições de uso.			
4.	Esterilização:			
4.1	Esterilização Própria			
4.2	Esterilização Terceirizada			
5.	Programa de manutenção preventiva dos equipamentos			
6.	Sistema de documentação e registros correspondentes aos tratamentos e exames realizados?			
7.	Prontuários atualizados			
8.	Dispõe de centro cirúrgico?			
8.1	Mesa e equipamentos compatíveis?			
8.2	Carro de anestesia?			
8.3	Material para entubação?			
8.4	Equipamento para ventilação?			
8.5	Monitor cardíaco?			
8.6	Medicamentos com registro na ANVISA e dentro do prazo de validade?			
8.7	Iluminação adequada?			
9.	Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do centro cirúrgico?			
10.	Utiliza material descartável? (Observar inscrição na ANVISA e prazo de validade).			
11.	Material perfuro-cortante é descartado segundo as normas da ANVISA?			
12.	Os profissionais e funcionários utilizam EPIs, de acordo com as atividades desenvolvidas?			
13.	Lavanderia própria?			
14.	Acondicionamento e coleta adequados para os resíduos infectantes			

**Planilha 09 – Litotripsia Extracorpórea**

Item		Sim	Não	NA
1.	Recepção / sala de espera			
2.	Sala para exames			



Estado de Sergipe  
Prefeitura de Itabaiana  
**Fundo Municipal de Saúde de Itabaiana Sergipe**

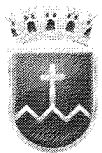
CNPJ nº. 12.219.015/0001-24  
Avenida Vereador Olimpo Grande, nº. 133, Bairro Porto  
Cep 49.510-200 | Itabaiana/Sergipe

**Edital de Credenciamento Eletrônico nº. 001/2024**

Item		Sim	Não	NA
3.	Equipamentos e instrumentos adequados e em boas condições de uso			
4.	Programa de manutenção preventiva dos equipamentos			
5.	Sistema de documentação e registros correspondentes aos tratamentos e exames realizados?			
6.	Prontuários atualizados			
7.	Sistema de avaliação de resultados			

**Planilha 10 – Endoscopia**

Item		Sim	Não	NA
1.	Recepção / sala de espera			
2.	Sala para exames			
3.	Equipamentos e instrumentos adequados e em boas condições de uso			
4.	Realiza procedimento endoscópico em mais de uma região anatômica?			
4.1.	Esterilização própria			
4.2.	Esterilização Terceirizada			
5.	Sistema de documentação e registros correspondentes aos tratamentos e exames realizados?			
6.	Realiza cirurgia ambulatorial?			
7.	Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.			



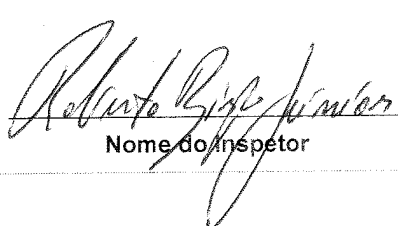
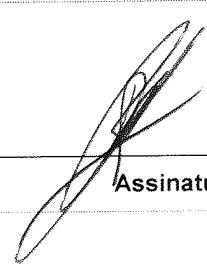
Estado de Sergipe  
Prefeitura de Itabaiana  
**Fundo Municipal de Saúde de Itabaiana Sergipe**

CNPJ nº. 12.219.015/0001-24  
Avenida Vereador Olimpo Grande, nº. 133, Bairro Porto  
Cep 49.510-200 | Itabaiana/Sergipe

Edital de Credenciamento Eletrônico nº. 001/2024

**Apenso X Relatório de Visita**

**Avaliação de Empresas Prestadoras de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento**

RELATÓRIO	
Caracterização da Vistoria:	
Inspeção	Inicial ( )
Período	À
Data do Relatório	19-08-2024.
Pessoas Contatadas:	TATIANE GOES CUNHA TEC. ANALISES CLINICAS (nome/função)
Conclusão da Vistoria	Apto!
Pontuação Obtida:	28
Equipe Responsável pela Avaliação:	
	CRBM 11034
Nome do Inspetor	Matrícula
	
	Assinatura

