

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 ()
c) Boa 5 pontos (X)

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 ()
c) Equipamentos de última geração (< 3 anos)..... 5 pontos (X)

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

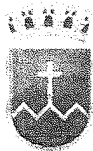
- a) Não dispõe de programa de controle de qualidade 0 ponto ()
b) Realiza eventualmente controle de qualidade 3 pontos ()
c) Realiza sistematicamente controle de qualidade 5 pontos (X)

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 ()
e) 80% ou mais dos exames previstos 05 pontos (X)



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

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Empresa | LABCITO |
| Endereço | RUA JACKSON DE FIGUEIREDO, CENTRO 156 |
| CNPJ | 11.042.639/0001-56 |
| Responsável Técnico | LISSANDRA SANTANA MACHADO |
| Data | |

Planilha 01 – Laboratório Clínico/ Saia De Coleta E Recepção De Material

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

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)? | | | |
| 1.1 | Em boas condições de limpeza? | | | |
| 2. | A ventilação é suficiente? | | | |
| 3. | A iluminação é suficiente e adequada | | | |
| 4. | Realiza controle de temperatura dos equipamentos: | | | |
| 4.1 | Banho Maria | | | |
| 4.2 | Geladeira | | | |



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

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

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 | | | |



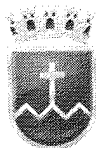
| Item | | Sim | Não | NA |
|------|--|-----|-----|----|
| 2.2 | Equipamentos de médio porte | | | |
| 2.3 | Equipamentos de grande porte | | | |
| 3. | Programa de manutenção preventiva dos equipamentos | | | |
| 4. | Equipe multiprofissional habilitada | | | |
| 5. | Os profissionais usam dosímetro? | | | |
| 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 | | | NA |
| 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 | | | NA |
| 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? | X | | |
| 1.1 | Em boas condições de limpeza? | X | | |
| 2. | Equipamentos e instalações adequadas e em boas condições de uso? | X | | |
| 3. | Programa de manutenção preventiva dos equipamentos | X | | |
| 4. | Equipe habilitada e dimensionada adequadamente às necessidades do serviço. | X | | |
| 5. | Programa de educação e treinamento continuado | X | | |
| 6. | Sistema seguro de identificação do material a ser analisado | X | | |
| 7. | Define e acompanha as técnicas para o acondicionamento e transporte das peças cirúrgicas | | | X |
| 8. | Arquivos de lâminas e laudos | X | | |
| 9. | Infraestrutura, materiais e equipamentos adequados para a execução das tarefas e de acordo com as necessidades do serviço. | X | | |
| 10. | Infraestrutura que permita a realização de exames solicitados durante o ato | | | X |



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 |
|------|---|-----|-----|----|
| 11. | operatório (congelção). Sistema de arquivamento dos registros correspondentes a todos os exames já realizados? | X | | |
| 12. | Condições para lavagem simples e assepsia das mãos | X | | |
| 13 | Manual de normas, rotinas e procedimentos, atualizado e disponível. | X | | |

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? | | | NA |
| 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? | | | NA |
| 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 pérfuro-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

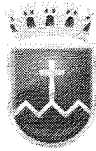
| Item | | Sim | Não | NA |
|------|---------------------------|-----|-----|----|
| 1. | Recepção / sala de espera | | | |
| 2. | Sala para exames | | | |



| 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? | | | NA |
| 6. | Realiza cirurgia ambulatorial? | | | |
| 7. | Programa de manutenção preventiva dos equipamentos. | | | |



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 | 31/07/2024. | | |
| Pessoas Contatadas: | LISSANDRA SANTANA MACHADO BIOMÉDICA (nome/ função) | | |
| Conclusão da Vistoria | Apto! | | |
| Pontuação Obtida: | 33 | | |
| Equipe Responsável pela Avaliação: |  | | |
| | Nome do Inspetor | Matrícula | Assinatura |

