



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ANEXO IV

PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de Exames Laboratoriais em Análises Clínicas Básicos e Especializados para atender a Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

1- Justificativa

O município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, possui uma população de 399.213 habitantes (estimativa IBGE 2019), concentrando assim 66% da população de Roraima.

A Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde está subdividida em 08 (oito) macro áreas (macrorregiões de saúde), possui 34 (trinta e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 61 (sessenta e uma) Equipes de Saúde da Família cadastradas, 09 (nove) Equipes de Saúde Bucal, 03 (três) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 01 (um) Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Estas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas destas unidades, a depender da capacidade instalada, possuem uma equipe multiprofissional podendo contar com assistente social, cirurgião dentista, psicólogo, biólogo, fisioterapeuta e / ou farmacêutico. Na presente data, a Rede de Atenção Básica Municipal de saúde possui 50 Equipes de Saúde da Família ativas.

Na Rede Municipal de Atenção Especializada (Secundária e Terciária) possui o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA); Centro de Tratamento e Prevenção de Câncer de Colo e Mama – CPCOM; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; Laboratório de Referência – LRM; Laboratório de Citopatologia – LABCIT; Centro de Recuperação Nutricional Infantil – CERNUTRI e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192/BV.





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), hospital especializado Tipo I, componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Estado de Roraima, referência no atendimento de pacientes pediátricos, oferta aos pacientes da capital, interior e referenciado dos países que fazem fronteira com o Estado de Roraima (Venezuela e República da Guiana), atendimento de urgência, emergência e eletivo em diversas especialidades.

Em Boa Vista encontram-se todas as unidades de saúde de referência em média e alta complexidade do Estado, sendo o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) é uma unidade de saúde sob gestão municipal.

A Prefeitura Municipal de Boa Vista, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de ações de saúde tanto na prevenção como no diagnóstico como parte do que preconiza as diretrizes ministeriais das políticas de saúde tanto na atenção do nível básico, de média e alta complexidade de sua rede.

Entre os exames complementares, os exames laboratoriais estão entre os mais necessários e realizados no apoio diagnóstico à prática clínica, com repercussões importantes em termos de cuidados aos pacientes, impacto na saúde e custos para o sistema de saúde.

Estes são auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio de gravidade, assumindo assim papel preponderante na saúde da população assistida pela Rede Pública Municipal.

A SMSA tem como objetivo implementar a Rede Laboratorial Municipal com a implantação do Laboratório Central que terá como objetivo ofertar exames laboratoriais básicos e especializados para atender a demanda dos usuários referenciados das unidades de saúde deste município.

Até a implantação do Laboratório Central, a Rede Própria não é capaz de atender a demanda existente e considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Federal de 1988, cabendo as três esferas do governo a responsabilidade por esta assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao Município a oferta através de saúde suplementar.





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

2 - Objetivo Geral

Execução de serviço de Exames Laboratoriais em Análises Clínicas Básicos e Especializados na Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização dos procedimentos objeto do Edital citado anteriormente, em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde
- Subsidiar a equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterização da Contratada

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros do Município de Boa Vista, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários à realização dos procedimentos relacionados neste edital de credenciamento.

A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados.

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

-
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pela Gestor do SUS;
 - Atender as diretrizes da PNH – Política Nacional de Humanização;

5 – Controle, Avaliação e Regulação

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população pediátrica residente no estado.

A autorização dos exames será de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação (DCAR/SMSA) ou de quem por este seja designado, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado e o agendamento será de responsabilidade da contratada.

Os serviços serão autorizados por meio de G.A.A ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Os serviços prestados serão mensalmente conferidos pelo Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A (requisição de exames complementares) ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA não esteja devidamente preenchida e com rasuras.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; em formato físico e/ou digital, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada ou por meio de endereço eletrônico fornecido pela Contratada.

6 – Recurso Financeiro

Fonte de Recurso: 214– SUS / 001 – RP

Programa de trabalho: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

7 – Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Exames Laboratoriais em Análises Clínicas Básicos e Especializados	Atender 100% dos exames agendados.

8 - Meta Qualitativa

Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, ou seja, realizando atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.

9- Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma comissão composta por profissionais da Superintendência da Atenção Especializada e do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação que irão avaliar semestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo DCAR.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes nos Formulários I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

9.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

A avaliação técnica dos serviços será feita através da verificação do cumprimento dos requisitos constantes no Formulário I, podendo resultar na seguinte classificação:





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

Classificação	% Referência
Excelente	90 à 100 %
Ótimo	80 à 90 %
Bom	70 à 80 %
Razoável	60 à 70 %
Ruim	Abaixo de 60 %

Considerando que para obter um serviço de qualidade a contratada deverá atingir no mínimo o conceito “BOM”, uma vez não atingida esta classificação, a mesma será advertida e terá um prazo de 30 (trinta) dias para adequação.

A avaliação da satisfação do usuário será feita através de pesquisa aplicada, conforme Formulário II, por meio de visita domiciliar ou diretamente no Estabelecimento contratado.

Para subsidiar a visita domiciliar da Comissão, quando houver, o DCAR, emitirá Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram atendidos no Estabelecimento, no período, bem como, o nome dos profissionais médicos que prestaram o atendimento. Os usuários constantes no Relatório deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos e de diferentes profissionais médicos (caso os serviços sejam prestados por mais de um profissional). Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços.

Caberá a Comissão a emissão de pareceres sobre a avaliação da meta qualitativa.

Os prazos de avaliação terão início a contar da data da assinatura do contrato.





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

FORMULÁRIO I - AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

CNES Nº:	
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	
AVALIADOR:	CARGO:
PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:	CARGO:

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame e respectiva imagem, devidamente carimbado e assinado pelo médico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao DCAR, para fins de Auditoria.
			Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados, com exceção da imagem).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Realiza manutenção predial corretiva.
			Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS			Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.
			Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
HIGIENE			Roupa da maca limpa e trocada diariamente ou sempre que necessário, de forma a manter a higiene.
			Avental disponibilizado aos usuários do SUS, limpos e sem cheiro
			Forro lavável, limpo e claro.
			Paredes limpas e claras.
			Piso de fácil limpeza e desinfecção.





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ÁREA FÍSICA BÁSICA		Acesso a cadeirantes e deficientes físicos
		Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes
		Alvará sanitário em dia.
		Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Avaliador
 Carimbo

Assinatura do Profissional da Unidade
 Carimbo





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

FORMULÁRIO II - DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

IDADE:	SEXO:
ESCOLARIDADE:	

AMBIÊNCIA

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Limpeza dos ambientes (recepção; sala de espera; banheiro, sala de exames etc...)					
Conforto dos ambientes – ventilação; iluminação; limpeza e integridade do mobiliário, propiciando conforto e bem estar.					
Espaço físico adequado a demanda de usuários que aguardam o atendimento médico					

ATENDIMENTO MÉDICO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de agendamento)					
É atencioso e realiza perguntas sobre a queixa que originou o exame.					
Examina com interesse e cuidado.					
Responde as perguntas feitas.					
INDICADORES	SIM		NÃO		
Sentimento de confiança no profissional que realizou o exame					
Apresentação/Identificação do profissional que realizou o exame					

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
É atencioso e responde as perguntas feitas.					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					
Se comporta com educação e respeito.					

GRATUIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

INDICADORES	SIM	NÃO
Efetivação de pagamento em espécie, de qualquer quantia, pelo exame realizado.		
Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.	R\$ _____	





**PREFEITURA
BOA VISTA**

Trabalhar e Cuidar das Pessoas

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

Pontuação: _____

Parecer do Avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de .

Assinatura do Avaliador
Carimbo





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ANEXO V

MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

DECLARAÇÃO ART. 7º, XXXIII, DA CF

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei no 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal

CPF





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ANEXO VI

MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

Empresa/Entidade _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, em cumprimento ao exigido no Edital de Credenciamento nº 002/2019 declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua Habilitação, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal

CPF





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ANEXO VII

MODELO

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, que seus proprietários, diretores e sócios não pertencem ao quadro de servidores públicos do Município, nem exercem cargo de chefia e/ou função de confiança na Administração Pública nos moldes do item 3.3., II, B.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal

CPF

