



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA DO INSTITUTO ESTADUAL DE OLHOS (IEO)

1. OBJETO

É objeto deste Termo de Referência e seus anexos, estabelecer o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde do Instituto Estadual de Olhos (IEO), situado na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, na Estrada da Moricaba S/n, Senador Vasconcelos, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 3013-550, com perfil de média/alta complexidade no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, pela Fundação Saúde do Estadual do Rio de Janeiro (FSERJ), conforme Resolução conjunta SES/IASERJ nº 963 de 29 de setembro de 2021, de acordo com o Decreto Estadual nº 46.874, de 13 de dezembro de 2019.

2. JUSTIFICATIVA

O Instituto Estadual de Olhos, unidade de atenção especializada em oftalmologia, encontra sua justificativa de existência firmemente ancorada na Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO). Promover o atendimento integral em oftalmologia aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a necessidade de estabelecer uma nova conformação para as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia.

Considerando a Portaria MS nº 288 de 19 de maio de 2008, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que define Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia como aquela unidade ambulatorial ou hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção especializada a portadores de doenças oftalmológicas que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados.

O Instituto Estadual de Olhos (IEO) dispõe de uma variedade de serviços relacionados à saúde ocular, estabelecendo uma linha de cuidados integrais em oftalmologia. Esses serviços incluem consultas, diagnósticos, tratamentos clínicos e cirurgias para diversas condições como catarata, glaucoma, entre outros, que integram as redes assistenciais loco-regionais em articulação com os sistemas de regulação.

A gestão e administração dos serviços assistenciais da Unidade visam manter e aprimorar um modelo de prestação de atenção ao usuário nos moldes das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS e da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – HUMANIZASUS (<https://redehumanizasus.net/>).

Observa-se que é facultado ao gestor público a escolha do modelo de gestão que melhor convém ao interesse público, sobretudo a entidades formalmente criadas para ser seu braço executor, tal como define a Lei Complementar nº 118 de 29 de novembro de 2007 e a Lei nº 5.164 de 17 de dezembro de 2007. Sendo assim, adota-se neste Termo de Referência a perspectiva de que a Unidade possa ser gerenciada pela Fundação Pública criada para este fim e, nesse sentido, acompanhada de sua execução e regular atendimento às necessidades nele pautadas para o melhor atendimento à população do Estado do Rio de Janeiro, no tocante a prestação de serviços públicos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A execução dos serviços, objeto deste Termo de Referência, atende aos preceitos constitucionais da prestação dos serviços de assistência à saúde, previstos no art. 197 da Constituição Federal, a permitir que a Administração Pública, dentro da sua obrigação de prestar esses serviços, valha-se de terceiros por ela contratados.

O modelo gerencial proposto respeita a obrigação de gratuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, desonerando os usuários de qualquer espécie de pagamento, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, organizando ações e serviços de saúde em redes hierarquizadas e preservando a missão da Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

3. PERFIL DA ASSISTÊNCIA

O IEO é uma unidade nova, totalmente horizontal, com 927,84m² de área construída, em um terreno com área total de 42.560m².

Está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES sob o nº4812743, sendo uma unidade de saúde de médio/alta complexidade para atendimento de usuários provenientes da rede pública de saúde.

A referência de usuários para assistência ambulatorial e cirurgias será integralmente por meio dos sistemas oficiais de regulação de acesso.

O funcionamento da unidade ocorrerá de segunda a sábado de 7 horas às 19 horas.

3.1. Assistência Ambulatorial.

O serviço ambulatorial destina-se à realização de consultas pré-operatórias e pós-operatórias, por meio das qual objetiva dar continuidade ao cuidado do paciente.

O funcionamento ambulatorial ocorrerá de segunda a sexta-feira de 8 horas às 17 horas, por meio de consultas pré-agendadas ou reguladas pelos sistemas de regulação.

3.1.1. Capacidade Instalada Ambulatorial

Capacidade instalada atual	
Estrutura	Capacidade Instalada
Recepção central	1
Consultórios	6
Salas Multiuso	14

3.1.2. Equipe Assistencial:

- a) Médico Oftalmologista;
- b) Enfermagem;
- c) Farmacêutico.

3.2. Assistência Cirúrgica

3.2.1. Procedimentos Cirúrgicos na Modalidade *Day Hospital*

A modalidade de cirurgias realizadas em *day hospital* prevê que o paciente realize uma cirurgia e retorne para casa no mesmo dia, sem a necessidade de internação hospitalar. Essas cirurgias trazem benefícios significativos em termos de conveniência, recuperação e segurança, sendo a modalidade mais adotada nas cirurgias oftalmológicas.

3.2.2. Equipe Assistencial

Fase inicial

- a) Equipe Médica
 - a.1) Oftalmologista:
 - Catarata;
 - Glaucoma;
 - a.2) Anestesista.
- b) Equipe multidisciplinar:
 - b.1) Enfermagem;
 - b.2) Farmacêutico.

Capacidade instalada atual	
Estrutura	Capacidade Instalada
Salas Cirúrgicas	2
Vestiários	2
Sala para preparo do paciente	14 poltronas
Sala de recuperação pós-operatória	07 Leitos

Pós-expansão

- c) Oftalmologista:
 - Catarata;
 - Córnea;
 - Glaucoma;
 - Retina;
 - Plástica ocular;
 - Estrabismo;
 - Outros procedimentos cirúrgicos.

3.3. Assistência Farmacêutica

A farmácia deve, primordialmente, ser licenciado por órgão sanitário competente, na forma da Lei nº 5.991/2013, da Resolução Conjunta SES/SMS/RJ nº 459/2016 e normativas que vierem complementá-las ou substituí-las.

Em consonância com a Resolução nº 354/2000 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), todos os serviços de urgência/emergência requerem, obrigatoriamente, a assistência técnica do profissional farmacêutico. A Lei nº 13.021/2014 ratifica tal exigência, determinando que as farmácias tenham presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento.

A farmácia deve estar regularizada junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF/RJ) quanto à exigência de Responsabilidade Técnica e Certidão de Regularidade Técnica, em conformidade com a Lei nº 5.991/2013 e com a **Resolução CFF Nº 648 DE 30/08/2017**. A unidade deve fazer cumprir a Lei nº 13.021/2014, a qual determina que a farmácia privativa de unidade hospitalar ou similar se destina exclusivamente ao atendimento de seus usuários.

O Serviço de farmácia deverá ter seus processos e atividades organizados, tomando como premissa as etapas da Assistência Farmacêutica, em vigor através da Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica publicadas na Portaria Ministério da Saúde n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, Resolução Ministério da Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004 e Resolução do MS 388/2004.

Dentro deste contexto da Assistência, Atenção Farmacêutica e Segurança no uso e Administração de medicamentos estão contempladas as ações e atividades voltadas para as Boas Práticas de armazenagem e Dispensação de medicamentos e a Farmacovigilância, definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”.

Cabe ao Serviço de Farmácia monitorar de forma ativa os Alertas de Farmacovigilância no site da ANVISA que comunicam novas informações relacionadas à segurança dos medicamentos comercializados no Brasil, de modo a prevenir o uso de medicamentos impróprios pelos usuários do serviço.

Para os Medicamentos Sujeitos a Controle Especial, a unidade deve atender a Portaria SVS/MS nº 344 republicada em 01 de fevereiro de 1999 e suas atualizações, a Portaria SVS/MS nº 06 de 29 de janeiro de 1999 e a Resolução RDC/ANVISA nº 17, de 28 março de 2013. Ratifica-se que tais medicamentos devem ser guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim e sob a responsabilidade do farmacêutico.

Ademais, deve ser exigida a escrituração em Livro de Registro Específico e este deve ser mantido na farmácia para efeito de fiscalização e controle. Em conformidade com a Resolução CFF 357/2001, alterada pela Resolução nº 416/04, esta dispensação deve ser realizada exclusivamente por farmacêuticos, sendo vedada a delegação da responsabilidade sobre o controle dos referidos medicamentos a outros funcionários administrativos.

3.4. Novas Especialidades de Atendimento e Programas Especiais

Se, ao longo da execução das atividades relacionadas neste Termo de Referência e de comum acordo, a FSERJ se propuser ou for requisitada a realizar outros tipos de atividades, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de usuário ou pela introdução de novas categorias de exames, estas atividades poderão ser implantadas na Unidade mediante aprovação da SES/RJ após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

4. NÚCLEOS, COMISSÕES E INSTÂNCIAS OBRIGATÓRIAS.

4.1. Visando a excelência dos serviços prestados, de acordo com a legislação pertinente que determina a implantação e o funcionamento de comissões responsáveis pela padronização dos processos internos e pela qualidade e segurança dos serviços prestados aos usuários, a Fundação Saúde deve garantir a implementação das comissões e núcleos hospitalares permanentes, conforme Anexo V deste Termo de Referência.

4.2. A Fundação Saúde deverá designar profissional de saúde de nível superior como responsável para cada comissão, núcleo ou instância, preferencialmente com experiência para atuar na área nomeada; e garantir infraestrutura com sala própria ou compartilhada, mobiliário, computadores independentes, acesso a internet e linha telefônica para execução das atividades.

4.3. São obrigatórios ao IEO:

Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS;

Comissão de Revisão de Prontuários;

Núcleo Interno de Regulação - NIR;

Núcleo de Segurança do Paciente - NSP;

Núcleo de Gestão da Qualidade – NGQ.

5. OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RJ

A Fundação Saúde deverá observar e cumprir as obrigações contratuais, bem como quanto aos fundamentos da gestão, a

assistência à saúde, ao aspecto institucional e operacional, gestão de pessoas e documentos, bens móveis e imóveis, tecnologia da informação, equipamentos cedidos e demais obrigações, exaradas neste termo de referência.

5.1. Quanto à Assistência à Saúde

5.1.1. Respeitar os princípios e diretrizes do SUS, os protocolos da SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde.

5.1.2. Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização, conforme Anexo III;

5.1.3. Garantir a realização de atendimento multidisciplinar integral aos pacientes assistidos, com equipe especializada da CONTRATADA, conforme estabelecido nas Resoluções, portarias e outras normas técnicas, de forma ininterrupta nas unidades;

5.1.4. Realizar tratamento de complicações, intercorrências e procedimentos cirúrgicos, de modo concomitante, ainda que de alto custo e diferente da classificação principal que motivou à assistência ambulatorial, salvaguardada a capacidade instalada;

5.1.5. Transferir para outras unidades de serviços especializados usuários com necessidade de tratamento fora do perfil desta unidade, com vaga assegurada pela SES/RJ ou outros mecanismos de regulação de usuários, fornecendo ambulância adequada ao perfil do usuário;

5.1.6. Implantar Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, desde o início das atividades, de acordo com as seguintes normas ou recomendações determinadas pela SES/RJ:

a) As rotinas técnicas e assistenciais deverão seguir as recomendações da área técnica correspondente da SES/RJ;

b) Formalizar mudanças nos procedimentos e rotinas de funcionamento da unidade em documento firmado por ambas as partes. A decisão final cabe à SES/RJ;

c) Realizar todos os atendimentos médicos necessários ao paciente, não sendo permitida a limitação do atendimento por qualquer cláusula contratual ou outra alegação.

5.1.7. Realizar acompanhamento médico diário de todos os usuários, compreendendo: internação e alta, evolução e prescrição, solicitação e verificação do resultado de exames e execução de procedimentos competentes à especialidade e à unidade.

5.1.8. Fornecer e disponibilizar, sempre que solicitados, laudos dos exames, procedimentos e assistência realizados pela sua equipe médica;

5.1.9. Manter responsável técnico, médicos plantonistas com residência médica ou pós-graduação nas especialidades citadas neste Termo de Referência, para prestar o atendimento pleno ao usuário. Devem ser cumpridas rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se os profissionais pelos seus atos em todos os aspectos e seguindo os preceitos de humanização do SUS.

5.2. Quanto ao Aspecto Operacional

5.2.1. Garantir o funcionamento ininterrupto da Unidade;

5.2.2. A Fundação Saúde deve priorizar o engajamento dos profissionais, com o desenvolvimento de competências e habilidades, além de um programa de Educação Permanente que atenda as necessidades de conhecimento e formação dos profissionais, e consequentemente, melhorando a percepção da qualidade assistencial ofertada.

5.2.3. Quanto ao gerenciamento de dados a empresa de Prontuário Eletrônico contratada deve disponibilizar solução para permitir a migração de dados, importação e exportação, para outros Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde com o controle adequado de verificação de integridade do banco dados e documentação necessária para fins de interoperabilidade ou transição de sistemas no término do contrato;

5.2.4. A FSERJ não poderá deixar a unidade de saúde desabastecida de qualquer item previsto na grade mínima de insumos e medicamentos, podendo substituir por similar, ou ainda, incluir demais fármacos e insumos que considerar necessários de acordo com o perfil da unidade submetendo validação pela SES, evitando a desassistência aos pacientes e paralização do serviço;

5.2.5. Garantir a integração ao complexo regulador da SES/RJ e/ou o por ela indicado, respeitando os protocolos de regulação vigente;

5.2.6. O uso do símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, devendo afixar aviso, em lugar visível, acerca da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

5.2.7. Adoção de impressos inerentes ao serviço ou entregues aos pacientes, sinalizações, uniformes, enxoval e demais itens a padronização que será orientada pela SES/RJ, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido pelo SES;

5.2.8. Participação das ações determinadas pela SES na prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes.

5.2.9. Participação dos gestores e profissionais das unidades em Fóruns de Rede locais, objetivando potencializar o desempenho da rede assistencial e otimizar os fluxos regionais, garantindo, por fim, a melhora na resolutividade da assistência ao usuário.

5.2.10. Participação dos gestores das unidades nos Conselhos Distritais de seu território e no Conselho Estadual de Saúde, valorizando a participação social como ferramenta para melhoria do SUS.

5.2.11. Quaisquer atualizações estruturais e de comunicação visual que sejam necessárias, motivadas por mudanças no fluxo e/ou outra qualquer necessidade deve, impreterivelmente, serem informadas à Coordenação Técnica de Design da SES RJ (tel.: 21 3385-9037 e e-mail: designalternativo.saude@gmail.com), a fim de que sejam criados os respectivos arquivos pela equipe, que posteriormente serão enviados à FSERJ para produção e instalação por gráfica especializada, às expensas da FSERJ;

5.2.12. Garantir que as unidades estejam devidamente cadastradas e atualizadas no banco de dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme legislação vigente e instituído pela Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000.

a) O CNES deverá ser atualizado mensalmente, até o 5º dia útil do mês. O arquivo deverá ser enviado para a Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA), área técnica da SES/RJ responsável;

5.2.13. A Fundação Saúde deverá fornecer:

- a) Serviços de Esterilização dos Materiais Médicos, tanto de materiais termorresistentes quanto de materiais termo sensíveis;
- b) Engenharia Clínica, manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos disponibilizados para funcionamento da unidade;
- c) Uniformes no padrão estabelecido pela Assessoria Técnica de Humanização da SES/RJ;
- d) Roupas hospitalares no padrão estabelecido pela SES/RJ;
- e) Gases Medicinais;
- f) Controle de Acesso;
- g) Sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo;
- h) Serviço de Lavanderia;
- i) Serviço de Limpeza e Higienização;
- j) Manutenção Predial (alvenaria, pintura, elétrica, hidráulica, esgoto,...) e Conforto Ambiental;
- k) Coleta, transporte e tratamento de resíduos, obedecendo ao PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- l) Garantir gerador de energia para a Unidade devendo abranger minimamente área crítica, semicríticas e ambientes cirúrgicos, seguindo as diretrizes técnicas e legais vigentes

5.2.14. Solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação do paciente e, se for o caso, a documentação de encaminhamento especificada no fluxo estabelecido pela SES/RJ;

5.2.15. Fornecer ao usuário o Sumário de Internação e Alta;

5.2.16. Emitir o cartão do SUS, preferencialmente, com o sistema de registro eletrônico do paciente contratado integrado ao barramento CNS do DATASUS;

5.2.17. Realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações;

5.2.18. Garantir os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames realizados junto ao SCNES;

5.2.19. Arcar com despesas de Concessionária de Telefone e Internet, mantendo os pagamentos em dia para evitar interrupção no fornecimento;

a) As despesas das Concessionárias de água/esgoto, Gás Natural e energia elétrica ocorrerão por conta da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

5.2.20. Requerer autorização prévia à SES/RJ se a unidade de saúde se dispuser a prestar serviço originalmente não previsto no Contrato e seus Anexos ou se desejar executar de modo distinto serviço já previsto, apresentando as razões do seu pleito, com demonstrações das vantagens e garantia do cumprimento do Contrato. A alteração não poderá resultar em padrão inferior de desempenho e modificar substancialmente o objeto do Contrato de Gestão, e obviamente, não poderá prejudicar o usuário;

5.2.21. Dar conhecimento imediato à SES/RJ de todo e qualquer fato que altere de modo relevante o normal desenvolvimento do Contrato, ou que, de algum modo, interrompa a correta prestação do atendimento aos pacientes da unidade;

5.2.22. Informar imediatamente a Assessoria de Comunicação (ASCOM/SES) e a Superintendência de Unidades Hospitalares sempre que houver atuação ou solicitação de qualquer natureza através de veículos da imprensa ou utilização de elementos de mídia social (fotografia, filmagem, áudio) nas unidades de saúde;

a) É vedada à FSERJ a concessão ou realização de entrevistas, informes ou comunicados através de quaisquer meios de comunicação, exceto quando solicitados ou aprovados pela SES/RJ;

5.2.23. Elaborar mapas de produção e gráficos de interesse epidemiológico, conforme solicitação da SES, informando mensalmente os resultados alcançados;

5.2.24. Manter o armazenamento e guarda dos exames, atendendo integralmente às regras estabelecidas na Resolução nº 1.821/2007 e Parecer nº 10/2009 do Conselho Federal de Medicina. Ao encerramento do contrato, motivada ou imotivadamente, todos os exames e resultados, bem como seus arquivos físicos e eletrônicos, deverão ser transferidos para a CONTRATANTE, sem quaisquer restrições à leitura ou acesso e sem nenhum ônus adicional;

5.2.25. É vedado à FSERJ desmarcar qualquer exame de imagem agendado sem o consentimento prévio da central estadual de marcação de exames, devendo ser garantido o reagendamento para que não haja prejuízo ao usuário;

5.2.26. Entregar aos pacientes a documentação de todos os exames de imagem realizados obrigatoriamente acondicionados em capa ou envelope identificado, conforme layout padronizado;

5.2.27. Quanto a Ouvidoria observar os preceitos estabelecidos no artigo 14 da Resolução SES nº 2.741/2022;

5.2.28. Prover, quando ausentes, ou manter, quando existentes, todos os dispositivos preventivos fixos e móveis, bem como todas as demais medidas de segurança contra incêndio e pânico previstas no Decreto Estadual nº 42 de 17 de dezembro de 2018, na tabela 19 do anexo, e as Notas Técnicas CBMERJ e ABNT NBR correspondentes a cada sistema, na forma que segue:

a) Aparelhos extintores de incêndio em quantidades, localização e tipos conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-01, bem como efetuar suas respectivas recargas, retestes ou manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer aparelhos extintores substitutos;

b) Caixas de incêndio compostas de, no mínimo, 02 (dois) lances de mangueiras do tipo 2, esguicho regulável, chaves de mangueiras e demais elementos, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-02, bem como efetuar seus respectivos retestes ou manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;

c) Casa de máquinas de incêndio compostas de, no mínimo, 02 (duas) bombas pressurizadoras, devidamente dimensionada conforme demanda da edificação, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-04, bem como efetuar suas respectivas manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;

d) Chuveiros automáticos do tipo sprinklers, quando existentes ou quando previstos, devidamente dimensionados conforme demanda da edificação, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-03 e ABNT NBR 10897:2020, bem como efetuar suas respectivas manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;

e) Sistemas de sinalização de segurança contra incêndio e pânico dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-05 e ABNT NBR nº 16820:2023, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos previstos em norma ou sempre que necessário;

f) Sistemas de iluminação de emergência do tipo com baterias recarregáveis dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-06 e ABNT NBR nº 10898:2023, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos previstos em norma ou sempre que necessário. Além disso, observar que a existência de geradores não isenta a exigência deste sistema de iluminação, exceto nos termos do item 6.3 ou 6.4 da citada NBR, tendo o gestor a possibilidade de optar pelos sistemas nestes termos citados;

g) Sistemas de detecção e alarme de incêndio dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-07 e ABNT NBR nº 17240:2010, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos máximos de 12 (doze) meses ou sempre que necessário;

h) Saídas de emergência devem estar dimensionadas ou adequadas ao máximo conforme o preconizado na Nota Técnica CBMERJ nº 2-08 ABNT NBR 9077:2001;

i) Plano de emergência da edificação elaborado por profissional responsável nos termos da Nota Técnica CBMERJ nº 2-10 e ABNT NBR 15219:2020;

j) Sistema de proteção contra descargas atmosféricas devidamente dimensionado e mantido conforme preconizado na Nota Técnica CBMERJ nº 2-12 e ABNT NBR 5419:2015;

k) Hidrante urbano dimensionado conforme Nota Técnica CBMERJ nº 2-15. Em caso de não existência, providenciar protocolo de instalação junto à companhia de águas local;

l) Cozinhas deverão atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-01 e ABNT NBR correspondente;

m) Centrais de gás ou abastecimento de gás natural devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-02 e ABNT NBR correspondente;

n) Moto geradores da edificação devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-03 e ABNT NBR correspondente, devendo possuir, se for o caso, líquido gerador de espuma e demais acessórios pertinentes a serem dimensionados conforme características existentes;

o) Subestações elétricas devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-04 e ABNT NBR correspondente;

p) Caldeiras e vasos de pressão devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-05 e ABNT NBR correspondente;

q) Armazenagem de líquidos inflamáveis e combustíveis devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-06 e ABNT NBR correspondente;

5.2.29. Promover todos os meios necessários para efetuar a legalização da edificação junto ao CBMERJ, exceto quando houver processo em curso por meio da SES/RJ para esta finalidade;

5.2.30. Dotar a edificação de Brigadas de Incêndio/ Bombeiro Profissional Civil e promover treinamentos, no mínimo anuais, visando a formação de brigada voluntária de incêndio composta de no mínimo 10% da população da edificação, tudo conforme Nota Técnica CBMERJ nº 2-11, exceto quando houver processo em curso por meio da SES/RJ para esta finalidade;

a) Caso haja dificuldades para cumprimento, em tempo hábil, das medidas elencadas acima, poderá ser estabelecido um cronograma a ser proposto pelo gestor da unidade de saúde, a ser validado pelo setor competente da SES/RJ;

b) Promover uma interlocução com a Superintendência de Serviços Gerais e Infraestrutura da SES/RJ, ou setor correspondente, com a finalidade de resolução de dúvidas e/ou problemas relacionados à temática de segurança contra incêndio e pânico.

5.3. Quanto à Gestão de Pessoas

5.3.1. Promover a adesão de compromisso de todos os colaboradores com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

5.3.2. Utilizar critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

5.3.3. Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades;

5.3.4. Elaborar programa de avaliação periódica (período de experiência e anualmente) do desempenho dos colaboradores com resultados apresentados semestralmente nos relatórios de prestação de contas, conforme método definido pela Fundação Saúde do Estadual do Rio de Janeiro ou sugerido pela SES/RJ;

5.3.5. Disponibilizar as escalas de todos os profissionais, mensalmente, até o primeiro dia do mês de referência, contendo horário dos plantões, nome dos profissionais, cargo e serviço, devendo ser fixadas em local visível ao público, de fácil acesso, preferencialmente próximo às portas de entrada dos mesmos ou recepção, quando for o caso;

5.3.6. Garantir que a escala de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da unidade seja cumprida, através de plano de contingência e chamada de profissionais de sobreaviso, para cobertura em caso de faltas, férias, licenças e desligamentos;

5.3.7. Garantir que todos os colaboradores que executem ações ou serviços de saúde na unidade estejam cadastrados no SCNES e no respectivo conselho profissional.

a) Cabe a administração da unidade confrontar as informações do documento apresentado pelo funcionário com aquelas constantes no site do respectivo conselho profissional, a fim de confirmar a veracidade do documento apresentado.

5.3.8. Responsabilizar-se pelos encargos decorrentes da contratação de serviços de terceiros para atividades acessórias e apoio;

5.3.9. Manter adoção de distintas metodologias de biometria, incluindo, mas não se limitando, ao controle por meio de impressão digital, por meio de reconhecimento facial, independentemente do tipo vínculo jurídico em que se baseie o desempenho das atividades. O sistema escolhido deverá estar instalado e em funcionamento em até 30 dias a contar do início do contrato;

5.3.10. Contratar e pagar o pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade hospitalar, ficando a FSERJ como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a SES/RJ de quaisquer obrigações, presentes ou futuras. Apresentar mensalmente à SES/RJ relação dos profissionais da unidade hospitalar responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação;

5.3.11. Compor equipe de faturamento devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação nacionais do DATASUS;

5.3.12. Preencher os sistemas de informação nacionais do DATASUS com equipe de faturamento devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações;

5.3.13. Implantar e manter as normas de atendimento ao Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) junto aos seus profissionais, e fornecer Equipamento de Proteção Individual (EPI), Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) conforme Portarias e Resoluções da ANVISA e Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS);

5.3.14. Respeitar o Organograma Padrão, disposto na Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007, art. 21.

5.3.15. Os Diretores e assessores de planejamento não poderão ser contratados pelo vínculo de Pessoa Jurídica (PJ).

5.3.16. O quantitativo total de profissionais da unidade, incluindo os administrativos deverá ser determinado pelas Portarias Ministeriais e pelos Conselhos, respeitando as proporções do número de leitos e atividades da Unidade de Saúde. Cabendo o dimensionamento executado obedecer ao quantitativo mínimo de profissionais definido pela SES/RJ nesse Termo de Referência:

a) Os quadros contendo o quantitativo da equipe mínima estão passíveis de atualizações, em decorrência de modificações do

parâmetro por parte do Ministério da Saúde, SES/RJ, e demais entidades de classe;

b) Quanto às contratações de PcD (Pessoa com Deficiência) a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências e exige que as grandes empresas tenham um número mínimo de colaboradores com deficiência nos seus quadros. Conforme disposto em seu Art. 93 a empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência;

c) A Fundação Saúde deve garantir o dimensionamento mínimo de Recursos Humanos previsto no **Anexo I**.

5.3.17. Disponibilizar local adequado para descanso para os profissionais, de acordo com as normas e leis em vigência;

5.3.18. Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades;

5.3.19. É vedada a atuação individual de profissional de saúde, contratado por pessoa jurídica, com cumprimento de carga horária maior que 60 horas por semana;

5.3.20. Todas as contratações da Fundação Saúde do Estadual do Rio de Janeiro-RJ com vínculo trabalhista CLT, direta ou indireta, não podem exceder o cumprimento da carga horária semanal de até 40 horas;

5.3.21. Todos os profissionais de enfermagem contratados CLT, direta ou indiretamente pela Fundação Saúde, em regime de plantão, deverão ter sua jornada máxima semanal de 30 horas;

5.4.22. É vedada jornada de trabalho superior a 24 horas ininterruptas, independente do vínculo de contratação;

5.4.23. É vedada a contratação de profissionais autônomos;

5.4. Quanto aos Bens Móveis e Imóveis

5.4.1 Adquirir, administrar, manter e reparar os bens imóveis e móveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do Contrato, até sua restituição à SES/RJ;

5.4.2. A FSERJ deverá equipar todos os leitos com equipamentos e mobiliários com especificações técnicas em conformidade com as legislações vigentes: Portaria de Consolidação Nº 3, RDC Nº 50 de 2002, RDC Nº 154 de 2004, RDC Nº 11 de 2014, dentre outras de importância sanitária;

5.4.3. Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela SES/RJ, inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, caso seja necessário (Manutenção Preventiva e Corretiva);

5.4.4. Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos da SES/RJ ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas, assim como, o prazo de substituições para o mesmo problema;

5.4.5. Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público;

5.4.6. Responsabilizarem-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributários, ou quaisquer outros previstos na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com materiais e concessionárias.

5.5. Quanto à Tecnologia de Informação

5.5.1. Operacionalizar, no início das atividades assistenciais da unidade serviços de informática com sistema para gestão que contemple os requisitos apresentados no Anexo IV correspondente.

5.5.2. Assegurar a manutenção dos serviços de informática sem interrupções;

5.5.3. Dispor de sistema de informática com interface amigável com todos os sistemas do SUS;

5.5.4. Implantar hardware e links adequados ao pleno funcionamento do sistema informatizado de gestão, conforme estabelecido pelo MS e SES-RJ;

5.5.5. Manter os programas de TI utilizado na unidade de saúde e padronizado pelo MS e SES-RJ.

5.5.6. A Fundação Saúde deverá garantir o funcionamento de todas as estações de trabalho, durante o horário de funcionamento da unidade.

5.6. Quanto a Gestão de Documentos

5.6.1 Cabe à FSERJ a responsabilidade, a guarda, ao conjunto de medidas e rotinas que tem por objetivo a racionalização e eficiência na produção, tramitação, classificação, avaliação, arquivamento, acesso e uso das informações registradas em documentos, conforme definido no Manual de Gestão de Documentos do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro e da Tabela de Temporalidade de Documentos, das atividades meio do Estado do Rio de Janeiro.

5.6.2 Observar o disposto no artigo 1º da Lei Estadual nº 5.562, de 20 de outubro de 2009;

5.6.3 Respeitar as normas do Programa de Gestão de Documentos do Estado do Rio de Janeiro (PGD), iniciado pelo Decreto Estadual nº 42.002, em 21 de agosto de 2009, que dispõe sobre avaliação e destinação de documentos produzidos e recebidos pela administração pública.

5.7. Quanto aos Equipamentos Cedidos

5.7.1. Equipamentos Médicos como leitos hospitalares, ventiladores, monitores e outros, identificados na Visita Técnica, serão cedidos pela SES/RJ à Fundação Saúde do Estadual do Rio de Janeiro para o uso nesta Unidade, para a prestação dos serviços, e serão de inteira responsabilidade da mesma quanto à manutenção e reparo;

5.7.2. Os demais equipamentos considerados necessários para a composição da unidade de saúde serão adquiridos com o repasse de Investimento e deverão estar relacionados na Proposta Técnica da Proponente;

5.7.3. Todos os equipamentos adquiridos com os recursos de investimentos serão incorporados ao patrimônio da SES/RJ.

5.8. Quanto à responsabilidade da Fundação Saúde pelos atos de seus empregados e de terceiros por ela contratados

5.8.1 A Fundação Saúde será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes à SES/RJ ou terceiros na execução do Contrato de Gestão, não excluindo ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração;

5.8.2 Os profissionais contratados pela Fundação Saúde para a prestação dos serviços de saúde deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado, e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe;

5.8.3 Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, devendo ainda estar registrados no respectivo conselho profissional e estarem de acordo com as resoluções do conselho de classe;

5.8.4 Os profissionais responsáveis pelos serviços de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional, e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, estar em dia com a anuidade, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem como substitutos para a realização das atividades específicas de Enfermeiro;

5.8.5 Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde;

5.8.6 Para aquisição de bens e serviços, a FSERJ submeter-se-á às disposições da Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021);

5.8.7 Na hipótese de subcontratação, os contratos entre a Fundação Saúde e os subcontratados deverão prever cláusula de possibilidade de sub-rogação à SES/RJ, visando à continuidade da prestação adequada dos serviços;

5.8.8 A SES/RJ poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços do Contrato de Gestão, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira;

5.8.9 O conhecimento da SES/RJ acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a Fundação Saúde do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes da prestação de contas e de informações referentes à execução do Contrato de Gestão;

5.8.10 A Fundação Saúde é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato, não podendo ser imputada qualquer responsabilidade à SES/RJ;

5.8.11 Todos os empregados e terceiros contratados pela Fundação Saúde deverão portar identificação (crachás) e estar devidamente uniformizados quando estiverem no exercício de funções nas dependências da Unidade, após aprovação da SES/RJ quanto ao desenho e layout;

5.8.12 Responsabilizar-se administrativa, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais, subordinados à Fundação Saúde, no desenvolvimento de suas atividades.

5.9. Quanto a outras obrigações:

5.9.1. Implantar ações vinculadas do Plano Estadual de Saúde (PES) e Programação Anual de Saúde (PAS) da SES-RJ;

5.9.2. Promover a política de qualidade apoiada em programas de excelência em gestão, reconhecimento público, certificação e acreditação;

5.9.3. Aderir ao Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, de acordo com as diretrizes expedidas pela Secretaria de Estado de Saúde, conforme Resolução SES/RJ nº 1.551/2017, de 11/07/2017.

5.9.4. Indicar à Secretaria de Estado de Saúde, no mínimo, 2 (dois) funcionários, por unidade de saúde, para figurarem como responsáveis pelas ações junto ao PNGC. (Art. 1º Resolução SES/RJ nº 1.551/2017).

5.9.5. Providenciar a inserção dos dados referentes aos custos incorridos nas competências mensais no sistema informatizado APURASUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, conforme disposto no OFÍCIO CIRCULAR SES/SUPACG SEI Nº22 (18035003) de 10 de junho de 2021, até o dia 20 de cada mês subsequente.

6. INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Indicadores Quantitativos

Quadro 01 – Produção Assistencial de Saúde.

PRODUÇÃO	TIPO DE ATIVIDADE	1º MÊS	2º MÊS	A PARTIR DO 3º MÊS
Produção Cirúrgica	Número de Cirurgias Oftalmológicas	250	300	350
Produção Ambulatorial	Número de Consultas ambulatoriais	500	600	700
Total		750	900	1050

6.2. Indicadores Qualitativos

6.2.1. O acompanhamento dos indicadores de qualidade será realizado conforme demonstrado abaixo. Os Indicadores de qualidade serão acompanhados trimestralmente, e observados o comparativo entre as metas e os resultados obtidos conforme o Quadro 02.

Quadro 02 – Indicadores de Desempenho da unidade.

Nº	INDICADOR	REFERÊNCIAS	FÓRMULA DE CÁLCULOS	FONTE DE COLETA DE DADOS	META
1	PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	Portaria 1.600 de 2011, MS https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTI3MTA%2C https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466	Soma do Número de atividades realizadas ÷ Soma do número de atividades programadas no mês X 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde	>= 80%
	Tempo Médio de Espera para		Soma dos tempos de espera em minutos de todos os pacientes (considerando o tempo entre a finalização do	Prontuário eletrônico do paciente	

2	o atendimento médico ambulatorial	Secretaria de Estado de Saúde-2024	atendimento na recepção até o início do atendimento médico, conforme horário do paciente)÷Nº de paciente atendidos	e/ou Sistemas registro eletrônico em Saúde	≤ 30 Minutos
3	Índice de satisfação dos usuários com a unidade de saúde	ID-PPSC-1 - Padrão Pesquisa de Satisfação Contínua; Plataforma de Monitoramento.	Soma do quantitativo de pesquisas de usuários satisfeitos em uma avaliação geral com a unidade ÷ Total de respostas realizadas no período analisado x 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde	≥ 80%
4	Resolubilidade da Ouvidoria.	Resolução SES nº 2741/2022	Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100	Sistema d Ouvidoria SES	≥ 90%

6.2.2. A critério da SES/RJ, os indicadores e as metas estabelecidas para cada indicador de qualidade poderão ser revistos a cada trimestre, ou sempre que exigir o interesse público, de forma a melhor refletir o desempenho desejado para a unidade.

6.2.3. A critério da SES/RJ, outros indicadores poderão ser substituídos ou introduzidos no Contrato de Gestão.

6.2.4. Os Indicadores de qualidade do Quadro 01 serão acompanhados trimestralmente, a partir do terceiro mês de operação da Unidade.

ANEXO I

DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DE RECURSOS HUMANOS

Quadro 1 – Dimensionamento mínimo previsto para capacidade instalada do HEER

SETOR	SUBSETOR	Cargo	Quantidade Mínima	CH Semanal	Escala de Plantão
	Direção Geral	Diretor Geral	1	40	DIARISTA

DIREÇÃO GERAL		Assessor de Planejamento	1	40	DIARISTA
	Diretor Administrativo	Diretor administrativo e de RH	1	40	DIARISTA
	Direção Assistencial	Direção Técnica	1	40	DIARISTA
	RT Enfermagem	RT de Enfermagem	1	40	DIARISTA
Administração	Almoxarifado/ SAME	Auxiliar Administrativo	2	40	DIARISTA
	Faturamento	Auxiliar Administrativo	1	40	DIARISTA
	RH	Auxiliar Administrativo	2	40	DIARISTA
Núcleos, Comissões e Instâncias Obrigatórias.	NIR	Enfermeiro Responsável	1	40	DIARISTA
		Auxiliar Administrativo	1	40	DIARISTA
	Ouvidoria	Ouvidor	1	40	DIARISTA
		Auxiliar Administrativo	1	40	DIARISTA
	Qualidade/ NSP/NEP	Enfermeiro	1	30	DIARISTA
Apoio	Almoxarifado	Assistente Administrativo	1	40	DIARISTA
		Auxiliar Administrativo SD	2	40	De acordo com escala
	Controle de Funcionários	Assistente Administrativo	1	40	DIARISTA
	Recepção / Marcação	Auxiliar Administrativo	2	40	DIARISTA
		Auxiliar Administrativo SD	4	40	De acordo com escala
Assistencial	Farmácia	RT Farmacêutico	1	40	DIARISTA
		Auxiliar Administrativo SD	2	40	De acordo com escala
Admissão	Acolhimento	Enfermeiro SD	2	30	De acordo com escala
Centro Cirúrgico/ Ambulatorial	CME + Centro Cirúrgico + consultas pré e pós-operatório	Enfermeiro Responsável	1	40	DIARISTA
		Médico Oftalmologista	09	12	SEMANAL
		Médico Anestesiologista SD	03	12	SEMANAL
		Enfermeiro SD	3	30	De acordo com escala
		Técnico de Enfermagem SD	24	30	De acordo com escala
		Auxiliar Administrativo	1	40	DIARISTA
TOTAL			71		

ANEXO II

POLÍTICA NACIONAL DA HUMANIZAÇÃO (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

a) Serviço de Lavanderia e Rouparia

O processamento da roupa com qualidade é fundamental para o bom funcionamento do serviço de saúde e deve ser efetuado de forma com que a roupa e todas as etapas do seu processamento não representem veículo de contaminação, eventos adversos ou qualquer outro dano aos usuários, trabalhadores e ambiente. (ANVISA, 2009).

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

- Retirada da roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento;
- Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento;
- Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja;
- Processo de lavagem da roupa suja;
- Centrifugação;
- Secagem, calandragem ou prensagem ou passadoria da roupa limpa;
- Separação, dobra e embalagem da roupa limpa;

b) Serviço de Vigilância Patrimonial Desarmada

Os objetivos fundamentais da contratação dos serviços de Vigilância Patrimonial Desarmada com fornecimento de rádios de

comunicação são:

b.1) Assegurar, a qualquer hora, a integridade física dos usuários e funcionários nas dependências da unidade mediante ações lesivas;

b.2) Assegurar a integridade do acervo patrimonial das unidades que constam neste Termo de Referência, não permitindo a sua depredação, violação, evasão, apropriação indébita e outras ações que redundem em dano ao patrimônio;

I – Da execução:

- Zelar pela ordem e boas condições das áreas sob vigilância;
- Fiscalizar a entrada e saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de pessoas autorizadas a estacionar seus veículos particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- Executar a ronda, verificando as dependências das instalações e adotando os cuidados e providências necessárias para o perfeito desempenho das funções e manutenção da tranquilidade;
- Registrar e controlar diariamente em folha de ponto e escala de trabalho, juntamente com a CONTRATANTE, a frequência e a pontualidade de seu pessoal, bem como as ocorrências do Posto em que estiver prestando os serviços.

c) Serviço de Manutenção Predial

Deve ser englobado os serviços de manutenção preventiva e corretiva, que consistem:

I – Manutenção Preventiva: Serviços de caráter permanente, que obedecem a uma programação previamente estabelecida, apresentada em cronograma físico devidamente aprovado pela Unidade, cujas etapas são cumpridas obedecendo a uma periodicidade pré-determinada e envolve programas de inspeção, reformas, reparos, entre outros.

II – Manutenção Corretiva: Serviços esporádicos, ausentes de programação prévia, a serem executados em caráter eventual e/ou especial, devidamente apontado pela direção da Unidade.

Estão incluídos neste serviço os equipamentos associados a baixa e média tensão, gerador de vapor – caldeiras, manutenção de motor gerador de energia, rede de gases medicinais, instalações de prevenção e combate a incêndio. (Itens estabelecidos conforme determinação da legislação e norma técnica vigente preconizada pela Secretaria Estadual de Saúde).

d) Recepção

Os funcionários da recepção devem realizar o atendimento de forma educada, gentil e objetiva, fornecer informações exclusivas de sua competência. Ter postura profissional e realizar o atendimento com presteza, atenção e educação.

Faz se necessário conhecer a Instituição, os setores existentes e funcionantes, perfil e rotina da unidade, horários de visitas dos setores, conhecer a dinâmica de atendimento da unidade hospitalar. Trabalhar em equipe e cooperar com os outros setores.

e) Telefonia

O atendimento telefônico deve ser realizado com cortesia, clareza e objetividade, sendo tolerante com o cliente e sem alterar o tom de voz.

O responsável pelo atendimento telefônico deverá ajudar a resolver o problema da melhor forma possível, com escuta ativa e provendo as informações necessárias com segurança.

Faz se necessário conhecer a Instituição, os setores existentes e funcionantes, perfil e rotina da unidade, horários de visitas dos setores, conhecer a dinâmica de atendimento da unidade hospitalar.

f) Maqueiros

Os profissionais de apoio hospitalar (maqueiros), responsáveis pelas atividades de transporte/remoção de pacientes internamente, em apoio ao serviço assistencial, devem:

I – Realizar o atendimento com cortesia, presteza e atenção, transportar o usuário com atenção e segurança.

II – Auxiliar o usuário, acompanhante e ou profissional de saúde transportar o usuário para exames e demais setores da instituição com segurança.

III – Auxiliar na transferência do usuário do transporte para a cadeira e ou maca sempre que solicitado e acompanhado por um profissional de enfermagem. 12/05/2021 SEI/ERJ - 16907618

1 - NAF

Todos os equipamentos de saúde devem ter Núcleo de Acolhimento à Família, conforme as especificações do perfil de atendimento de cada unidade. As Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) e os Centros Estaduais de Diagnóstico por Imagem devem dispor de fluxo definido para atendimento às famílias, conforme preconizado no Manual de Acolhimento à Família elaborado pela Assessoria Técnica de Humanização.

ANEXO III

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

1. A empresa que será contratada para implantar o Sistema de Informação de Saúde na unidade referida no presente edital terá, via FSERJ, que apresentar comprovação de aptidão pertinente e compatível com o escopo da Unidade de Saúde, sendo assim, a empresa de Sistema de Informação deverá apresentar atestados de desempenho, emitido por entidade pública ou privada que comprovem conhecimento e experiência por parte da empresa a ser contratada;
2. A empresa deverá estar organizada e ter condições para exercer todas as tarefas técnicas e administrativas, que forem de sua responsabilidade, visando à execução dos trabalhos e de seus objetivos;
3. A Empresa do Sistema de Informação deverá apresentar atestado (ao menos um testado por item) que atendam os seguintes requisitos mínimos:
 - a) GESTÃO CLÍNICA: Atestados que comprovem que a Licitante implantou projetos de gestão clínica (Prontuário Eletrônico) em ambiente de Unidade de Saúde (Público ou Filantrópico);
 - b) PROPRIEDADE/ABRANGÊNCIA: Declaração de ser detentora dos códigos fontes de todos os sistemas e módulos solicitados neste edital e consequentemente poder realizar qualquer adaptação necessária no mesmo para atender aos objetivos da Secretaria do Estado Saúde RJ.
4. O sistema deve possuir os seguintes módulos e funções:
 - A) Prontuário Eletrônico: Este módulo deverá possibilitar a realização de padronizações de exames de acordo com cada protocolo, sugerindo automaticamente ao médico os exames a serem solicitados no atendimento.
 - B) Farmácia/Almoxarifado: Este módulo deverá possibilitar controle e gestão dos materiais com gerenciamento do estoque do almoxarifado.
 - C) Faturamento: Este módulo deverá possuir todos os processos relativos ao faturamento de contas do Sistema Único de Saúde e de internação, inclusive com a geração de arquivos eletrônicos definidos pelo gestor.
 - D) B.I: Este módulo deverá possibilitar o tratamento de informações que possibilite criar modelos de relatórios envolvendo grupos de informação, possibilitando ao usuário final selecionar na tela as informações que ele quer cruzar criando relatórios personalizados.
 - E) Indicadores: Este módulo deverá disponibilizar ferramentas que permitam analisar as informações e transformá-las em indicadores interativos, que auxiliarão na geração de previsões e cenários futuros, permitindo o controle e otimização das receitas e custos e contribuindo na tomada de decisões.
 - F) SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico): Este módulo deverá possibilitar a geração de Informações gerenciais e estatísticas por um determinado período de interesse, relacionando a produção de entradas e saídas por especialidade, profissional e setores.
5. Fazer a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da SES-RJ, quer sejam de faturamento, quer sejam de acompanhamento de programas específicos e regulação, além de manter atualizado o CNES;
6. Ferramenta que permita a integração ao barramento do CNS do DATASUS;
7. Assegurar à SES/RJ o acesso irrestrito e em tempo real ao sistema informatizado, incluindo os sistemas de informações assistenciais utilizados;
8. Alimentar e atualizar os sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela SES/RJ com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma a evitar glosas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;
9. Alimentar e atualizar os sistemas de informação e o servidor espelho a serem adotados pela SES/RJ, através de API ou Webservice, que deverão exportar todos os dados do sistema on-line;
10. A cada 12 meses a contratada deverá disponibilizar um backup completo de todas as bases de dados utilizadas nas unidades geridas, acompanhado de documentação completa da base de dados.
11. A contratada deverá sempre que solicitado, fornecer informações, que a fiscalização do contrato considere relevante para a realização de suas atribuições. O formato e método de envio desses dados serão informados pela fiscalização do contrato.

ANEXO IV

NÚCLEOS, COMISSÕES E INSTÂNCIAS OBRIGATÓRIAS.

1. Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS):

Sob coordenação da Superintendência de Educação em Saúde (SUPES/SES-RJ), a FSERJ possui um Núcleo Central de Educação Permanente, Ensino e Pesquisa da Fundação Saúde (NCEPEP) que atua junto aos NEPs das Unidades de saúde sob sua gestão.

O NEP se alinha às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que se apresenta como uma

proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das instituições para produzir melhorias no processo de trabalho dos profissionais de saúde e impactar a assistência à população.

Cabe ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, se organizar como espaço destinado à formação, capacitação, habilitação dos profissionais de saúde.

Vale ressaltar que algumas unidades possuem o Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA) regidos por resoluções próprias e devem seguir o exposto na legislação vigente. O CEA possui papel importante e estratégico que assegura a continuidade das ações de ensino, educação e pesquisa desenvolvidas, sendo o setor que possui notória potência no fomento à pesquisa e inovação em saúde, além da difusão de conhecimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde e de políticas de educação. O CEA, quando existente na unidade deve trabalhar de forma integrada com o NEP.

1.1. Composição do NEP

O responsável do NEP deverá ser profissional de nível superior de qualquer área da saúde e indicado por ato interno do Diretor Geral da unidade com desejável conhecimento e experiência em Educação em Saúde, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública (https://sei.rj.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_visualizar&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=81573489&infra_sistema=...).

1.2 Objetivos do NEP:

1.2.1. Ser um núcleo multiplicador e estimular a criação de equipes multiplicadoras do conhecimento em cada serviço/setor;

1.2.2. Identificar profissionais com experiência prática e/ou teórica em temas pertinentes para o serviço, criando a possibilidade de compartilhamento de saberes, conhecimento e conteúdo relevante para outros profissionais da unidade, potencializando a capacidade educacional de cada unidade de saúde;

1.2.3. Desenvolver e aprimorar, de forma participativa e multidisciplinar as ações de educação de acordo com o perfil assistencial da unidade e voltado para as necessidades dos usuários.

1.2.4. Fomentar o debate sobre a educação permanente em saúde em todos os espaços da unidade, aperfeiçoando continuamente os processos de trabalho, com vistas a qualificar a assistência, a gestão e a assistência prestada, aos cidadãos.

1.3 Atribuições específicas do NEP:

1.3.1. Responder a todas as demandas referentes aos processos de formação, educação permanente e pesquisa na unidade e, quando solicitado pela SUPES e /ou pelo NCEPE;

1.3.2. Elaborar anualmente e monitorar trimestralmente o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) da(s) Unidade(s) de Saúde contendo as capacitações, treinamentos e todas as atividades de qualificação profissional, planejadas em conjunto com os coordenadores responsáveis pelos diferentes setores/serviços da unidade;

1.3.3. Transformar e aperfeiçoar práticas e técnicas sociais no ambiente de trabalho, através de atividades de Educação Permanente, fortalecendo as ações das equipes de trabalho;

1.3.4. Participar das reuniões do Grupo Trabalho (GT) de Integração dos CEA e NEP, instituído através da Resolução SES nº 2229, de 29 de janeiro de 2021, sob coordenação da SES-RJ e NCEPEP;

1.3.5. Realizar capacitação e atualização dos profissionais da unidade, ofertando de forma contínua ações educativas, alinhadas à política Nacional de Educação Permanente, instituída pelas Portarias de Consolidação MS nº 2 e nº 6 de 2017, considerando as necessidades de cada setor/serviço; sendo ainda de sua responsabilidade atender, a qualquer tempo, solicitação de ação educativas específica para alguma área/objetivo por parte da SES/RJ;

1.3.6. Encaminhar um consolidado sobre a execução das ações planejadas no PEEPS do referido ano;

1.3.7. Estimular e apoiar projetos de pesquisa estratégicos a fim de assegurar a expansão de pesquisas nas unidades da SES-RJ, bem como orientar o pesquisador sobre o Fluxo de Pesquisa conforme normativas estabelecidas, divulgação de produtos técnicos e resultados de pesquisas realizadas no âmbito da SES-RJ, cujo tema seja estratégico para sua unidade de saúde, com o objetivo de disseminar o conhecimento científico e tecnológico produzido;

1.3.8. Promover intercâmbio técnico-científico com as demais Unidades da SES/RJ, de modo a permitir a elaboração de linhas comuns ou complementares de ação, bem como compartilhar o apoio didático e boas práticas educativas;

1.3.9. Assegurar memória dos documentos produzidos na unidade a partir da indexação de materiais técnicos e científicos na Biblioteca Virtual em Saúde da SES-RJ;

1.3.10. Facilitar, participar e apoiar programas de residência médica e multiprofissional assim como programas de estágio curriculares e extracurriculares conforme legislações vigentes e orientações da SUPES.

1.4 Quanto à operacionalização:

1.4.1. Planejar, executar, incentivar, apoiar, monitorar e avaliar as atividades de formação de profissionais em saúde, incluindo estagiários e residentes nas diversas áreas de atuação, observando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 15º que dispõe sobre a atribuição dos Estados a execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

1.4.2. Considerar a Legislação e adequar-se para cumprimento das diretrizes instituídas pela SES e FSERJ, para a estruturação de fluxos e rotinas específicas do NEP associadas às normativas estabelecidas e que considerem as seguintes resoluções:

a) Resoluções SES nº 3.215 de 30 de novembro de 2023 que estabelece a regulamentação para a Utilização das unidades de saúde e Nível central da SES-RJ como campo de estágio obrigatório, não obrigatório e internato pelas instituições de ensino de nível médio e superior das iniciativas pública e privada e os critérios para cumprimento da contrapartida acadêmica à concessão de campo de estágio de nível médio, graduação e internato.

b) Resolução SES nº 3.236 de 12 de janeiro de 2024 que estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde da SES-RJ, como campo de prática para pós-graduandos pelas instituições de ensino de pós-graduação da iniciativa pública e privada;

c) Resolução SES 2.361, de 30 de julho de 2021, que normatiza o fluxo para a solicitação de pesquisa(s) no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e sobre a submissão do projeto de pesquisa a um Comitê de Ética em Pesquisa, caso necessário;

d) Resolução SES nº 2.638 de 17 de fevereiro de 2022 que estabelece os critérios para regulamentação das visitas técnicas de estudantes de nível médio, superior e pós-graduandos, regularmente matriculados em instituições de ensino públicas e privadas nas unidades de saúde próprias da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e Nível Central;

e) Resolução SES nº 2.596, de 29 de dezembro de 2021, que cria o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, vinculando-o à Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde.

1.4.3. Considerar as diretrizes e normas que regulamentam a Residência Médica, bem como a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica - COREME, com orientações para sua composição, atribuições, competências e perfil do Coordenador;

1.4.4. Considerar as diretrizes e normas que regulamentam Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde bem como estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Multiprofissional – COREMU;

1.4.5. Propiciar para que todos os profissionais passem por cursos, atualizações e adequações a novos protocolos, devidamente registrados na unidade através de relatórios de acompanhamento e monitoramento, com comprovação de frequência e certificado.

2. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve seguir as diretrizes técnicas estabelecidas na Portaria MS/GM nº 529/2013 e RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

Cabe ao Diretor Geral do serviço de saúde constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde.

2.1. Quanto à operacionalização:

a) Desenvolver ações de Segurança do Paciente para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

b) Conduzir de forma participativa, a interação dos gestores e demais profissionais nas práticas necessárias à implementação da Cultura de Segurança do Paciente na organização como um todo;

c) Desenvolver mecanismos e ferramentas para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas no que se refere às práticas de Segurança do Paciente;

d) Desenvolver ferramentas e estratégias de Gestão de Risco nas práticas de Segurança do Paciente, em todas as áreas de assistência, locais com realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, incluindo os que impliquem em incisão no corpo ou introdução de equipamentos endoscópicos.

e) Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

f) Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

g) Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

h) Estruturar auditoria dos processos relacionados à Segurança do Paciente, monitorar os indicadores pertinentes e utilizar ferramentas para o tratamento de incidentes e eventos adversos;

i) Sistematizar e incentivar a notificação interna de incidentes.

j) Participar da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais com UTI, logo que iniciada as atividades da UTI Geral.

O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de

trabalho e que tenham perfil de liderança.

A composição do NSP pode variar de instituição para instituição. Dado seu caráter articulador, é interessante que o NSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros. Cabe ressaltar, ainda, que outras instâncias existentes dentro dos serviços de saúde e relacionadas à segurança do paciente podem atuar como membros consultivos do NSP, tais como: Núcleo de Saúde do Trabalhador; Gerência de Resíduos; Comissão de Biossegurança; Comissão de Padronização de Materiais; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal; Comitê Transfusional; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de assédio, entre outras.

O responsável do NSP deve ser um profissional vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo contínuo e com experiência em qualidade e segurança do paciente, contando com boa aceitação pela equipe multiprofissional.

2.2 Composição Mínima do Núcleo de Segurança do Paciente:

a) Equipe mínima de 02 profissionais de nível superior.

2.3 Indicadores da Segurança do Paciente:

Cabem ao Núcleo de Segurança do Paciente o acompanhamento, a análise e a compilação dos resultados obtidos do Prontuário Eletrônico e de outras fontes relacionadas ao atendimento ao paciente. A mensuração desses indicadores deverá ter frequência mensal e ser apresentado dia 10 (dez) do mês subsequente.

a) Protocolo de Identificação do Paciente

Indicador: Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde (número de pacientes com pulseiras padronizadas/ número de pacientes atendidos na instituição de saúde x 100).

Indicador: Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.

b) Protocolo de Prevenção de Lesões por Pressão – Indicadores:

Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão (número de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão/ número de pacientes internados na unidade x100);

Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP;

Incidência de LPP (número de casos novos de pacientes com LPP/ número de pacientes expostos ao risco de adquirir LPP no período x100).

c) Protocolo de Prevenção de Quedas – Indicadores:

Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão (número de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão / número de pacientes internados na unidade x100);

Índice de quedas (número de quedas/ número de pacientes-dia x 100).

d) Protocolo de Higienização das Mãos – Indicadores:

Consumo de preparação alcoólica para as mãos (volume de produto alcoólico utilizado no mês (litros)/ número de pacientes-dia);

Consumo de sabonete líquido (volume de sabonete líquido utilizado no mês (litros)/ número de pacientes-dia);

Percentual de adesão à higienização das mãos.

e) Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos – Indicadores:

Taxa de erros na prescrição de medicamentos (número de medicamentos prescritos com erro / número total de medicamentos prescritos x 100) – direcionado para UPH e UH – responsável pela coleta farmacêutica;

Taxa de erros na dispensação de medicamentos (número de medicamentos dispensados com erro/número total de medicamentos dispensados) x 100;

Taxa de erros na administração de medicamentos (número de medicamentos prescritos não administrados/ total de medicamentos prescritos x 100) – direcionado para UH – responsável pela coleta: farmacêutico.

f) Protocolo de Cirurgia Segura – Indicadores:

Percentual de pacientes que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado (número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos / número totais de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra x 100);

Percentual de pacientes com marcação de lateralidade conforme (número de marcações de lateralidade/total de cirurgias com marcação de lateralidade indicada x 100) – sugerido/modificado pela CESP.

Número de procedimentos errados;

Taxa de adesão à lista de verificação.

3. Núcleo de Gestão da Qualidade

Com base na Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017, a Fundação Saúde do Estadual do Rio de Janeiro deve:

4.1. Implantar Pesquisa de Satisfação contínua que atenda todos os perfis de usuários seguindo as diretrizes estabelecidas pela SES;

3.2. Elaborar relatório de análise e plano de ação mensal tendo como base os Resultados da Pesquisa de Satisfação Contínua e estruturar mecanismos de controle para monitoramento dos Planos de Ação;

3.3. Elaborar análise dos relatórios gerenciais, de demandas à ouvidoria e das providências relacionadas considerando os seguintes critérios:

3.4. Planejamento:

- a) Levantamento dos principais assuntos das manifestações;
- b) Motivos para que tais manifestações ocorressem;
- c) Alvos das manifestações (setor/categoria profissional/serviço);
- d) Ações que serão aplicadas e justificativa.

3.5. Plano de Ação:

3.5.1. Ações realizadas de acordo com o planejamento previamente elaborado:

3.5.2. Avaliação das Ações:

- a) Resultados obtidos e as justificativas possíveis;
- b) Avaliação da eficácia das medidas previstas.

3.6. Propostas de Melhorias:

- a) Determinar alteração, prorrogação ou encerramento de ações tomadas;
- b) Confeccionar e apresentar relatórios Trimestrais de Satisfação dos usuários contendo a avaliação dos indicadores da Pesquisa de Satisfação Contínua e Planos de Ação;
- c) Elaborar e submeter à apreciação da SES/RJ o Relatório Anual de Auto Avaliação da Gestão e Plano de Melhorias de acordo com as diretrizes e metodologias emanadas do Programa de Excelência em Gestão – PEG/SES;
- d) Implantar sistema de monitorização da qualidade e desempenho dos setores assistenciais com interface com as áreas técnicas da SES/RJ;
- e) Apresentar resultados de indicadores com o atingimento das metas estabelecidas e justificativa do não alcance;
- f) Fazer interface com o Sistema de Monitoramento de Indicadores - SMI estabelecido pela SES/RJ;
- g) Executar indicadores contratuais e não contratuais, de acordo com as solicitações oriundas das áreas técnicas da SES/RJ.

3.7. Perfil profissional do responsável do Núcleo da Qualidade:

- a) Ser profissional com formação em ensino superior de qualquer área da saúde;
- b) É desejável experiência como responsável por área técnica de serviços de saúde ou gestão pública ou gestão da qualidade;
- c) É desejável título de pós-graduação nas áreas: Gestão da Qualidade, Gestão Pública, Qualidade e Segurança do Paciente.
- d) Desejável: conhecimento de informática, conhecimento das ferramentas da qualidade, planejamento e informação em Saúde.

4. Núcleo Interno de Regulação – NIR

Deverá ser mantido em operação e utilizar sistema informatizado via web que for disponibilizado pela SES/RJ.

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativo que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta da unidade. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral da unidade e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

5. Comissão Permanente de Avaliação de Documentos Médico:

(Resolução CFM nº 1.821/2007) As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileiras, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.



Documento assinado eletronicamente por **Caio Antonio Mello Souza, Subsecretário**, em 07/11/2024, às 18:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **86996406** e o código CRC **D8350366**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 86996406

Rua Barão de Itapagipe, nº 225, 6º andar - Bairro Rio Comprido, @cidade_unidade@/, CEP 20261-005
Telefone: 3385-9094 - www.saude.rj.gov.br