

## ANEXO 10

### EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA Nº 05/2015

Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ

### MODELO DE RELATÓRIO DE VISTORIA TÉCNICA DA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Razão Social:

Nome Fantasia

Endereço:

Bairro:

CEP:

CNPJ:

CNES

Telefone:

Fax:

Email:

Responsável Técnico:

CRM:

Título de Especialista: SIM( ) NÃO( )

Responsável Técnico:

COREN:

Título de Especialista: SIM( ) NÃO( )

Em curso ( ) Instituição:

Licença de Funcionamento:

#### 2. NATUREZA

Público ( ) Filantrópico ( ) Privado ( )

#### 3. LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DE DIÁLISE

Hospitalar ( ) Autônoma: intra hospitalar ( ) Extra hospitalar ( )

#### 4. QUANTITATIVO DE PACIENTES POR TIPOS DE DIÁLISE E SOROLOGIA

Modalidade de Diálise	SUS	Não SUS	Total
HD			
DPA			
DPAC			
Total			

Realiza Diálise Pediátrica SIM( ) NÃO( )

Tipos de Sorologia	SUS	NÃO SUS	Total
Não contaminados			
HCV+			
HIV			
HBsAg+			
HCV+/HIV+			
Total			

## 5. PROGRAMA DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EVENTOS ADVERSOS (PCPIEA)

Possui Programa de Controle e prevenção de Infecção e Eventos Adversos ?

SIM ( ) NÃO ( )

## 6. SERVIÇOS UTILIZADOS

### SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

NOME \_\_\_\_\_ CRN \_\_\_\_\_

CARGA HORÁRIA:

VÍNCULO CLT ( ) AUTÔNOMO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO: \_\_/\_\_/\_\_ VENCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

EMPRESA:

### SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

NOME \_\_\_\_\_ CRESS \_\_\_\_\_

CARGA HORÁRIA:

VÍNCULO CLT ( ) AUTÔNOMO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO: \_\_/\_\_/\_\_ VENCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

EMPRESA:

### SERVIÇO DE PSICOLOGIA

NOME \_\_\_\_\_ CRP \_\_\_\_\_

CARGA HORÁRIA:

VÍNCULO CLT ( ) AUTÔNOMO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO: \_\_/\_\_/\_\_ VENCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

EMPRESA:

SERVIÇO QUE REALIZA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

PRÓPRIO ( ) AUTÔNOMO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_

EMPRESA:

SERVIÇO QUE INSTALA CATETER PARA DPAC

PRÓPRIO( ) AUTÔNOMO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_

EMPRESA:

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

NOME\_\_\_\_\_CRN\_\_\_\_\_

CARGA HORÁRIA:

VÍNCULO CLT ( ) AUTÔNOMO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_

EMPRESA:

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_

EMPRESA:

LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE

PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_

EMPRESA:

LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA

PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_

EMPRESA:

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO  
INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )  
CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO D'ÁGUA  
PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )  
SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO  
INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )  
CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:

SERVIÇO DE ANÁLISE D'ÁGUA  
PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )  
SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO  
INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )  
CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO GERADOR DE ENERGIA  
PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )  
SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO  
INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )  
CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:

HOSPITAL DE RETARGUADA  
PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )  
SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO  
INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )  
CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:

SERVIÇO DE REMOÇÃO  
PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )  
SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO  
INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )  
CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:

SERVIÇO DE CONCENTRADO DE POLIELETROLÍTICOS PARA  
HEMODIÁLISE(FARMÁCIA)  
SIM ( ) NÃO ( )

OUTROS SERVIÇOS  
PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )  
SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )  
CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:\_\_\_\_\_

**OUTROS SERVIÇOS**

PRÓPRIO ( ) EMPRESA ( )

SE TERCEIRIZADA DATA DO CONTRATO

INÍCIO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VENCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ INDETERMINADO ( )

CNPJ/CPF:\_\_\_\_\_  
EMPRESA:\_\_\_\_\_

**OUTROS PROFISSIONAIS**

CIRURGIÃO VASCULAR SIM ( ) NÃO ( )

FARMACÊUTICO SIM ( ) NÃO ( )

OUTROS: ESPECIFICAR

**7. SALA DE EMERGÊNCIA**

Possui sala exclusiva para emergência médica: SIM ( ) NÃO ( )

Se não, onde é feito o atendimento de emergência?\_\_\_\_\_

**8. CAPACIDADE INSTALADA**

**a) Hemodiálise – HD**

Última visita da COVIG \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Há pendência? SIM ( ) NÃO ( )

Capacidade instalada de HD – (nº de pontos de água x nº turno x 2 grupos de sessões): \_\_\_\_\_

Capacidade instalada HD atual – ( nº de máquinas x nº turno x 2 grupos de sessões): \_\_\_\_\_

Previsão de oferta para o SUS para HD: \_\_\_\_\_pacientes

**b) Diálise Peritoneal: diálise peritoneal ambulatorial contínua – CAPD e diálise peritoneal automática –DPA**

CAPD: SIM ( ) NÃO ( )

DPA: SIM ( ) NÃO ( )

Sala de Treinamento: SIM ( ) NÃO ( )  
Previsão de oferta para o SUS para CAPD: \_\_\_\_\_ pacientes  
Previsão de oferta para o SUS para DPA: \_\_\_\_\_ pacientes

## 9. EQUIPAMENTOS PARA HEMODIÁLISE

Distribuição de máquinas por sala de hemodiálise

Sala HbsAg negativo: SIM ( ) NÃO ( )

Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

Sala HbsAg positivo : SIM ( ) NÃO ( )

Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

Paciente recém-admitido com sorologia desconhecida diálise em máquina exclusiva: SIM ( ) NÃO ( )

Nº de máquinas de reserva: \_\_\_\_\_ máquinas

Atende pacientes com sorologia:

HCV(+) SIM ( ) NÃO ( )

HIV(+) SIM ( ) NÃO ( )

Nº de sala de reuso de capilar exclusiva para pacientes

HbsAg(-) e HCV(-)	HbsAg(+)

## 10. TRATAMENTO DE ÁGUA

a. Água de abastecimento:

Rede pública ( ) Poço artesiano ( ) ambos ( )

Se utilizar água do poço artesiano, existe outorga?

NÃO ( ) SIM ( ) DATA DE  
VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- b. Registro diário da atividade de monitoração da qualidade da tratada segundo RDC/ANVISA Nº 11 de 13/03/2014? SIM ( ) NÃO ( )

Justificar se NÃO:

- c. Laudo das análises da água potável e tratada seguem padrão preconizado na RDC/ANVISA Nº 11 DE 13/03/2014? SIM ( ) NÃO ( )

#### 11. SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Atendimento ambulatorial aos seus pacientes em programas dialíticos? SIM ( ) NÃO ( )

Total de salas utilizadas para atendimento ambulatorial: \_\_\_\_  
salas

#### 12. ATIVIDADES EDUCATIVAS DE ATENÇÃO AOS PACIENTES EM DIÁLISE

Programa aos portadores de hipertensão arterial SIM ( ) NÃO ( )

Programa aos portadores de diabetes SIM ( ) NÃO ( )

OUTROS (QUAIS) \_\_\_\_\_

#### 13. AVALIAÇÃO

O prontuário é único? SIM ( ) NÃO ( )

O prontuário é eletrônico? SIM ( ) NÃO ( )

O preenchimento está adequado? SIM ( ) NÃO ( )

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nome e Assinatura do representante legal  
Carimbo com CNPJ da proponente