

APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA DEFESA COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA

1. Nome da Instituição:
2. CNPJ/CPF:
3. Logradouro:
4. Telefone:
5. E-mail:
6. Número de cadastramento no CNES:
7. Nome do Representante Legal:
8. Nome do Responsável Técnico:
9. Número do Conselho do Responsável Técnico:
10. Conselho Regional de:
11. Nome do Responsável pela informação:
12. Data do preenchimento da avaliação:
13. Média de pacientes/dia:
14. Número de Funcionários:
15. Clientela atendida pela Instituição

<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Adolescente	<input type="checkbox"/> Gestante	<input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> Idoso	<input type="checkbox"/> Outros
----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

NATUREZA DO SERVIÇO

<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> SUS
<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Universitário	<input type="checkbox"/> Outros

ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO

<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Intermunicipal	<input type="checkbox"/> Estadual
-----------------------------------	------------------------------------	---	-----------------------------------

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DO IMÓVEL

<input type="checkbox"/> Novo	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bem conservado	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal Conservado
-------------------------------	------------------------------------	---	----------------------------------	---

IDADE APROXIMADA DO IMÓVEL:

CARACTERÍSTICAS DO IMÓVEL:

Nº Pavimentos	
Nº Banheiros	
Nº Dormitórios	
Estrutura	
Forro	
Cobertura	
Piso Externo	
Instalações	

AVALIAÇÃO DA VISITA TÉCNICA

GERENCIAMENTO DE QUALIDADE

- Existem no Estabelecimento de saúde uma política ou programa de Garantia da Qualidade para os serviços prestados;
- O estabelecimento de saúde garante/ controla a qualidade dos processos;
- Este programa é divulgado a todos os funcionários;
- As responsabilidades pela gestão da Garantia da Qualidade estão claramente definidas;
- Existem procedimentos para a divulgação do cumprimento das Boas Práticas para Estabelecimentos de Saúde;
- Existem planejamento e cronograma de treinamento de pessoal;
- Existem registros dos treinamentos de cada funcionário de modo a garantir a correta e completa execução dos processos e procedimentos definidos;
- São realizadas inspeções com a finalidade de verificar o cumprimento das Boas Práticas de Funcionamento;
- Existem registros das inspeções;
- Existem um sistema formal para a investigação de desvios de qualidade;
- Existem procedimentos escritos para a adoção de medidas corretivas e/ou preventivas após a identificação das causas de desvios de qualidade;
- O setor da Garantia da Qualidade é responsável pela aprovação de todos os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do estabelecimento de saúde;
- Existem pessoas designadas pelo recebimento das reclamações;
- Existem POPs para a avaliação e medidas a serem adotadas em caso de reclamações;
- Existem pessoas responsáveis pela decisão e medidas a serem adotadas;
- Quaisquer reclamações são registradas e completamente avaliadas/ investigadas;
- O resultado da investigação é registrado; e

- Existem dados estatísticos das causas das reclamações.

CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

- O serviço de saúde possui regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências;
- O serviço de saúde está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e possui seus dados atualizados;
- O estabelecimento de saúde possui Responsável Técnico (RT);
- Notifica a Vigilância Sanitária sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto;
- Possui profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento;
- O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e material necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente;
- O serviço de saúde possui mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção;
- Mantém disponível documentação e registros referentes à:
 - Controle de Saúde Ocupacional;
 - Educação permanente;
 - Contratos de serviços terceirizados;
 - Controle de qualidade da água;
 - Manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações;
 - Controle de vetores e pragas urbanas;
 - Manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos;
 - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

- Admissão e alta;
- Eventos adversos e queixas técnicas associadas a produtos e serviços;
- Monitoramento e relatórios específicos de controle de infecção; e
- Normas, rotinas e procedimentos.

PRONTUARIO DO PACIENTE

- A guarda do prontuário obedece às normas vigentes;
- O serviço de saúde assegura a guarda dos prontuários no que se refere à confidencialidade e integridade;
- Os prontuários estão mantidos: em local seguro, em boas condições de conservação e organização, permitindo o acesso sempre que necessário;
- O serviço garante que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico;
- O serviço garante que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária quando necessário;
- De que forma são armazenadas as informações/Prontuários e exames: () Digitalizada ou () Física

GESTÃO DE PESSOAS

- O serviço de saúde possui equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda;
- Os registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas estão disponíveis;
- A documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe, quando for o caso, estão disponíveis;

- Os profissionais antes do início das atividades são capacitados conforme as atividades desenvolvidas;
- As capacitações são registradas contendo: data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos;
- As capacitações estão adaptadas à evolução do conhecimento e a identificação de novos riscos, incluindo:
 - Os dados disponíveis sobre os riscos potenciais à saúde;
 - Medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;
 - Normas e procedimentos de higiene;
 - Utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;
 - Medidas para a prevenção de acidentes e incidentes;
 - Medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de incidentes; e
 - Temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional.

GESTÃO DA INFRAESTRUTURA

- As instalações prediais atendem às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações:
 - Água;
 - Esgoto;
 - Energia elétrica;
 - Proteção e combate a incêndio; e
 - Comunicação.
- As instalações físicas dos ambientes externos e internos estão em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza;
- Executam ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas;
- O estabelecimento é dotado de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades;
- O estabelecimento garante a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades;

- Garante a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses;
- Mantém o registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água;
- Garante a continuidade do fornecimento de água, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, nos locais em que a água é considerada insumo crítico; e
- Realizam ações de manutenção preventiva e corretiva nas instalações prediais.

PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

- São disponibilizados programa de imunização ativa a que os trabalhadores possam estar expostos contra: tétano, difteria, hepatite B e outros agentes;
- Os trabalhadores são avaliados periodicamente em relação à saúde ocupacional, mantendo registro desta avaliação;
- São garantidos aos trabalhadores com agravos agudos à saúde ou com lesões nos membros superiores só iniciem suas atividades após avaliação médica;
- São garantidos aos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos, físicos ou químicos, bem como prevenção de riscos de acidentes de trabalho, mecanismos de prevenção, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores; e
- São mantidos registros das comunicações de acidentes de trabalho.

GESTÃO DE TECNOLOGIA E PROCESSOS

- Dispõem de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho, estão atualizadas e em local de fácil acesso a toda equipe;
- Os ambientes estão limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade e atendem aos critérios de criticidade das áreas;
- De acordo com a complexidade do serviço e a necessidade ao atendimento da demanda, o serviço de saúde garante a disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos;

- Realiza o gerenciamento de suas tecnologias de forma a atender as necessidades do serviço mantendo as condições de seleção, aquisição, armazenamento, instalação, funcionamento, distribuição, descarte e rastreabilidade;
- É garantido que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam;
- É garantido que os colchões, colchonetes e demais almofadas utilizadas sejam revestidos de material lavável e impermeável, não apresentando furos, rasgos, sulcos e reentrâncias;
- Garante a qualidade do processo de desinfecção e esterilização de equipamentos e materiais;
- Garante que todos os usuários recebem suporte imediato à vida quando necessário: ◦
 - Monitor e oxímetro;
 - Aspirador de secreções;
 - Sistema de assistência respiratória; e
 - Outros.
- São disponibilizados insumos, produtos e equipamentos necessários para as práticas de higienização de mãos dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes;
- Sistemas de combate a incêndios:
 - Os extintores estão dentro do prazo de validade; e
 - Existe laudo do Corpo de Bombeiros

CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS

- Garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos; e
- É garantido que não é permitido comer ou guardar alimentos nos postos de trabalho destinados à execução de procedimentos de saúde.

DISCRIMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO EXISTENTES NO SERVIÇO

EQUIPAMENTOS	REGISTRO/SÉRIE	QUANTIDADE

Localidade, ____ de _____ de 20__.

Membro da Comissão de Credenciamento

Membro da Comissão de Credenciamento

Membro da Comissão de Credenciamento

APÊNDICE C



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

MODELO DE FORMULÁRIO CAPA DE FATURA

Pessoa física/ Jurídica			
CPF/ CNPJ			
Endereço			
Dados Bancários	Banco:	Agência:	Conta corrente:
Protocolo/ Fatura/ /RPA/Remessa			

NOME DO PACIENTE	SARAM	DATA DO(S) PROCEDIMENTO(S)	PROCEDIMENTO REALIZADA NA OC/PSA	CÓDIGO CBHPM DOS REFERIDOS PROCEDIMENTOS	VALOR
TOTAL					

Local _____ de _____ de 20__.

(Nome completo, CPF e assinatura do responsável pelo setor de faturas/comercial ou similar)

APÊNDICE D



MINISTÉRIO DA DEFESA COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

MODELO DE FORMULÁRIO DE NÃO CONFORMIDADE

OCS/PSA:	
Fatura nº	

Concordo com a não conformidade: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL Ass.: _____

Esta fatura foi analisada pela Subdivisão de Auditoria Técnica deste hospital e foram encontradas as seguintes não conformidades:

Beneficiário:

Data do Procedimento:

NÃO CONFORMIDADE	VALOR	MOTIVO (CÓDIGO)
TOTAL		

Beneficiário:

Data do Procedimento:

NÃO CONFORMIDADE	VALOR	MOTIVO (CÓDIGO)
TOTAL		

Localidade, ____ de _____ de 20__.

Auditor Técnico HACO

APÊNDICE E



MINISTÉRIO DA DEFESA COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

MODELO DE GAB

Comando da Aeronáutica Comando Geral do Pessoal Diretoria de Saúde HACO	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB	Número: GAB202_/HACO/
		Data:
Ao:		CPF/CNPJ:
Endereço:		Telefone:

Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)

Nome do beneficiário:			SARAM:
Grau de dependência:	CPF:	Urgente:	Internação:
Nome do Titular:			
Posto/Graduação/Cat:	CPF:	Unidade:	

Especificações	
Observações: Não cobrar indenização ao Paciente	
Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)	Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB
Assinatura do Comandante ou Diretor	Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente

Esta guia tem validade de 60 dias a contar da data de emissão

APÊNDICE F



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS**

Guia de Encaminhamento para a Assistência Médico-Hospitalar (GEAM)

COMANDO DA AERONÁUTICA COMANDO GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE _____ OSA/OM	GEAM Nº _____ Data de Emissão ____/____/____
---	---

Ao: _____ (Nome
do Prestador de Serviço Credenciado)

CGC/CPF: _____

End: _____ Tel: _____

Encaminhamento para _____
(consulta/internação/exame complementar/outros)

o(a) paciente _____, SARAM _____,
dependente de _____,
(nome/posto/graduação)

beneficiário exclusivo da AMH (Assistência Médico-Hospitalar), informando que as despesas decorrentes desse atendimento serão pagas integral (100% - cem por cento) e diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

Chefe, Diretor ou Comandante da OM emitente

Eu, _____, beneficiário titular responsável pelo paciente acima identificado, SARAM _____, estou ciente de que deverei arcar integralmente com as despesas decorrentes da prestação do serviço em saúde, que serão pagas diretamente à entidade credenciada/contratada, no ato da execução do procedimento.

_____, ____/____/____
(Localidade) (Data)



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Apêndices Edital De Credenciamento 01/2024
Data/Hora de Criação:	24/10/2024 17:05:07
Páginas do Documento:	13
Páginas Totais (Doc. + Ass.):	14
Hash MD5:	0dfe403664a7ce74c987832f1c5acd36
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten ALEXANDRE MARINHO VALERO no dia 10/12/2024 às 16:44:41 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap LUCIANO SCOPEL no dia 11/12/2024 às 09:01:59 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten BÁRBARA SOUZA FIGUEREDO no dia 11/12/2024 às 09:02:28 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten GISELE DA SILVA BARBOSA RAMOS no dia 11/12/2024 às 09:02:34 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten LAIANE PEREIRA SILVEIRA BRUM no dia 11/12/2024 às 12:31:43 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap DANIEL COSTA AGUIAR no dia 12/12/2024 às 08:11:14 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel RODRIGO MOREIRA CHAVES no dia 10/01/2025 às 10:51:38 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO