**CHAMADA PÚBLICA PARA PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE "CASAS DE APOIO" COM SEDE EM CURITIBA, ESTADO DO PARANÁ, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, COM ATENDIMENTO 24 HORAS, INCLUINDO ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2020**

**O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE,** torna público através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Resolução n.º 008/2020 e Comissão de Avaliação Técnica nomeada a ser indicada por ato prórprio deste CONIMS, que realizará processo de Chamada Pública para PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE "CASAS DE APOIO" COM SEDE EM CURITIBA, ESTADO DO PARANÁ, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, COM ATENDIMENTO 24 HORAS, INCLUINDO ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, destinado a realização de futuras licitações por este CONIMS, regendo-se este processo pela Lei Federal n.º 8.666/93, Lei Estadual n.º 15.608/07, suas alterações e demais legislações pertinentes, e ainda, pelas condições e exigências constantes neste edital e seus anexos. **Conforme Lei nº 13.979/2020, da data da publicação deste edital até a data de encerramento da apresentação da documentação exigida neste, observará o mínimo de 04 (quatro) dias úteis.**

**1. OBJETO**

**1.1.** PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE "CASAS DE APOIO" COM SEDE EM CURITIBA, ESTADO DO PARANÁ, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, COM ATENDIMENTO 24 HORAS, INCLUINDO ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES, SITUADA NA CIDADE DE CURITIBA/PR, destinado a realização de futuras licitações por este CONIMS.

**1.2.** Somente poderão participar das futuras licitações as empresas que se encontrem pré-qualificadas até a publicação do Edital.

## 2. PARTICIPAÇÃO DA PRÉ-QUALIFICAÇÃO E OBTENÇÃO DO EDITAL

**2.1.** Poderão participar desta PRÉ-QUALIFICAÇÃO os INTERESSADOS que possuam em seu contrato ou estatuto social objeto compatível com o desta Chamada Pública e que atendam às exigências deste Edital e seus Anexos.

**2.2.** Os interessados poderão obter o edital através da página eletrônica do CONIMS, sem custos, (www.conims.com.br), ou solicitar pelo e-mail licitacao@conims.com.br.

**2.2.1.** O processo de **PRÉ-QUALIFICAÇÃO** é público e estará disponível para consulta integral por qualquer interessado.

## 3. IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

**3.1.** Até às 16:00 (dezesseis) horas do 2º (segundo) dia útil anterior à data fixada para início do recebimento das propostas referentes à esta pré-qualificação, sendo que qualquer cidadão ou licitante poderá impugnar o ato convocatório desta Chamada Pública.

**3.2.** A impugnação deverá ser apresentada por escrito, dirigida ao Presidente da Comissão Permanente de Licitação, e conter o nome completo do responsável, indicação da chamada pública nº 002/2020, a razão social da empresa, número do CNPJ, telefone e endereço eletrônico para contato, devendo ser protocolada no Setor de Protocolo do CONIMS, no endereço indicado no preâmbulo, no horário das 07h30 às 11h30 e das 13h00 às 17h00, ou encaminhada através de e-mail: licitacao@conims.com.br .

**3.2.1.** A impugnação será julgada em até 01 (um) dia útil, a contar da data do seu recebimento e a resposta será publicada no sitio oficial do CONIMS: www.conims.com.br, no link Licitações, adotando-se, se necessário, as providências fixadas nos §§ 3º e 4º, do art. 72, da Lei Estadual Paranaense n.º 15.608/2007.

**3.2.2.** Não serão reconhecidas as impugnações interpostas por meios diversos ao item 3.2 ou ainda após vencidos os respectivos prazos legais.

## 4. PROPOSTAS

**4.1.** A entrega das propostas (Conforme Anexo II, sem indicação de preço), poderá ser feita a partir da publicação do Edital da Chamada Pública nº 002/2020, até a data limite de **18/11/2020**, no Setor de Licitações e Contratos na sede do CONIMS, localizado na Rua Afonso Pena, nº 1902, Bairro Anchieta na cidade de Pato Branco/PR, no horário das 07h30min

às 11h30min e das 13h00min às 17h00min horas, em envelope fechado contendo as seguintes informações:

**CHAMADA PÚBLICA N.º 002/2020**

**PRÉ–QUALIFICAÇÃO** DE "CASAS DE APOIO" COM SEDE EM CURITIBA, ESTADO DO PARANÁ, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, COM ATENDIMENTO 24 HORAS, INCLUINDO ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS.

**PROPONENTE (razão social da empresa):**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE:**

**E-MAIL:**

**CNPJ:**

**4.2.** A análise técnica será realizada pela Comissão de Avaliação Técnica, designada para este fim, conforme Resolução mencionada anteriormente, a qual a partir do recebimento da proposta, organizará a visita para a avaliação dos itens conforme Anexo III. A visita poderá ocorrer no prazo de até 60 (sessenta) dias após o recebimento da proposta.

## 5. DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À PARTICIPAÇÃO

**5.1.** Proposta para participação e Descritivo da Capacidade Física e Operacional do Estabelecimento, conforme modelo contido no Anexo II.

**5.2.** Cartão do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ ou Cópia do Contrato Social e alterações.

**5.3.** Cópia do Alvará de Licença e Funcionamento.

**5.4.** Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária, expedido pelo domicílio sede do Licitante, em plena vigência.

## 6. JULGAMENTO DA PRÉ-QUALIFICAÇÃO

**6.1.** A Pré-Qualificação será processada e julgada pela Comissão permanente de licitação do COMINS e a Comissão de Avaliação Técnica, sendo utilizado os critérios constantes neste edital.

**6.2.** À Comissão de Avaliação Técnica reserva-se o direito de requisitar documentos complementares que julgar necessários para melhor análise da empresa e suas especificações.

**6.3**. O registro das empresas pré-qualificadas poderá ser, suspenso ou cancelado a qualquer tempo, quando esta deixar de satisfazer as exigências estabelecidas neste edital.

**6.4** Serão inabilitados os interessados que:

**I.** não atenderem às exigências deste Edital;

**II.** não apresentarem os documentos exigidos no Item 5 deste Edital;

**III.** apresentarem qualquer impedimento à participação nesta Pré-Qualificação.

**6.4.** O resultado do julgamento será divulgado no Diário Oficial e no site do CONIMS, sendo aberto prazo de 5 (cinco) dias úteis para eventual interposição de recursos.

**6.4.1.** Os recursos devem ser apresentados por escrito, de forma legível, datados e assinados pelos Representantes Legais ou Procuradores, devidamente constituídos.

## 7. VIGÊNCIA DO EDITAL

**7.1.** O registro cadastral será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados, conforme estabelecido no Item 4.1 e no parágrafo primeiro do Art. 10 da Lei Estadual nº 15.608/2007.

**7.2.** A vigência da Chamada Pública com a aprovação e pré-qualificação das empresas terá validade de 01 (um) ano.

## 8. ANEXOS

Fazem parte integrante e indissociável deste Edital os seguintes anexos:

Anexo I – Termo de Referência;

Anexo II – Proposta para participação e Descritivo da Capacidade Física e Operacional do Estabelicimento;

Anexo III – Ficha de Avaliação Equipe técnica.

## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

**9.1.** Esclarecimentos relativos ao presente edital e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento do seu objeto, serão prestados pelo Setor de Licitações e Contratos, na Sede do CONIMS, localizada na Rua Afonso Pena nº 1902, CEP 85.501-530, telefone (46) 3313- 3550 ou e-mail licitacao@conims.com.br.

**9.2.** A participação na presente pré-qualificação implica no conhecimento e na aceitação plena

deste Edital e suas condições.

**9.3.** Fica eleito o foro da cidade de Pato Branco/PR, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

Pato Branco/PR, 09 de novembro de 2020.

**ALTAIR JOSÉ GASPARETTO**
**PRESIDENTE**

CONIMS
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO I**
**TERMO DE REFERENCIA**

## 1.OBJETO

**1.1.** PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE "CASAS DE APOIO" COM SEDE EM CURITIBA, ESTADO DO PARANÁ, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, COM ATENDIMENTO 24 HORAS, INCLUINDO ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES, SITUADA NA CIDADE DE CURITIBA/PR, destinado a realização de futuras licitações por este CONIMS.

## 2. JUSTIFICATIVA

**2.1.** Considerando o encerramento do Contrato ora vigente com o atual estabelecimento que presta os serviços de casa de apoio aos pacientes dos municípios consorciados, os quais se deslocam para tratamento a Curitiba, capital do Estado do Paraná, faz-se necessária a abertura de edital, tipo chamamento público, com o objetivo de pré qualificar estabelecimentos que prestem o serviço do tipo "Casa de Apoio".

**2.2.** Para a pré-qualificação em questão, haverá comissão específica e será composta de profissionais dos municípios consorciados, os quais utilizam diretamente esses serviços, portanto parte interessada, e ainda comporá a referida comissão, profissional(is) do quadro de pessoal do Consórcio.

**2.3.** O Chamamento público possibilita celeridade ao processo de contratação futura, uma vez que somente as empresas previamente qualificadas poderão participar do certame, pois estas atenderam aos critérios mínimos/parâmetros exigidos para aprovação pela Comissão.

**2.4.** A Casa de Apoio pode ser definido como o local em que se presta serviço de interesse à saúde pública, destinado a acolher temporariamente os usuários, que estão em busca de tratamento de saúde, para si ou para acompanhante, fora de seu domicílio.

## 3. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

**3.1. SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM –** Acolhimento dos pacientes desde sua chegada até o momento do embarque para retorno, independente de horário, onde os mesmos deverão ser recepcionados e direcionados as acomodações da casa, sendo-lhes disponibilizadas as devidas refeições;

**3.1.1.** Os pacientes deverão ser recepcionados por profissionais devidamente uniformizados, com atendimento individual para cadastro, identificação do endereço onde será realizado o atendimento médico, ambulatorial ou hospitalar; cabendo a empresa verificar os encaminhamentos de cada paciente;

**3.1.2.** Deverão estar disponíveis para os pacientes cômodos para descanso e banho 24 (vinte e quatro) horas;

**3.1.3.** As acomodações deverão dispor de camas individuais, com colchões semi-ortopédicos ou ortopédicos, e a roupa de cama devera ser trocada diariamente;

**3.1.4**. Para os pacientes transplantados, pós-cirúrgicos ou terminais, deverão ser dispostos quartos individuais com banheiro;

**3.1.5.** No período noturno é imprescindível o plantão na recepção;

**3.2. SERVIÇOS DE TRANSPORTE -** Serviços de translado (ida e volta) dos pacientes da casa de apoio até os hospitais e clínicas situadas na Região metropolitana de Curitiba, inclusive para o Hospital Angelica Caron de Curitiba/PR;

**3.2.1.** O transporte deverá ser realizado com antecedência razoável ao horário marcado para o atendimento, evitando-se longo tempo de espera ou atraso;

**3.2.2.** Para a realização do referido transporte, a proponente deverá estar regulamentada e autorizada pela URBS (urbanização de Curitiba/PR);

**3.2.3.** A empresa ficará responsável pelo controle de embarque e desembarque dos pacientes;

**3.2.4.** Os veículos utilizados para a prestação dos serviços deverão ser próprios;

**3.2.5.** Os veículos utilizados para a prestação dos serviços deverão ser novos ou seminovos em bom estado de conservação;

**3.2.6.** As documentações dos veículos deverão estar rigorosamente em dia e possuírem apólice de seguro, cujas provas deverão ser juntadas com a documentação;

**3.2.7.** Para os casos especiais, como pacientes em situação de risco e/ou debilitados, o atendimento do serviço de transporte deverá ser diferenciado, através de transporte individual, de acordo com a situação clínica do paciente.

**3.3. SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO** - Fornecimento das 3 (três) principais refeições, elaboradas com acompanhamento/orientação de nutricionista, seguindo os padrões de higiene e saúde normatizados pela Vigilância Sanitária.

**3.3.1.** O café da manha e almoço deverão possuir cardápios variados sob orientação de nutricionista;

**3.3.2**. Para os casos especiais, como pacientes em situação de risco e/ou debilitados, o atendimento do serviço de alimentação deverá ser diferenciado.

**4. PROPOSTAS**

**4.1.** A entrega das propostas (Conforme Anexo II, sem indicação de preço), poderá ser feita a partir da publicação do Edital da Chamada Pública nº 002/2020, até a data limite de **18/11/2020**, no Setor de Licitações e Contratos na sede do CONIMS, localizado na Rua Afonso Pena, nº 1902, Bairro Anchieta na cidade de Pato Branco/PR, no horário das 07h30min às 11h30min e das 13h00min às 17h00min horas, em envelope fechado contendo as seguintes informações:

**CHAMADA PÚBLICA N.º 002/2020**

**PRÉ–QUALIFICAÇÃO** DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES, SITUADA NA CIDADE DE CURITIBA/PR.

**PROPONENTE (razão social da empresa):**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE:**

**E-MAIL:**

**CNPJ:**

**4.2.** A análise técnica será realizada pela Comissão de Avaliação Técnica, designada para este fim, conforme ato de consórcio a ser elaborado, a qual a partir do recebimento da proposta entrará em contato com a proponente agendando a visita para avalição dos itens conforme Anexo III. A visita poderá ocorrer no prazo de até 60 (sessenta) dias após o recebimento da proposta.

**5. JULGAMENTO DA PRÉ-QUALIFICAÇÃO**

**5.1.** A Pré-Qualificação será processada e julgada pela Comissão permanente de licitação do COMINS com base na Comissão de Avaliação Técnica, sendo utilizado os critérios constantes neste edital.

**5.2.** À Comissão de Avaliação Técnica reserva-se o direito de requisitar documentos complementares que julgar necessários para melhor análise da empresa e suas especificações.

**5.3**. O registro das empresas pré-qualificadas poderá ser suspenso ou cancelado a qualquer tempo, quando esta deixar de satisfazer as exigências estabelecidas neste edital.

**5.4.** Serão inabilitados os interessados que:

**I.** não atenderem às exigências deste Edital;

**II.** não apresentarem os documentos exigidos no Item 5 do Edital;

**III.** apresentarem qualquer impedimento à participação nesta Pré-Qualificação.

**5.4.** O resultado do julgamento será divulgado no Diário Oficial e no site do CONIMS, sendo aberto prazo de 5 (cinco) dias úteis para eventual interposição de recursos.

**5.4.1.** Os recursos devem ser apresentados por escrito, de forma legível, datados e assinados pelos Representantes Legais ou Procuradores, devidamente constituídos.

## 6. VIGÊNCIA DO EDITAL

**6.1.** O registro cadastral será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados, conforme estabelecido no Item 4.1 e no parágrafo primeiro do Art. 10 da Lei Estadual nº 15.608/2007.

**6.2.** A vigência da Chamada Pública com a aprovação e pré-qualificação das empresas terá validade de 01 (um) ano.

Pato Branco/PR, 09 de novembro de 2020.

**SAMIR RODRIGO KALINOSKI**
**COORDENADOR DE COMPRAS E MANUTENÇÃO**

CONIMS
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO II**

**PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO E DESCRITIVO DA CAPACIDADE FÍSICA E OPERACIONAL DO ESTABELECIMENTO**

**CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2020**

**À Comissão de Licitação**

A empresa abaixo relacionada manifesta o interesse na participação da Pré-Qualificação para prestação de serviços de Hospedagem, Alimentação e Transporte de pacientes em tratamento na cidade de Curitiba/PR:

**Nome/Razão Social:**

**CNPJ:**

**Endereço:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**Itens obrigatórios**

| ITENS | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| Mínimo de 50 leitos | | |
| Recepção 24 horas | | |
| Sala de estar c/ TV | | |
| Alimentação com acompanhamento nutricional | | |
| 3 (três) Refeições diárias | | |
| Área de Jardim – Espaço Externo | | |
| Cozinha/refeitório | | |
| Veículo de transporte para todos os hospitais, clínicas, Região Metropolitana, inclusive Hospital Angelina Caron. | | |

**Critérios**

- A falta de quaisquer dos itens obrigatórios desaprova o estabelecimento;

CONIMS
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**Descrever:**

➡ Tipo de Acomodações (alas, quartos individuais, duplos): (descrição e quantidade).

| ITENS | Quantidade |
|---|---|
| **Acomodações - Quartos** | |
| Quartos com 1 cama para isolamento | |
| Quartos com 2 camas | |
| Quartos com 3 camas | |
| Quartos com 4 camas | |
| Quartos com 5 camas | |
| Quartos com 6 camas | |
| Quartos com 7 camas | |
| Quartos com banheiro individual | |
| | |
| **Cozinha/Refeitório** | |
| Quantidade de Refeições diárias | |
| | |
| **Lavanderia** | |
| Local para depósito de material de limpeza- (DML) | |
| Lavanderia Própria/Terceirizada | |
| Troca de roupa de cama diária | |
| | |
| Possui Segurança monitorada | |
| Possui Terapia Ocupacional | |
| | |
| **Transporte** | |
| Quantidade de veículos próprios/terceirizados (para todos os hospitais, clínicas, Região Metropolitana, inclusive Hospital Angelina Caron) | |
| | |
| **Demais Observações** | |
| | |
| | |
| | |

_____

(assinatura do representante legal)

**ANEXO III**

**FICHA DE AVALIAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA**

**CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2020**

Os critérios para a avaliação do cumprimento dos ítens do Roteiro de Inspeção, baseiam-se no risco potencial inerente a cada item, visando a qualidade e segurança dos usuários.

| **CRITÉRIOS** | |
|---|---|
| **IMPRESCINDÍVEL = I** | Considera-se Imprescindível (I) aquele item que pode influir em grau crítico na qualidade dos serviços prestados e na saúde dos moradores. Os quesitos assim considerados, compõem um conjunto de exigências legais contidas em resoluções, portarias federais, estaduais e municipais, sendo imprescindível o cumprimento integral dos mesmos. |
| **NECESSÁRIO = N** | Considera-se Necessário (N) aquele item que pode influir em grau menos crítico na qualidade dos serviços prestados e na saúde dos moradores. Este critério possibilita verificar as condições necessárias para a melhoria do estabelecimento. |
| **RECOMENDÁVEL = R** | Considera-se Recomendável (R) aquele item que pode influir em grau não crítico na qualidade dos serviços prestados e na saúde dos usuários. |

| **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO** | |
|---|---|
| **SIM = S** | Marcar sim quando estiver de acordo (atender o solicitado no item). |
| **NÃO = N** | Marcar não quando estiver em desacordo (não atender o solicitado no item). |
| **NÃO DISPONÍVEL = ND** | Marcar ND quando o item não atender o solicitado e não for obrigatório (campo do ND sem sombreado ou em aberto). |

| **DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOME/RAZÃO SOCIAL:** | | | | |
| **CNPJ:** | | | | |
| **NOME FANTASIA:** | | | | |
| **ENDEREÇO:** | | | | |
| **I – RECURSOS HUMANOS** | | | | |
| | **EFETIVOS** | **VOLUNTÁRIOS** | **ESTAGIÁRIOS** | **OBSERVAÇÕES** |
| Administração | | | | |
| Nutrição e Dietética (cozinha) | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Manutenção e Limpeza | | | | | |
| Auxiliar de enfermagem | | | | | |
| Enfermeiro (a) | | | | | |
| Outros: Assistente Social, Terapêuta Ocupacional, etc, Especificar**:** | | | | | |
| **II – ESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS OFERTADOS** | | | | | |
| **Critérios a serem observados** | | **S** | **N** | **ND** | **OBSERVAÇÕES** |
| **NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (COZINHA)** | | | | | |
| I | Funcionário(s) exclusivo(s) para manipulação de alimentos e higienização de equipamentos e utensílios | | | | |
| I | Mãos e unhas curtas, limpas e sadias, usência de esmalte nas unhas, adornos nos dedos e pulsos | | | | |
| R | Uso de calçado fechado | | | | |
| I | Uso de uniforme completo: Avental,Protetor de cabelo (rede, gorro, boné) | | | | |
| R | Cardápio de rotina e dieta especial elaborada sob orientação nutricional especializada | | | | |
| N | Despensa exclusiva para alimentos/armários e/ou prateleiras exclusivas, de material liso, lavável e impermeável, ventilada, iluminada, limpa e protegida contra vetores e roedores | | | | |
| I | Local adequado para armazenamento de perecíveis; geladeira e freezer com controle de temperatura, em bom estado de funcionamento, limpos | | | | |
| **EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES DA COZINHA** | | | | | |
| N | O nº de equipamentos é compatível com o nº de refeições elaboradas, em funcionamento e bom estado de conservação e limpos | | | | |
| N | Superfícies lisas, laváveis e impermeáveis | | | | |
| N | Existência e uso adequado de | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | produtos de limpeza (detergente, panos, etc.) | | | | |
| N | As dimensões do ambiente são adequada com o n.º de refeições elaboradas, n.º de manipuladores e equipamentos | | | | |
| N | Piso íntegro, liso, lavável, impermeável, com ralos sifonados para drenagem | | | | |
| N | Paredes íntegras, claras, limpas, lisas e laváveis | | | | |
| N | Forros / tetos lisos, cores claras, bom estado, limpos | | | | |
| N | Porta telada, quando comunicar diretamente com área externa da edificação | | | | |
| N | Janelas com vidros íntegros, limpos e telados | | | | |
| N | Iluminação e ventilação Natural e Artificial adequadas | | | | |
| I | Limpeza e desinfecção diária dos móveis, maquinários, utensílios e instalações | | | | |
| **REFEITÓRIO** | | | | | |
| N | Mobiliário liso, lavável e impermeável, em bom estado de conservação, compatível com o número de usuários | | | | |
| N | Piso de material antiderrapante, impermeável, de fácil limpeza e higienização | | | | |
| N | Paredes e forro liso, de fácil limpeza, em bom estado de conservação | | | | |
| N | Iluminação e ventilação natural e/ou artificial adequadas | | | | |
| I | Lavatório para higienização das mãos, provido de sabão-líquido, papel-toalha e lixeira para o descarte do papel-toalha | | | | |
| **INSTALAÇÕES SANITÁRIAS** | | | | | |
| N | Instalações separadas para funcionários e pacientes | | | | |
| I | Barra de apoio (vaso sanitário | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | e chuveiro) | | | | |
| I | Vaso sanitário bem fixado com assento com tampa | | | | |
| I | Descarga em funcionamento | | | | |
| I | Coletor para lixo com tampa e saco plástico | | | | |
| I | Vaso sanitário: proporção mínima 1/6 pacientes | | | | |
| I | Chuveiro e lavatório: no mínimo 1/12 pacientes | | | | |
| I | Piso antiderrapante e Portas com vão mínimo de 0,80m | | | | |
| N | Cadeira própria para banho | | | | |
| N | Inst. Sanitárias para deficientes físicos, de acordo com as normas da ABNT (NBR 9050)<br>Observação:<br>O box não deve ter porta ou obstáculo que dificulte o acesso. | | | | |
| **DORMITÓRIOS** | | | | | |
| I | Piso antiderrapante, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção, isolante térmico | | | | |
| N | Paredes e forros lisos, laváveis e de cor clara | | | | |
| N | Ventilação e iluminação natural compatível e adequadas com as dimensões do quarto | | | | |
| R | Luz de vigília nos pontos estratégicos | | | | |
| I | Colchões e travesseiros revestidos de material impermeável de fácil limpeza e desinfecção | | | | |
| N | Rotina de limpeza e desinfecção de camas e colchões | | | | |
| R | Barrasde apoio nas áreas de circulação | | | | |
| **DOMITÓRIOS COMPLEMENTARES** | | | | | |
| N | Quarto isolado com banheiro anexo<br>Observação: | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Isolamento para casos de pacientes em situação de risco e/ou debilitados,ou aguardando resultados laboratoriais com suspeita de doença infecto-contagiosa transmissível por vias aéreas. | | | | |
| **LAZER** | | | | | |
| I | Sala destinada ao lazer (interna) c/ TV | | | | |
| I | Iluminação e Ventilação natural e artificial adequadas | | | | |
| N | Piso antiderrapante e isolante térmico, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção | | | | |
| N | Área externa: no mínimo 1,0 m² por leito instalado | | | | |
| **RAMPAS/ESCADAS** | | | | | |
| N | Rampas com piso antiderrapante, largura mínima de 1,50 m, com guarda- corpo e corrimão | | | | |
| I | Escadas com Largura mínima de 1,20 metros, dotadas de corrimão em ambos os lados e guarda-corpo | | | | |
| I | Luz de vigília no 1º e último degraus da escada<br>Observação: Se nenhuma condição for viável, os dependentes devem ficar no andar térreo. | | | | |
| **LAVANDERIA** | | | | | |
| N | Pisos de material liso, impermeável de fácil limpeza e desinfecção | | | | |
| N | Paredes lisas, impermeáveis, de fácil limpeza e desinfecção | | | | |
| I | Fluxo racional de trabalho: recepção, separação, lavagem, rouparia, costura e distribuição | | | | |
| N | Uso de EPI's (luvas de borracha, avental e botas) pelo funcionário | | | | |
| N | Rotina de desinfecção de | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | roupas | | | | |
| N | Utilização de produtos de uso hospitalar com registro no MS | | | | |
| N | Rotina escrita da coleta, transporte e distribuição de roupas | | | | |
| N | Local adequado, restrito e ventilado, para guarda de material de limpeza | | | | |
| **RESÍDUOS** | | | | | |
| I | Lixo acondicionado em embalagens plásticas e recipientes laváveis com tampa | | | | |
| I | Lixo contaminado (hospitalar) separado do lixo comum, acondicionado em saco hospitalar ou saco duplo identificado e encaminhado à Entidade de saúde mais próxima | | | | |
| I | Descarte de material pérfuro-cortante em recipiente rígido com tampa e identificado | | | | |
| **INFRA-ESTRUTURA FÍSICA E AMBIENTAL** | | | | | |
| I | Imediações do estabelecimento isentas de focos de insalubridade (lixo, esgoto aberto, animais, etc.) | | | | |
| I | Esgoto ligado à rede pública | | | | |
| I | Água tratada | | | | |
| I | Sistema individual de tratamento de acordo com a ABNT (NBR 7229) | | | | |
| I | Pé direito mínimo de 2,50m | | | | |
| I | Instalações Elétricas em bom estado de funcionamento, fiação, tomadas, etc. | | | | |

**Observação:** O Sistema que não apresentar conformidade com os itens considerados indispensáveis, não serão classificados para a participação em certame futuro.