

ANEXO II: ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇO

Fica estabelecido entre as partes Acordo de Nível de Serviços - ANS, o qual tem por objetivo medir a qualidade dos serviços prestados pela CONTRATADA

| ANEXOS | APLICAÇÃO DO DESCONTO |
|---|---|
| ANEXO I- A: RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO | VALOR DA NOTA |
| ANEXO I-B: FALTA/ SUBSTITUIÇÃO SEM AUTORIZAÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS E ATRASO DE DISTRIBUIÇÃO DE PREPARAÇÕES ALIMENTARES | QUANTITATIVO DE PREPARAÇÃO ALIMENTAR INADEQUADAS |
| ANEXO I-C: FALTA OU FALTA DE AÇÃO NA LIMPEZA, MANUTENÇÃO, UNIFORME E UTENSÍLIOS | VALOR DA NOTA |
| ANEXO I-D: FALTA SEM REPOSIÇÃO DO POSTO DE PESSOAL MÍNIMO NECESSÁRIO A EXECUÇÃO DO SERVIÇO NA UPA; | DIAS SEM REPOSIÇÕES |
| TOTAL | |

ANEXO II-A: RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO

Em caso de desconto, o mesmo será aplicado no valor total da Nota.

Mês de competência:

Unidade:

Empresa:

LEGENDAS

S – SIM

N - NÃO

PRIORIDADES:

1 – ALTA

2 – MÉDIA

3 - BAIXA

| 1ª ASSINATURA DA UNIDADE | | 2ª ASSINATURA DA UNIDADE | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|--|
| Nome: | | Nome: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Matrícula/ID: | | Matrícula/ID: | |
| Tel: | | Tel: | |
| Cel: | | Cel: | |
| E-mail: | | E-mail: | |

ASSINATURA DA NUTRICIONISTA DA EMPRESA

| | |
|----------------|--|
| Nome: | |
| Cargo: | |
| CRN: | |
| Tel: | |
| Cel: | |
| E-mail: | |



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Secretaria de Saúde
Fundação Saúde

1 - CHECKLIST HIGIÊNICO SANITÁRIO

| | Itens | RUIM | REGULAR | BOM | Precisa de melhorias (S/N) | Prioridade (1, 2,3) | Observações |
|----|---|------|---------|-----|----------------------------|---------------------|-------------|
| 1 | Os funcionários higienizam as mãos antes de iniciar as atividades | | | | | | |
| 2 | Higienização de hortifrútiis | | | | | | |
| 3 | Utilização de toucas | | | | | | |
| 4 | Funcionários realizam dupla função | | | | | | |
| 5 | Há responsável técnico supervisionando periodicamente | | | | | | |
| 6 | Os funcionários utilizam luvas descartáveis e toucas | | | | | | |
| 7 | Os funcionários higienizam os utensílios utilizados na cozinha | | | | | | |
| 8 | Os equipamentos estão limpos e higienizados | | | | | | |
| 9 | Os uniformes se encontram limpos | | | | | | |
| 10 | Há descongelamento é forçado | | | | | | |
| 11 | Os alimentos ficam fora da geladeira por mais de 4 horas | | | | | | |
| 12 | Todos os alimentos possuem etiquetas | | | | | | |
| 13 | As gavetas da geladeira possuem alimentos misturados | | | | | | |
| 14 | Estoque em temperatura adequada, limpo e não possuem alimentos misturados | | | | | | |



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Secretaria de Saúde
Fundação Saúde

| | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 15 | Coletam amostra e deixam congelada por 3 dias | | | | | | |
| 16 | Os POPs estão atualizados e de fácil acesso de visualização para os funcionários | | | | | | |
| 17 | O manual de boas práticas está atualizado | | | | | | |
| 18 | O refeitório se encontra limpo | | | | | | |
| 19 | Todas as cadeiras e mesas estão em conformidades para uso | | | | | | |
| 20 | Os dispenses de álcool em gel funcionam corretamente | | | | | | |
| 21 | Os dispenses de papel toalha funcionam corretamente | | | | | | |
| TOTAL DE PONTOS | | | | | | | |

Observações:

| 2- CHECKLIST COZINHA E ÁREAS | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---------|-----|----------------------------|---------------------|-------------|
| Itens | RUIM | REGULAR | BOM | Precisa de melhorias (S/N) | Prioridade (1, 2,3) | Observações |
| 22 | Forno | | | | | |
| 23 | Balcão térmico | | | | | |
| 24 | Freezers | | | | | |
| 25 | Geladeiras | | | | | |
| 26 | Chapas | | | | | |
| 27 | Luminárias | | | | | |



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Secretaria de Saúde
Fundação Saúde

| | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 28 | Exaustor | | | | | | |
| 29 | Ralos e pias | | | | | | |
| 30 | Janelas | | | | | | |
| 31 | Bancadas | | | | | | |
| 32 | Lixeiras | | | | | | |
| 33 | Área de recebimento | | | | | | |
| 34 | Vestiário | | | | | | |
| 35 | Estoque | | | | | | |
| 36 | Alimentos estocados corretamente | | | | | | |
| 37 | Palhetes estocados corretamente | | | | | | |
| 38 | Climatização do ambiente | | | | | | |
| 39 | Panelas | | | | | | |
| 40 | Área de lavagem | | | | | | |
| 41 | Chão | | | | | | |
| TOTAL DE PONTOS | | | | | | | |

Observações:

3- CHECKLIST PESSOAL MÍNIMO NECESSÁRIO A EXECUÇÃO DO SERVIÇO NA UPA

| Itens | RUIM | REGULAR | BOM | Precisa de melhorias (S/N) | Prioridade (1, 2,3) | Observações |
|------------------------|------|---------|-----|----------------------------|---------------------|-------------|
| 42 | | | | | | |
| 43 | | | | | | |
| 44 | | | | | | |
| 45 | | | | | | |
| 46 | | | | | | |
| TOTAL DE PONTOS | | | | | | |

Observações:

4- CHECKLIST FORNECIMENTO DE PREPARAÇÕES ALIMENTARES

| Itens | RUIM | REGULAR | BOM | Precisa de melhorias? (S/N) | Prioridade (1, 2,3) | Observações |
|------------------------|------|---------|-----|-----------------------------|---------------------|-------------|
| 47 | | | | | | |
| 48 | | | | | | |
| 49 | | | | | | |
| 50 | | | | | | |
| TOTAL DE PONTOS | | | | | | |

Observações:

| Total da pontuação: | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Classificação | Desconto (valor da nota) |
| Ruim (15 pontos) | 2% |
| Regular (16 a 32 pontos) | 0,5% |
| Bom (33 a 50 pontos) | - |
| Valor do Desconto (\$) | |

Quanto as documentações anexadas:

A. CONTRADADA:

- Planilha de Controle de Temperatura de Preparações Alimentares**
- Planilha de Controle de Temperatura dos Equipamentos**
- Relatório de Treinamentos de Funcionários**
- Cópia da documentação exigida do Veículo de transporte das preparações alimentares (Alvará Sanitário) e Comprovante de desinsetização do Veículo**

Análises:

- Utensílios**
- Superfície**
- Equipamentos**
- Alimento**
- Mão de manipuladores**

B. CONTRATANTE:

- Planilha de Acordo de Níveis de Serviços**
- Relatório de Notificação**
- Relatório de Liberação de preparações alimentares**
- Relatório de Alimentações Complementares Fornecidos**
- Relatório de Fórmulas Infantis Fornecidas**
- Relatório de Faltas de Funcionários**
- Dedetização e desratização da UAN**

Análises:

- Água**

ANEXO II-B: FALTA/ SUBSTITUIÇÃO SEM AUTORIZAÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS E ATRASO DE DISTRIBUIÇÃO DE PREPARAÇÕES

Em caso de desconto, o mesmo será aplicado no quantitativo de preparações alimentares por dia acusados.

| GÊNERO | PERCENTUAL DE DESCONTO/ SOBRE O PREÇO DE CADA PREPARAÇÃO ALIMENTAR. |
|--|--|
| PROTEÍNA (FALTA) | 40% |
| PROTEÍNA (INADEQUAÇÃO DO TIPO À PREPARAÇÃO INCLUSIVE SUBSTITUIÇÃO DE CARDÁPIO) | 20% |

| GÊNERO/ FALTA OU SUBSTITUIÇÃO SEM JUSTIFICATIVA | PERCENTUAL DE DESCONTO/ SOBRE O PREÇO DE CADA PREPARAÇÃO ALIMENTAR. |
|--|--|
| GUARNIÇÃO | 19% |
| ARROZ E FEIJÃO | 20% |
| ARROZ OU FEIJÃO | 10% |
| SALADA | 5% |
| SOBREMESA | 5% |
| ÁGUA | 5% |
| REFRESCO/ SUCO | 1% |

| GÊNERO/ FALTA OU SUBSTITUIÇÃO SEM JUSTIFICATIVA | PERCENTUAL DE DESCONTO/ SOBRE O PREÇO DE CADA PREPARAÇÃO ALIMENTAR. |
|--|--|
| CAFÉ | 2% |
| LEITE | 20% |
| PÃO OU SIMILAR | 20% |
| MANTEIGA E AÇÚCAR | 3% |
| QUEIJO OU SIMILAR | 30% |
| FRUTA | 25% |

| ATRASO DAS DISTRIBUIÇÕES DAS PREPARAÇÕES ALIMENTARES SEM | PERCENTUAL DE DESCONTO/ SOBRE O PREÇO DE CADA PREPARAÇÃO ALIMENTAR. |
|---|--|
| ATRASO EM MAIS DE 15 MINUTOS | 10% |
| ATRASO EM MAIS DE 30 MINUTOS | 20% |



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Secretaria de Saúde
Fundação Saúde

PLANILHA DE PERCENTUAL DE DESCONTO

UNIDADE:

MÊS:

| TIPO DE PREPARAÇÃO ALIMENTAR. | INADEQUAÇÃO/ JUSTIFICATIVA | QUANTIDADE DE PREPARAÇÕES ALIMENTARES INADEQUADAS | DATA DA OCORRENCIA | VALOR UNITÁRIO DA PREPARAÇÃO ALIMENTAR. | % DE DESCONTO CONTIDA NO PB | VALOR DO DESCONTO |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------|--|------------------------------------|--------------------------|
| DESJEJUM | | | | | | |
| COLAÇÃO | | | | | | |
| ALMOÇO | | | | | | |
| MERENDA | | | | | | |
| JANTAR | | | | | | |
| CEIA | | | | | | |

ANEXO II-C: FALTA OU FALTA DE AÇÃO NA LIMPEZA, MANUTENÇÃO, UNIFORME E UTENSÍLIOS

Em caso de desconto, o mesmo será aplicado no valor total da Nota.

| FALTA OU FALTA DE AÇÃO SEM JUSTIFICATIVA IGUAL OU MAIOR QUE 3 VEZES AO MÊS | PERCENTUAL DE DESCONTO/ SOBRE AS INADIPLENCIAS ABAIXO |
|--|---|
| LIMPEZA | 5% |
| MANUTENÇÃO PREDITIVA | 2% |
| MANUTENÇÃO PREVENTIVA | 3% |
| MANUTENÇÃO CORRETIVA | 5% |
| UNIFORME/ EPI/ LAUDO DE ANÁLISES MICRIBIOLÓGICAS | 2% |
| UTENSÍLIOS E DESCARTÁVEIS | 5% |

| PLANILHA DE PERCENTUAL DE DESCONTO - OUTROS | | | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------|
| UNIDADE: | | | | | |
| MÊS: | | | | | |
| TIPO DE SERVIÇO | INADEQUAÇÃO/ JUSTIFICATIVA | QUANTIDADE DE OCORRÊNCIAS NOTIFICADAS | DATAS DA OCORRÊNCIA | % DE DESCONTO CONTIDA NO PB | VALOR DO DESCONTO |
| LIMPEZA | | | | | |
| MANUTENÇÃO PREDITIVA | | | | | |
| MANUTENÇÃO CORRETIVA | | | | | |
| UNIFORME | | | | | |
| UTENSÍLIOS/ DESCARTÁVEIS | | | | | |

ANEXO II-D: ANUÊNCIA DA CONTRATADA QUANTO AS NOTIFICAÇÕES DO ANEXO I-C DO TERMO DE REFERÊNCIA

Unidade:

Empresa:

Mês de competência:

| DATA | OCORRÊNCIA | PRAZO ACORDADO PARA ATENDIMENTO DA INCONFORMIDADE | ANUÊNCIA DA NUTRICIONISTA DA EMPRESA | RATIFICO FISCAL DO CONTRATO |
|-------------|-------------------|--|---|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ANEXO II-E: FALTA SEM REPOSIÇÃO DO POSTO DE PESSOAL MÍNIMO NECESSÁRIO A EXECUÇÃO DO SERVIÇO NA UP.

Em caso de desconto, o mesmo será aplicado em cima do valor diário do cargo pela quantidade de dia de falta sem reposição.

RELATÓRIO DE FALTAS DE PESSOAL PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

(DESCONTO POR FALTAS SEM SUBSTITUIÇÕES)

Unidade:

Empresa:

Mês de competência:

| DATA DA FALTA | NOME COMPLETO DO COLABORADOR | CARGO | ESCALA DO COLABORADOR | HOUVE SUBSTITUIÇÃO DO MESMO? S/N | SE SIM, NOME DO FUNCIONÁRIO QUE O SUBSTITUIU | ANUENCIA DA CONTRADA |
|---------------|------------------------------|-------|-----------------------|----------------------------------|--|----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO II-F: RELATÓRIO DE LIBERAÇÃO DE REFEIÇÃO

Unidade:

Empresa:

Mês de competência:

| DATA | NOME | TIPO DE ALIMENTAÇÃO LIBERADA | JUSTIFICATIVA | QUEM SOLICITOU A LIBERAÇÃO | QUEM LIBEROU | ASSINATURA |
|------|------|------------------------------|---------------|----------------------------|--------------|------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Secretaria de Saúde
Fundação Saúde

ANEXO II – G : FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE PREPARAÇÕES COMPLEMENTARES

Unidade:

Mês de competência:

Empresa:

| Data | Nome do Paciente | Nº do Leito | Item Extra | Quantidade | Nutricionista Solicitante | ID/Matrícula | Justificativa para uso | Rubrica |
|------|------------------|-------------|------------|------------|---------------------------|--------------|------------------------|---------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Assinatura do Fiscal do Contrato:

Assinatura da Direção:



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Secretaria de Saúde
Fundação Saúde

ANEXO II-H: FORMULÁRIO DE FORNECIMENTO DE FÓRMULAS INFANTIS

Unidade:

Mês de competência:

Empresa:

| Data | Nome do Paciente | Nº do Leito | Item Extra | Quantidade | Nutricionista Solicitante | ID/Matrícula | Justificativa para uso | Rubrica |
|------|------------------|-------------|------------|------------|---------------------------|--------------|------------------------|---------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Assinatura do Fiscal do Contrato:

Assinatura da Direção: