

ANEXO IV
ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇO
(FISCAIS DO CONTRATO DA FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO)

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 DE GLOSAS
ANEXO IV-A: RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO (CHECK LIST)	VALOR DA NOTA
ANEXO IV-B: FALTA/ SUBSTITUIÇÃO SEM AUTORIZAÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS E ATRASO DE DISTRIBUIÇÃO DE PREPARAÇÕES ALIMENTARES	QUANTITATIVO DE PREPARAÇÃO ALIMENTAR INADEQUADAS
ANEXO IV-C: FALTA DE AÇÕES DA CONTRATADA	VALOR DA NOTA
ANEXO IV-E: FALTA SEM REPOSIÇÃO DO POSTO DA MÃO DE OBRA	DIAS SEM REPOSIÇÕES

ANEXO IV-A

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO (CHECK LIST)

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:

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 hortifrútis						
3	Utilização de toucas						
4	Funcionários realizam dupla função						
5	Há responsável técnico rotineiramente						
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	Os alimentos ficam fora da geladeira por mais de 4 horas						
11	Todos os alimentos possuem etiquetas						
12	Estoque em temperatura adequada, limpo e não possuem alimentos misturados						
13	Coletam amostra e deixam congelada por 3 dias						

15	Os POPs estão atualizados e de fácil acesso de visualização para os funcionários						
16	O manual de boas práticas está atualizado						
19	O refeitório se encontra limpo						
20	Todas as cadeiras e mesas estão em conformidades para uso						
21	Os dispenses de álcool em gel funcionam corretamente						
22	Os dispenses de papel toalha funcionam corretamente						
TOTAL DE PONTOS							

Observações:

2- CHECKLIST COPA E ÁREAS							
	Itens	RUIM	REGULAR	BOM	Precisa de melhorias (S/N)	Prioridade (1, 2,3)	Observações
23	Balcão térmico						
24	Geladeiras						
25	Luminárias						
26	Ralos e pias						
27	Janelas						
28	Bancadas						
29	Lixeiras						
30	Área de recebimento						
31	Estoque						
32	Alimentos estocados corretamente						
33	Palhetes estocados corretamente						
34	Climatização do ambiente						
35	Área de lavagem						
36	Chão						
TOTAL DE PONTOS							

Observações:

3- CHECKLIST MÃO DE OBRA							
	Itens	RUIM	REGULAR	BOM	Precisa de melhorias (S/N)	Prioridade (1, 2,3)	Observações
42	Há treinamento frequente para funcionários						
43	Os funcionários usam equipamentos de segurança (luvas para cortar carne, luvas de borracha para manusear lixo)						
44	A temperatura da cozinha ultrapassa de 25 graus célsius						
45	Todos os funcionários trabalham com os uniformes completos, sem adornos e maquiagem						
46	Os pagamentos e benefícios realizados pela empresa estão em dia						
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	Os cardápios elaborados seguem todos os critérios estabelecidos no Projeto básico (insumos, variedades, trocas previamente avisadas e autorizadas)						
48	Aceitação das preparações alimentares servidas						
49	Número de utensílios é adequado						
50	A empresa manteve seus estoques de insumos em dia						
51	O transporte se encontra adequado						
TOTAL DE PONTOS							

Observações:

Valor da Nota Fiscal		
Classificação de Pontuação		Desconto (valor da nota)
Ruim (mínimo 40 pontos)		2%
Regular (25 pontos)		0,5%
Bom (26 - 51 pontos)		-
Valor da Glosa (\$)		
Valor da Nota Fiscal após a Glosa (\$)		

Quanto as documentações anexadas:

A. APRESENTADO PELA 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
- Água (alimentação transportada)

B. APRESENTADO PELA 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 (COPA)

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

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/OU 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%

PLANILHA DE APLICAÇÃO DE DESCONTO

UNIDADE:

MÊS:

TIPO DE PREPARAÇÃO ALIMENTAR	INADEQUAÇÃO/ JUSTIFICATIVA	DATA DA OCORRENCIA	QUANTIDADE DE PREPARAÇÕES ALIMENTARES INADEQUADAS NA DATA APONTADA	% DE DESCONTO CONTIDA NO TR
DESJEJUM				
COLAÇÃO				
ALMOÇO				
MERENDA				
JANTAR				
CEIA				

Assinatura da CONTRATADA:

Assinatura do FISCAL DA UNIDADE:

ANEXO IV-C: FALTA DE AÇÕES DA CONTRATANTE
(LIMPEZA, MANUTENÇÃO, UNIFORME, UTENSÍLIOS E ANÁLISES MICROBIOLÓGICAS, POP'S, MANUAL DE BOAS PRÁTICAS, PPRA e PCMSO)

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	3%
MANUTENÇÃO PREDITIVA	2%
MANUTENÇÃO PREVENTIVA	3%
MANUTENÇÃO CORRETIVA	5%
UNIFORME/ EPI	2%
MOBILIÁRIOS E EQUIPAMENTOS	5%
UTENSÍLIOS E DESCARTÁVEIS	5%
LAUDOS DE ANÁLISES MICROBIOLÓGICAS	2%
POP'S E MANUAL DE BOAS PRÁTICAS, PPRA e PCMSO	2%

PLANILHA DE APLICAÇÃO DE DESCONTO			
UNIDADE:			
MÊS:			
TIPO DE FALTA DE AÇÃO	JUSTIFICATIVA	DATAS DAS NOTIFICAÇÕES	% DE DESCONTO CONTIDA NO TR

Assinatura da CONTRATADA:

Assinatura do FISCAL DA UNIDADE:



ANEXO IV 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 I-E: FALTA SEM REPOSIÇÃO DE POSTO

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 FUNCIONÁRIOS PARA DESCONTO POR FALTAS SEM SUBSTITUIÇÕES						
Unidade:						
Empresa:						
Mês de competência:						
DATA DA FALTA	NOME COMPLETO DO FUNCIONÁRIO	CARGO	ESCALA DO FUNCIONÁRIO	HOUVE SUBSTITUIÇÃO DO MESMO? S/N	SE SIM, NOME DO FUNCIONÁRIO QUE O SUBSTITUIU	ANUENCIA DA CONTRATADA

Assinatura da CONTRATADA:

Assinatura do FISCAL DA UNIDADE:

ANEXO I- 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

Assinatura do FISCAL DA UNIDADE:



ANEXO I-G: FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO ALIMENTAÇÕES E 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:

ANEXO I-H: FORMULÁRIO DE FORNECIMENTO DE FÓRMULAS INFANTIS

Unidade:

Mês de competência:

Empresa:

Data	Nome do Paciente	N° do Leito	Item Extra	Quantidade	Nutricionista Solicitante	ID/Matrícula	Justificativa para uso	Rubrica

Assinatura do Fiscal do Contrato:

Assinatura da Direção: