



Resolução Nº 043 da Comissão Intergestores Regional – CIR Teles Pires/MT de 09 de novembro de 2015.

*Memo 389/2015
SAS e
SUGES*

Dispõe sobre a Reabilitação dos Laboratórios Públicos e Privados que prestam serviços ao SUS, classificado Tipo I para realizarem exames citopatológicos do colo de útero no município de Lucas do Rio Verde, pertencente à Região de Saúde Teles Pires do Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL TELES PIRES DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I – Portaria GM Nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013**, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer de colo de útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;
- II – Portaria Nº 2.046 de 12 de setembro de 2014**, que Habilita Laboratórios de Exames Citopatológicos de Colo de Útero;
- III – Ofício Circular nº 310-GS/SAS de 23 de setembro de 2015** que versa sobre a Avaliação das habilitações dos Laboratórios Tipo I e Tipo II pela QualiCito;
- IV – O Requerimento de Habilitação dos Laboratórios Tipo 1 e Tipo 2** assinado pelo Gestor;
- V – A Declaração do Gestor no qual informa que realizou avaliação anual dos indicadores** prevista na Portaria GM Nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013;
- VI - Resolução CIB/MT Nº 223 de 09 de outubro de 2014**, que dispõe sobre a adesão para a habilitação dos Laboratórios Públicos e Privados que prestam serviços ao SUS, Tipo I para realizarem exames citopatológicos do colo de útero e Tipo II, para realizarem o Monitoramento Externo da Qualidade – MEQ aos municípios do estado de Mato Grosso, revogando a Resolução CIB/MT Nº 032 de 13 de março de 2014;





RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a reabilitação do Laboratório Municipal Lucas do Rio Verde que prestam serviço ao SUS, classificado Tipo I para realizar exames citopatológicos do colo de útero ao município de Lucas do Rio Verde, da Região de Saúde Teles Pires do Estado de **Mato Grosso**, conforme Anexo Único desta Resolução.

Art. 2º - Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para o Laboratório Tipo I encaminhar todas as lâminas e laudos dos exames selecionados pelo SISCAN ao Laboratório Tipo II – LACEN para realizar o Monitoramento Externo da Qualidade/MEQ.

Art. 3º - Estabelecer que o Laboratório seja avaliado anualmente pela Secretaria de Saúde contratante do serviço mediante cumprimento dos critérios dispostos no art. 14 da portaria Nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013.

Art. 4º - Fica Revogado as disposições em contrário.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Sinop-MT, 09 de novembro de 2015.


FRANCISCA BARBOSA TEIXERA
Coordenadora da CIR Teles Pires/MT


MARCO ANTONIO NORBERTO FELIPE
Vice Regional do COSEMS/MT



SES
SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE

GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL-CIR TELES PIRES SINOP/MT
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE SINOP
Rua das Avenças, 2.072 - Setor Comercial Norte
CEP: 7850300- Sinop MT

Fone-FAX (66)3531-5289
MATO GROSSO, ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO.

WWW.MT.GOV.BR

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CIR TELES PIRES Nº 043, de 09 de novembro de 2015.

REGIONAL DE SAÚDE	PRESTADOR DE SERVIÇO CREENCIADO AO SUS	CNES	ENDEREÇO/FONE	SEDE	MUNICÍPIOS ATENDIDOS
Sinop	Laboratório Municipal Lucas do Rio Verde	2795701	(65) 3548-2506	Lucas do Rio Verde	Lucas do Rio Verde



[Handwritten signature]

DECLARAÇÃO

Em cumprimento à Portaria 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QUALICITO), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, declaro que realizarei avaliação anual dos indicadores de qualidade constantes na referida Portaria para exames citopatológicos do colo do útero, referentes aos prestadores SUS, deste município, que estão sob minha governabilidade, indicados nominalmente a seguir:

CNES	NOME LABORATÓRIO
2795701	Laboratório Municipal de Lucas do Rio Verde

Local e Data: L.R.V., 06/11/2015

Ramiro Azambuja
Sec. Munic. de Saúde Interino
PORT. Nº 517/2015

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO DOS LABORATÓRIOS TIPO 1 E TIPO 2

Dados do Estabelecimento

NOME DO LABORATÓRIO: Municipal de Lucas do Rio Verde

CNES: 2795701

Se o estabelecimento for Hospital Público, assinalar:

☐ Federal

☐ Estadual

☐ Municipal

☐ Unidade Universitária

DIRETOR TÉCNICO: _____

Número de registro em Conselho de Classe:

Habilitação ☐ Revisão de habilitação ☒

NORMAS DE HABILITAÇÃO DOS LABORATÓRIOS TIPO 1 E TIPO 2

(Formulário de preenchimento obrigatório para as solicitações de habilitação, sendo que o laboratório terá um prazo de 12 (doze) meses para adequação às normas, a contar da data de habilitação.)

Instalações Físicas

1. O laboratório possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)?

☒ Sim ☐ Não

2. Enquadra-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar? A saber:

2.1. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

☒ Sim () Não

2.2. Resolução nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

☒ Sim () Não

2.3. Apresenta, em sua infraestrutura, área de citotecnologia (área técnica e microscopia).

☒ Sim () Não

Critérios de Habilitação

3. Comprova a produção mínima de 15.000 lâminas/ano (apenas para habilitação de Laboratório Tipo 2)?

() Sim ☒ Não

4. Comprova a habilitação do responsável técnico devidamente registrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES?

☒ Sim () Não

5. Demonstra quadro de funcionários compatível com sua produção, bem como vínculo institucional?

☒ Sim () Não

6. Apresenta relatório de Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) do último ano?

☒ Sim () Não

7. Realiza o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) de acordo com os componentes definidos no artigo 10 da Portaria nº 1.504 de 23 de julho de 2013?

☒ Sim () Não

8. Está dentro dos parâmetros de qualidade contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia?

☒ Sim () Não

9. Utiliza exclusivamente a terminologia padronizada na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais?

☒ Sim () Não

10. Arquivo Ficha de Requisição do Exame Citopatológico do Colo do útero do Ministério da Saúde no laboratório?

☒ Sim () Não

11. Emite laudo assinado por profissional de nível superior habilitado para a unidade de saúde solicitante?

☒ Sim () Não

12. Arquivo os laudos por, no mínimo, 05 (cinco) anos nos casos de exames negativos e por 20 (vinte) anos nos casos de exames positivos?

☒ Sim () Não

13. Insere as informações sobre os exames citopatológicos realizados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou sistema de informação vigente?

☒ Sim () Não

Nome do responsável técnico: *Rúbia Meire Moises Miquelin*

Número de registro em Conselho de Classe: *817*

Preenchimento obrigatório somente para as revisões de habilitação de Laboratório Tipo 2

1. Manteve contato com os laboratórios de origem de maneira regular e formalizada fornecendo informações sobre a concordância dos laudos?

() Sim () Não

2. Mantém registro do resultado da fase pré-analítica, encaminhando aos laboratórios as não conformidades?

() Sim () Não

3. Recebe lâminas e laudos dos laboratórios a ela vinculados conforme definido pela coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital)?

() Sim () Não

4. Comunica imediatamente ao laboratório de origem sobre os exames discordantes?

() Sim () Não

5. Formaliza contato com os laboratórios monitorados e a coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital), com emissão de relatórios mensais informando a avaliação pré-analítica e de concordância através de análise estatística e devolução de todas as lâminas revisadas?

() Sim () Não

6. Apoia a coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital) nos casos especiais de avaliação da qualidade, como, por exemplo, a representatividade da amostra e as taxas de resultados falso-negativos e falso-positivos e esfregaços insatisfatórios?

() Sim () Não

7. Apoia a coordenação gestora (estadual, municipal ou distrital) na interface com os laboratórios que realizam exames para o SUS?

() Sim () Não

8. Discute caso a caso os exames discordantes com o laboratório prestadores de serviço para o SUS, buscando o consenso, devendo considerar discordantes aqueles casos em que haja mudança de conduta clínica?

() Sim () Não

9. Apresentou ao gestor (estadual, municipal ou distrital), a relação dos profissionais e respectivos laboratórios, que foram submetidos a treinamento?

() Sim () Não

10. Insere os resultados dos exames revisados no módulo MEQ da base de dados do SISCAN ou sistema de informação vigente e envia essas informações, mensalmente, às coordenações responsáveis pelo credenciamento.

() Sim () Não

De acordo com vistoria realizada *in loco*, pela gestão estadual, distrital e/ou municipal, o laboratório cumpre com os requisitos desta Portaria para a habilitação solicitada?

☒ Sim () Não

Nome completo do responsável técnico: **RUBIA NEIRE MOISÉS NIAVELIN**

Telefone para contato: **(65) 3548-2516**

Email:

Local e Data: **LUCAS DO RIO VERDE, 06 DE NOVEMBRO 2015**

Carimbo e Assinatura do Gestor

Ramiro Azambua
Sec. Munic. de Saúde
PORT. Nº 517/2015