



Tribunal de Contas
Mato Grosso

5ª SECRETARIA DE CONTROLE EXTERNO

Telefone(s): 65 3613-7595 / 7624

Email: quintasecex@tce.mt.gov.br

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE DEFESA MUNICÍPIO DE RONDONOPOLIS

PROCESSO N.º:	2021145/2025
PRINCIPAL:	PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONOPOLIS
CNPJ:	03.347.101/0001-21
ASSUNTO:	FISCALIZACAO ORDENADA
ORDENADOR DE DESPESAS:	CLAUDIO FERREIRA DE SOUZA
RELATOR:	JOSÉ CARLOS NOVELLI
MUNICÍPIO DO FISCALIZADO:	RONDONOPOLIS
NÚMERO OS:	5050/2025
EQUIPE TÉCNICA:	JAIME CARLOS KREUTZ





SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. ANÁLISE DA DEFESA	3
3. PROPOSTA DE RECOMENDAÇÕES / DETERMINAÇÕES	16
4. CONCLUSÃO	17
Anexo: 1 - FISCALIZAÇÃO ORDENADA - SAÚDE	19
Quadro: 1.1 - Resumo da avaliação realizada pela fiscalização	19





1. INTRODUÇÃO

Senhor Secretário,

Em cumprimento ao disposto nos arts. 10, inciso XXI, e 69 da Resolução Normativa n.º 16/2021 do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, bem como nos arts. 35, §§ 1º, 3º e 4º do Código de Processo de Controle Externo, e em observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa, os autos retornam para análise das manifestações dos gestores, no âmbito da Fiscalização Ordenada da Saúde.

A fiscalização teve como finalidade avaliar a estrutura física, a disponibilidade de recursos, a organização dos processos de trabalho e a efetividade na prestação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de analisar as condições existentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) fiscalizadas e apresentar à gestão municipal de **RONDONÓPOLIS** situações que requerem providências.

Intimados por meio do ofício nº 391/2025/GC/JCN, os responsáveis encaminharam suas manifestações a esta Corte de Contas, conforme documento digital nº **647248/2025**. Passa-se à análise técnica.

2. ANÁLISE DA DEFESA

No Relatório Preliminar, foram constatadas impropriedades na prestação dos serviços de saúde pelas UBS fiscalizadas, conforme evidenciado no documento digital nº 634049/2025.

Os gestores, após análise dos apontamentos descritos no Relatório de Inspeção Ordenada de Saúde, desenvolvido pela equipe técnica da Quinta Secex do TCE-MT, confirmaram os apontamentos quanto as questões estruturais (predial e mobiliário), operacionais e assistencial, conforme consta exarado no documento digital





nº 647248/2025, porém observou-se que tanto a gestão municipal, quanto a Secretária de Saúde e o Departamento de Engenharia e Arquitetura, por meio de seus responsáveis, pautaram-se apenas em pronunciar-se sobre as questões estruturais (predial e mobiliários) não trazendo manifestação quanto as questões operacionais e assistencial, as quais, diante das evidências constatadas pela equipe técnica quando da vistoria in loco, foram classificadas como graves e necessitando de medidas corretivas urgentes.

Ressalta-se que os gestores encaminharam suas manifestações, embora de forma individualizada, mas com os mesmos teores textuais, no que se refere à parte estrutural (predial e mobiliário), sem manifestação quanto às questões operacionais e assistenciais, como comentado no parágrafo anterior.

A Equipe Técnica da 5ª Secex, após avaliação da apresentação da manifestação dos citados, por questões pedagógicas, analisou os itens de forma sequencial, seguindo a ordem cronológica dos apontamentos elencados no relatório técnico (doc. digital 634049/2025) e, de forma conjunta, as manifestações dos gestores, inclusive com recortes na íntegra, diante da replicação dos assuntos, assim segue:

2.2. Bloco B - Funcionamento e Gestão.

2.2.1 - Informações visíveis ao público na entrada da UBS.

Síntese da defesa:

Não houve manifestação dos gestores.

Análise técnica:

Nas inspeções foram identificadas falhas quanto ao funcionamento e gestão, registradas no Relatório Técnico:





- a) A Unidade Nossa Senhora do Amparo apresentava lotacionograma, organograma dos setores, avisos sobre agendamentos, não informava a jornada de trabalho dos profissionais, o nome do gerente, o mapa de abrangência e o nome das equipes;
- b) A Unidade São Francisco apresentava apenas um cartaz sobre a prioridade de atendimento aos idosos, portadores de deficiência, mulheres gestantes, deixou de afixar a lista de serviços, o mapa de abrangência e o nome das equipes;
- c) A Unidade Morumbi apresentava apenas avisos sobre coleta de exames e o horário de funcionamento, estando ausentes os demais itens obrigatórios;
- d) A Unidade Verde Teto apresentava apenas o horário de funcionamento;
- e) As Unidades Mathias Neves 1 e 2 apresentavam o horário de funcionamento, os telefones cortados, algumas informações sobre os dias de atendimento, como atendimento domiciliar, não informavam a jornada de trabalho dos profissionais, o nome do gerente, o mapa de abrangência e o nome das equipes.

A ausência de padrões e ações nas unidades comprometem a transparência e dificultam o acesso do usuário a informações básicas sobre o funcionamento da unidade.

Diante da não manifestação dos gestores no tópico, **opina-se por manter o apontamento.**

2. 3. 1. Composição Completa das Equipes de Saúde

Síntese da defesa

Não houve manifestação.

Análise técnica





Na fiscalização das unidades de saúde do Município de Rondonópolis, constatou-se situação parcial da composição de 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde, entre as 05 (cinco) vistoriadas no Município de Rondonópolis.

Entre as unidades avaliadas, observou-se composição parcial das equipes de saúde, conforme a seguir comenta-se:

a) A UBS São Francisco apresentava equipes completas, conforme os parâmetros da PNAB/2017;

b) Por outro lado, as UBS (MATHIAS NEVES 1 e 2, MORUMBI, NOSSA SENHORA DO AMPARO E VERDE TETO) apresentavam lacunas em sua composição, como a ausência de profissionais essenciais à Estratégia Saúde da Família, comprometendo a integralidade e a resolutividade da atenção;

c) As Unidades Básicas de Saúde MATHIAS NEVES 1 e 2, MORUMBI, NOSSA SENHORA DO AMPARO E VERDE TETO apontaram deficiência nas Equipes de Saúde da Família (eSF) na Equipe de Saúde Bucal (eSB) e na Equipe multiprofissional (NASF/e-Multi);

Do exposto, constatou-se que em todas as unidades com equipes incompletas, verificaram-se múltiplas ausências por equipe. A escassez de médicos, cirurgiões-dentistas e profissionais do NASF fato recorrente compromete diretamente a integralidade do cuidado ofertado colocando em risco o pronto atendimento à população.

Portanto, mantém-se os apontamentos do item.

2. 3. 2. 2. Presença Semanal do Médico na Unidade

Síntese da defesa

Não houve manifestação.





Análise técnica.

Em todas as unidades avaliadas, os médicos estavam presentes fisicamente durante os 04 dias úteis da semana.

Identificou-se que em todas as unidades vistoriadas, os médicos se ausentavam um dia da semana para fazer atendimento às famílias, ficando a unidade desprovida de atendimento neste dia, o que contraria o preconizado pela PNAB/2017.

Essa irregularidade implica no vínculo com os usuários e a continuidade do cuidado prestado pela Atenção Primária à Saúde na ausência do médico no dia dedicado aos atendimentos as famílias.

Ainda nesta linha de observação, constatou-se também, que todas as unidades avaliadas apresentavam médicos com acúmulo de vínculo em mais de uma equipe de saúde, o que contraria as diretrizes da PNAB/2017.

Dessa forma, mantém-se o apontamento.

2. 3. 4. Vínculos Empregatícios dos Médicos na Unidade

Síntese da defesa

Não houve manifestação.

Análise técnica

Nas unidades vistoriadas predominam vínculos considerados precários, como terceirizados, comissionados, bolsistas ou contratos por tempo determinado, o que compromete a estabilidade institucional e pode afetar negativamente a continuidade e a qualidade do cuidado ofertado.

Nenhuma das unidades avaliadas demonstrou capacidade satisfatória para reposição de profissionais afastados, o que compromete a regularidade dos serviços e aumenta a sobrecarga sobre os demais membros da equipe.





Todas as unidades enfrentam algum tipo de dificuldade no provimento de profissionais, especialmente em relação a médicos e Agentes Comunitários de Saúde, o que compromete diretamente a composição e funcionamento das equipes.

A situação é agravada pela baixa adesão a ações de capacitação permanente e pela dificuldade relatada para reposição de profissionais afastados, seja por inexistência de banco de reserva, seja por limitações estruturais da gestão municipal.

A combinação desses fatores fragiliza a qualidade da assistência e representa risco à continuidade dos serviços essenciais.

Dessa forma, mantém-se o apontamento.

2.4.1 - Bloco D e E - Regularidade Documental e Estrutura Física e Equipamentos

Síntese da defesa

Os manifestantes alegaram que, em visita técnica realizada nas Unidades de Saúde; do Mathias Neves, São Francisco, Morumbi, Verde Teto e Nossa Senhora do Amparo, verificou-se diversas avarias na estrutura das unidades.

Seguem alegando que diante da situação encontrada, a equipe técnica do Departamento de Engenharia e Arquitetura vai dar início a elaboração de projetos, orçamentos e processo licitatório para realização de execução de reforma nas unidades referidas.

Alegaram que a elaboração de projetos, orçamentos e processo licitatório demanda atenção e tempo, bem como o andamento do mesmo até a realização do certame, emissão de contrato e ordem de serviço, e que solicitam prazo de 150 (cento e cinquenta) dias, para elaboração de todo o processo, realização de licitação e início de execução de obra para sanar os problemas elencados.





Ressaltaram que entre as correções já realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, destacam a referente a UBS Nossa Senhora do Amparo, onde no item A do relatório técnico foi apontado defeito na porta de vidro da entrada da unidade que estava danificada.

Em relação UBS Morumbi, os citados evidenciaram a solução dos problemas relacionados aos aparelhos de ar-condicionado da unidade, atendendo o apontamento relacionado sobre o tema no Relatório de Inspeção.

Na mesma linha, com base nos apontamentos do Relatório Técnico de Inspeção, a gestão da Secretaria de Saúde declarou a adoção de providências com a devida celeridade e compromisso institucional, a partir da vistoria e levantamento técnico e diagnóstico situacional completo, entre outras, a adoção de medidas emergenciais e corretivas tais como: reposição de profissionais; melhoria da condução clínica de doenças crônicas; elaboração e padronização de POP e informações ao cidadão.

Os gestores manifestaram também, que implantaram o cartão corporativo como instrumento para aquisições emergenciais de pequeno valor, para pequenas manutenções predial, permitindo maior agilidade na reposição de itens essenciais e no atendimento a situações urgentes, sem prejuízo das exigências legais e fiscais conforme consta no (doc. digital nº 647248/2025, pag. 12).

Salientam ainda, que quanto aos mobiliários que estão em mau estado de conservação, os mesmos devem ser verificados junto a Superintendência de Atenção Primária, a qual é responsável pela gestão das unidades.

Análise técnica

Os procedimentos a serem adotados para resolução das irregularidades apontadas pela equipe técnica, como alegam os manifestantes, quanto a estrutura física deficitária das unidades visitadas, mobiliário inadequado para ambientes de saúde, ambientes de armazenamento de medicamentos inadequados, estão corretos quanto a necessidade de planejamento seguir os procedimentos legais, porém vale





ressaltar que essas manutenções já deveriam ter sido feitas há tempos, em descumprimento a PNAB (Portaria GM/MS, na Resolução RDC nº 50/2002 da ANVISA e no Manual de Estrutura Física das UBS do Ministério da Saúde).

Nenhuma das unidades avaliadas possuía, na data da visita, o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros ou o Alvará de Vigilância Sanitária dentro do prazo de validade, indicando irregularidade documental generalizada.

Na data da inspeção, observou-se também que muitas unidades de saúde enfrentavam problemas estruturais como infiltrações, falta de climatização e mobiliário danificado, comprometendo a ambiência e o conforto dos usuários, e, em particular, a Unidade de Saúde Verde Teto que apresentava situação crítica com relação as instalações, necessitando com urgência de manutenção predial.

Também foram identificadas falhas de acessibilidade, com ausência ou inadequação de banheiros adaptados e acessos para PCD, mesas de consultórios médicos com ferrugem, ou de madeira rustica, em alguns casos, mesas da sala de enfermagem improvisadas, feitas de madeira rustica inapropriada para uso em ambientes de saúde, equipamentos como; macas, balanças de pesagem, esterilizadoras com ferrugem.

Verificou-se também a ausência generalizada ou a inadequação funcional de itens fundamentais, especialmente os voltados ao atendimento de urgência e suporte técnico, como carrinho de emergência, oxímetro e autoclave.

Constatou-se ainda, que aparelhos de uso pessoal do médico estavam sendo utilizados na unidade porque a unidade não possuía, como: Esfigmomanômetro (aparelho de medir pressão), otoscópio e termômetro.

Embora a gestão tenha classificado como regular, é imprescindível que a adoção de medidas urgentes para adequar uma política de atendimento técnico às unidades de saúde afim de regularizar as situações dos equipamentos que necessitam manutenção.

Assim sendo, como neste quesito também, a Gestão Municipal somente argumentou que medidas serão tomadas, e que o Departamento de Engenharia e Arquitetura estiveram nas unidades e emitiram um relatório com as situações





encontradas, não fornecendo, materialidade suficientes para que esta equipe técnica pontuasse pela regularização, portanto, **dá-se por mantido o apontamento.**

2.6 - Bloco F - Dispensação de Medicamentos na UBS

Síntese da defesa

Os manifestantes pautaram-se apenas em alegação que a devida celeridade e compromisso institucional, a gestão municipal empreendeu levantamento técnico e diagnóstico situacional completo, o qual orientou as seguintes medidas emergenciais e corretivas já iniciadas: reposição de profissionais; melhoria da condução clínica de doenças crônicas; elaboração e padronização de POP; informações ao cidadão.

Análise técnica

No município avaliado, apenas as unidades UBS São Francisco realizava a dispensação completa e direta de medicamentos aos usuários, enquanto as unidades UBS Morumbi, Nossa Senhora do Amparo, Mathias Neves 1 e 2 e Verde Teto ofertam de forma precária a dispensação, com um número muito pequeno de remédios, possuindo apenas os mais básicos orientando a retirada em outro ponto da rede.

Essa configuração revela uma oferta desigual da assistência farmacêutica, o que pode comprometer o acesso oportuno aos tratamentos, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade ou com dificuldades de deslocamento.

Quanto ao Controle de Temperatura e Umidade nos Medicamentos, foi verificado se as Unidades possuíam o Procedimento Operacional Padrão (POP) para monitoramento da temperatura e umidade nos locais de armazenamento de medicamentos.

O controle adequado desses parâmetros é essencial para garantir a estabilidade, eficácia e segurança dos medicamentos, conforme orientações da RDC ANVISA nº 44/2009. Foi constatado que em todas as Unidades de Saúde visitadas **não** possuem Procedimento Operacional Padrão para controle de temperatura e umidade





nos locais de armazenamento. Essa ausência infringe normas sanitárias e representa risco à estabilidade dos medicamentos armazenados.

Dessa forma, mantém-se o apontamento.

2.7 - Bloco G - Vacinação

Síntese da defesa

Não houve manifestação.

Análise técnica

Durante a fiscalização, verificou-se que as UNIDADES DE SAÚDE (SÃO FRANCISCO, MORUMBI, NOSSA SENHORA DO AMPARO, MATHIAS NEVES 1 e 2 e VERDE TETO) utilizavam equipamento inadequado para conservação (GELADEIRAS DE USO DOMÉSTICO) que não produz temperatura adequada à conservação das vacinas.

Outro fator ausente, é o controle de temperatura que não estava visível e nem foi constatado pela equipe técnica no momento das vistorias nas unidades.

A inadequação ou ausência desses equipamentos compromete a qualidade das vacinas e expõe a população a riscos sanitários.

Ainda nesta linha de análise, durante a fiscalização, constatou-se que as UBS MORUMBI e VERDE TETO apresentavam estrutura da sala de vacina classificada como inadequada ou parcialmente adequada.

Entre os principais problemas verificados estavam a ausência de ventilação, mobiliário incompleto e alguns com ferrugem e falhas na segurança do espaço físico.

A inadequação estrutural compromete a segurança dos profissionais e dos usuários, além de violar padrões sanitários da RDC ANVISA nº 44/2009.





Já as UBS SÃO FRANCISCO, NOSSA SENHORA DO AMPARO, MATHIAS NEVES 1 e 2 atendiam aos critérios mínimos de adequação.

Tais deficiências comprometem a qualidade do serviço e podem afetar a eficácia da imunização e a conservação dos imunobiológicos.

Assim sendo, constatou-se o descumprimento às diretrizes do PNI, a ausência de equipamento (Conservadora) inviabiliza a oferta segura da imunização.

Dá-se por mantido o apontamento.

2.8 - Bloco H - Organização da Assistência

Síntese da defesa

Não houve manifestação.

Análise técnica

Nas visitas realizadas nas Unidades de Saúde constatou-se que as UBS Nossa Senhora do Amparo, São Francisco e Morumbi, agendam as consultas por hora marcada e por grupo de pacientes por faixa de horário o que demonstra excelente organização e favorece o acesso programado e a continuidade do cuidado.

A UBS Mathias Neves 1 e 2, agenda as consultas só por hora marcada, o que demonstra, organização e acesso programado.

Quanto UBS Verde Teto não realiza agendamento prévio, trabalha apenas com demanda espontânea, o que pode ocorrer aglomeração e dificuldades de atendimento, visto a carência de profissionais e a estrutura precária da unidade.

Também quanto aos Critérios de Priorização de Atendimentos, constatou-se que as unidades avaliam a necessidade clínica, a vulnerabilidade e aplicam protocolos da APS para ordenar os atendimentos.





Nas Unidades de Saúde SÃO FRANCISCO, NOSSA SENHORA DO AMPARO, MORUMBI E MATHIAS NEVES 1 e 2 foi identificado que há fluxo estruturado para a priorização de atendimento, promovendo maior eficiência e resolutividade na Atenção Primária à Saúde.

Quanto a Unidade de Saúde Verde Teto, apesar dos profissionais qualificados e atenciosos com os pacientes, não há um fluxo estruturado para priorização de atendimento, o que pode ocasionar a procrastinação ou o não atendimento a eficiência na Atenção Básica.

Embora esse tópico seja de ordem estrutural (interna) de cada unidade de saúde, mas que requer atenção da Secretaria de Saúde, e como não houve a exemplo de diversos tópicos, manifestação dos responsáveis, dá-se por mantido o apontamento.

2. 9. Bloco I - Saúde da Criança

2. 9. 2. Procedimentos no Acompanhamento de Crianças de 0 a 2 anos

Síntese da defesa

Não houve manifestação.

Análise técnica

Durante a fiscalização, observou-se que parte das unidades - por exemplo, as UBS NOSSA SENHORA DO AMPARO e MORUMBI - realizam duas ou três das ações esperadas no acompanhamento de crianças de 0 a 2 anos.

Embora essas unidades realizem avaliações básicas e mantenham registros regulares, faltam ações essenciais como a vigilância nutricional e orientações sistemáticas às famílias.





A ausência dessas práticas compromete a integralidade do cuidado infantil e aponta a necessidade de reforço das rotinas assistenciais.

Nas UBS MATHIAS NEVES 1 e 2 e SÃO FRANCISCO Verificou-se que a maioria realiza apenas uma ação sistemática no acompanhamento das crianças de 0 a 2 anos. A UBS VERDE TETO realiza duas ações sistemáticas no acompanhamento das crianças de 0 a 2 anos.

Dessa forma, mantém-se o apontamento.

2. 10. Bloco J - Saúde da Mulher

Síntese da defesa

Não houve manifestação.

Análise técnica

Durante a fiscalização, verificou-se que uma das cinco unidades visitadas, a UBS SÃO FRANCISCO assinalou apenas 03 (três) ações pré-natal, as outras quatro UBS realizam a maioria das ações esperadas no acompanhamento pré-natal, como o início precoce das consultas, número adequado de atendimentos e registros em prontuário.

Contudo, foram identificadas falhas na oferta sistemática de ações complementares, como orientações educativas regulares ou o encaminhamento efetivo de gestantes de alto risco.

Essas lacunas indicam a necessidade de aprimorar a integralidade e a resolutividade do cuidado prestado às gestantes.

Dá-se por mantido o apontamento.





2. 11. Bloco K - Atenção à Hanseníase

Síntese da defesa

A defesa alegou que em relação as irregularidades apontadas sobre a prevenção, identificação, diagnóstico, registro e acompanhamento da hanseníase, informamos que:

- Nos dias 22 e 23 de julho foi realizada capacitação presencial com todos os enfermeiros e médicos da rede municipal, abordando diagnóstico precoce, condutas terapêuticas, oferta e acompanhamento do tratamento, registros e notificações;
- O acompanhamento de casos e a testagem clínica estão sendo monitorados pela equipe de Vigilância Epidemiologia, garantindo regularidade e padronização.

Análise técnica

A defesa pautou-se em informar que realizou capacitação presencial com todos enfermeiros e médicos da rede municipal referente a questão da Hanseníase, mas não trouxe aos autos, nenhum documento comprobatório.

Portanto, pautando-se pela razoabilidade na análise, entende-se por parcialmente atendido, até que se comprove mediante documento ou ata de reunião, o alegado pela defesa.

3. PROPOSTA DE RECOMENDAÇÕES / DETERMINAÇÕES

Diante do exposto e considerando a finalidade dos levantamentos efetuados nas unidades básicas de saúde do Município de Rondonópolis no período de 09 a 12 /06/2025, o que resultou na emissão do Relatório Técnico de Fiscalização Ordenada, (doc. Digital n.º 634049/2025), conforme disposto no art. 140, §2º, incisos I e IV, do Regimento Interno do TCE-MT e na ON n.º 10/2019, bem como a possibilidade de as





irregularidades parcialmente regularizadas, em face de gestão somente ter declarado que providências serão tomadas, não apresentando evidências materiais que comprovem a adoção efetiva dessas medidas, gerar inspeções de acompanhamento, sugere-se ao Conselheiro Relator as medidas elencadas na conclusão.

4. CONCLUSÃO

Por fim, com fulcro nos arts. 10, XXI, e art. 140, § 3º da Resolução Normativa n.º 16/2021 e na Orientação Normativa n.º 10/2019, considerando a análise técnica das manifestações e das justificativas apresentadas pelos gestores, sugere-se ao Conselheiro Relator que:

a) Submeta o presente processo de levantamento ao Plenário;

b) **Conhecer do processo e julgar com emissão de determinações**, uma vez que, nas impropriedades apontadas no Relatório Técnico Preliminar, nesta fase processual, os responsáveis somente apresentaram soluções pontuais e parciais em duas unidades, porém aduziram a tomada de medidas para regularizar as situações irregulares, não trazendo prova documental das medidas a serem tomadas, persistindo situações que demandam correção, sem gravidade suficiente para ensejar a instauração de procedimento sancionatório ou de fiscalização específica, cuja verificação do cumprimento das medidas ocorrerá em processo de monitoramento próprio;

c) A emissão de determinação formal para os responsáveis apresentarem, no prazo a ser definido pelo Relator, plano de ação detalhado e documentado, contendo metas, prazos, responsáveis e indicadores de acompanhamento, conforme previsto nas boas práticas de gestão pública e nos princípios da eficiência e da transparência;

d) Determine ao Controle Interno o acompanhamento e encaminhamento a esta Corte de Contas, também no prazo determinado pelo Conselheiro Relator, os comprovantes documentais das ações detalhadas para solução das irregularidades elencadas no relatório técnico de levantamento e ratificadas nesta fase processual;





e) Informe-lhes que, ao encaminharem os documentos comprobatórios, o façam mencionando que se trata de documento do processo nº 2021145/2025;

f) Recomende que, ao enviarem os planos de ação, o façam seguindo a cronologia dos itens e subitens elencados no relatório técnico;

g) Comunique-lhes que o não atendimento à presente determinação poderá ensejar a aplicação de sanções previstas na legislação vigente.

Em Cuiabá-MT, 25 de setembro de 2025

JAIME CARLOS KREUTZ

TECNICO DE CONTROLE PUBLICO EXTERNO

RESPONSÁVEL DA EQUIPE TÉCNICA





ANEXOS

REL. DEFESA (SEM IMPORTAÇÃO) ORDENADA DE SAÚDE MUNICÍPIO DE RONDONOPOLIS - 2025

Anexo: 1 - FISCALIZAÇÃO ORDENADA - SAÚDE

Quadro: 1.1 - Resumo da avaliação realizada pela fiscalização

ASPECTO ANALISADO	AVALIAÇÃO
2. AVALIAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	
2.2. Bloco B - Funcionamento e Gestão	
2.2.1. Informações visíveis ao público na entrada do UBS	IRREGULAR
2.2.3. Cumprimento do Horário Mínimo de Funcionamento da Unidade	IRREGULAR
2.3. Bloco C - Recursos Humanos	
2.3.1. Composição Completa das Equipes de Saúde	IRREGULAR
2.3.2. Cumprimento da Carga Horária Mínima pelas Equipes	IRREGULAR
2.3.3. Vínculo Exclusivo dos Médicos com Equipe(s) de Saúde	IRREGULAR
2.3.5. Reposição de Profissionais em Caso de Afastamentos	IRREGULAR
2.3.6. Vagas em Aberto e Dificuldades de Provimento de Profissionais	IRREGULAR
2.3.7. Capacitações e Educação Permanente da Equipe	IRREGULAR
2.4. Bloco D - Estrutura Física e Documentação da Unidade	
2.4.1. Regularidade Documental da Estrutura Física	IRREGULAR
2.4.2. Estrutura das Instalações	IRREGULAR
2.4.3.1. Atendimento das Demandas por Manutenção Estrutural	IRREGULAR
2.5. Bloco E - Equipamentos	
2.5.1. Equipamentos Essenciais da UBS	IRREGULAR
2.5.2. Itens do Carrinho de Emergência	IRREGULAR
2.5.3. Controle Periódico do Carrinho de Emergência	IRREGULAR
2.5.4. Capacitação da Equipe para Uso do Carrinho de Emergência	IRREGULAR
2.6. Bloco F - Dispensação de Medicamentos na UBS	
2.6.1. Dispensação de Medicamentos na UBS	IRREGULAR
2.6.1.1. Falta de Medicamentos Identificada	IRREGULAR
2.6.2. Controle de Validade dos Medicamentos	IRREGULAR
2.6.3. Armazenamento dos Medicamentos	IRREGULAR
2.6.4. Controle de Temperatura e Umidade nos Medicamentos	IRREGULAR
2.7. Bloco G - Vacinação	
2.7.1. Vacinação de Rotina na Unidade	IRREGULAR
2.7.1.1. Horário de Funcionamento da Salva de Vacina	IRREGULAR
2.7.1.3. Falta de Vacinas na Unidade	REGULAR
2.7.2. Conservação de Vacinas nas Unidades	IRREGULAR
2.7.3. Estrutura Física da Sala de Vacina	IRREGULAR





ASPECTO ANALISADO	AVALIAÇÃO
2.7.4. Ações para Ampliar e Monitorar a Cobertura Vacina	IRREGULAR
2.8. Bloco H - Organização da Assistência	
2.8.3. Critérios de Priorização de Atendimentos	IRREGULAR
2.9. Bloco I - Saúde da Criança	
2.9.1. Acompanhamento Sistemático de Crianças de 0 a 2 anos	IRREGULAR
2.10. Bloco J - Saúde da Mulher	
2.10.1. Procedimentos do Pré-natal Realizados pela Unidade	IRREGULAR
2.10.2. Ações de Prevenção e Rastreamento do Câncer de Colo do Útero e Mama	IRREGULAR
2.10.3. Ações Educativas e de Planejamento Reprodutivo	IRREGULAR
2.10.4. Ações realizadas no puerpério imediato (até 10 dias após o parto)	IRREGULAR
2.10.5. Ações realizadas no puerpério tardio (até 42 dias após o parto)	IRREGULAR
2.11. Bloco K - Atenção à Hanseníase	
2.11.1. Ações de Prevenção, Identificação e Tratamento da Hanseníase	REGULAR
2.11.2. Avaliação clínica e testagem de pacientes com sinais/sintomas de hanseníase	REGULAR
2.11.3. Registros atualizados de casos de hanseníase	REGULAR
2.11.4. Condutas adotadas diante de casos suspeitos ou confirmados de hanseníase	REGULAR
2.11.5. Oferta e acompanhamento do tratamento para hanseníase (PQT)	REGULAR
2.11.6. Disponibilidade dos Medicamentos da PQT na Unidade	REGULAR
2.11.7. Capacitação dos Profissionais sobre Hanseníase	REGULAR
2.12. Bloco L - Sistema de Informação e Planejamento Local	
2.12.1. Utilização de Sistemas de Informação nas Unidades	REGULAR
2.12.3. Uso dos Dados no Planejamento das Unidades	REGULAR
2.12.4. Devolutiva de Dados pela Gestão Municipal	IRREGULAR

Fichas de levantamento TCE MT

