PREGÃO ELETRÔNICO Nº 019/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 178/2024

PROVA DE CONCEITO -POC

EMPRESA: CELERE TECNOLOGIA E ASSESSORIA EM SAUDE PUBLICA E PRIVADA LTDA, CNPJ/MF n° 46.961.423/0001-79, representada pelos presentes relacionados abaixo:

- Reginaldo Chagas de Araújo Filho
- Diego José Santos de Freitas

Diego Jose Santos de Freitas e
DEMONSTRAÇÃO DO SISTEMA: CRITÉRIO DE REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A verificação da conformidade do objeto se destina a garantir que o proponente com menor oferta de preço tenha condições de fornecer sistemas adequados às necessidades da Administração.

Os requisitos descritos no Apêndice I do Termo de Referência, serão utilizados como critério de avaliação objetiva da aderência do objeto ofertado ao que pretende contratar, assim sendo, os sistemas deverão ser submetidos a avaliação da Equipe Técnica designada pela **Portaria n° 990/2024, composta pelos membros a Srª Adilia Mical da Silva Cardoso Tavares do Departamento de Tecnologia da Informação da Autarquia Municipal de Saúde, Sr. Valdemar Sampaio dos Anjos Filho e André Ferreira Mota representando o Departamento de Tecnologia da Prefeitura de Itapecerica da Serra.**

Durante a análise do sistema, a administração fará a verificação de todos os itens exigidos neste Edital. Para o sistema ser considerado apto, deverá atender a 90% (noventa por cento) de todos os itens solicitados, em conformidade ao Apêndice I do Anexo II - Termo de Referência do edital.

A demonstração será avaliada por equipe técnica constituída para essa finalidade. O resultado da avaliação será expresso item a item por ATENDIDO: SIM ou NÃO.

A demonstração será realizada com a utilização de equipamentos da licitante, operados por profissionais da licitante, que deverão se apresentar em data e horário, conforme cronograma definido pela administração e dado conhecimento a todos participantes, ficando desde já assegurada a presença e participação das demais que estarão impedidas de se manifestar durante a apresentação, salvo se estiver ocorrendo fraude ou desvio no atendimento dos requisitos tecnológicos por parte da empresa, sendo que a ausência das mesmas não implicará a sua não realização.

A demonstração será realizada através da execução da totalidade das funcionalidades constantes no item 6 e seus subitens deste Termo de Referência, em tempo real, "on-line" pela internet. Não será aceita a execução do sistema através de emuladores e/ou simuladores.

A equipe técnica poderá, durante a demonstração do sistema, intervir com questionamentos e pedidos de esclarecimentos, o que a empresa licitante deverá, através dos expositores, responder de imediato. Os requisitos serão avaliados sequencialmente na ordem crescente de numeração. Não será permitida a conclusão desta prova sem que todos os itens sejam avaliados e dados como concluídos pela Equipe Técnica.

3.1.1. Do prontuário eletrônico:

Estrutura do software	Atende (S/N)
Fornecimento de solução única e integrada para atendimento da estrutura geral da AMS	S
Conter prontuário eletrônico único do paciente	S
Prontuário para atenção básica estruturado no formato SOAP (padrão do MS)	S
Cadastro de pacientes que atenda as regras de migração de pacientes para o e-sus	S
Cadastro de pacientes simplificado, onde somente serão registradas informações da pessoa, incluindo os campos obrigatórios para exportação do cadastro para o e-sus	S
Cadastro de família onde serão registradas todas as informações de domicilio (conforme ficha de domicilio do e-sus) e das pessoas vinculadas a ele, permitindo acessar a partir do endereço todas as pessoas que compõe a família, sem a necessidade de buscas individuais a cada pessoa.	S
Gerenciamento de cadastro de pacientes, permitindo atualizar o status do cadastro, registrando óbitos, permitindo também efetuar a unificação de cadastros duplicados e a separação de cadastros unificados erroneamente.	S
Recepção dos pacientes deve ser possível pesquisando por nome, cartão nacional de saúde ou CPF	S
Na existência de homônimos na pesquisa do paciente o sistema deve apresentar lista contendo minimamente (nome, nome da mãe, data de nascimento) para que seja possível escolher o paciente correto para atendimento	S
Quando o paciente é selecionado devem ser apresentadas as informações de endereço e unidade de vinculação para verificação dos dados antes de confirmação da recepção.	S
Deve ser permitido cadastrar um novo usuário diretamente da tela de recepção, facilitando assim o processo de trabalho	S
Durante a criação de um novo cadastro deve efetuar automaticamente a busca no CADSUS e caso exista o cadastro deve trazer as informações, evitando desta forma duplicidade de informações	S
Em todas as telas de atendimento deve ser exibido um resumo das informações importantes do prontuário, sem a necessidade de abrir telas complementares ou efetuar qualquer tipo de pesquisa, facilitando assim o trabalho dos profissionais de saúde – este resumo deve exibir pelo menos: alertas quanto a realização de exames, cadastros do paciente em programas de atenção continuada, situação vacinas em atraso, alergias	S
Assinatura eletrônica padrão ICP-Brasil	
Permitir a assinatura dos atendimentos realizados no prontuário – com registro da assinatura na base de dados	S

Permitir a assinatura nos documentos impressos durante os atendimentos, sendo que os documentos impressos a partir de atendimentos de profissionais que possuam assinatura eletrônica deverão ser assinados eletronicamente e impressos com QR-Code, permitindo validação – esta regra deve ser válida para todos os profissionais e não somente os médicos.	S
Permitir o envio de documentos assinados eletronicamente para os pacientes	S
Permitir que todos os documentos que forem impressos contendo assinatura eletrônica deverão ser enviados diretamente para o aplicativo do paciente, entre eles devem constar – receitas, orientações, encaminhamentos para especialista, solicitação de exames, atestados.	S

3.1.2. DA RECEPÇÃO

Deve ser possível chamar os pacientes por meio de painel de chamada – com opções de atendimento geral e prioridades	S
Deve ser possível registrar informações de acompanhante do paciente – com as mesmas características da recepção do paciente, permitindo inclusive cadastrar a pessoa que será acompanhante	S
Deve ser permitido priorizar os pacientes de síndrome gripal, idosos, gestantes e outros	S
Deve ser possível escolher o atendimento buscado pelo paciente e encaminhar o paciente diretamente para a fila deste atendimento	S
Quando selecionado Procedimento ou farmácia deve permitir o encaminhamento direto para execução, sem a necessidade de passar pela fila destas ações. Esta funcionalidade possibilita que pacientes que vem a unidade apenas para buscar medicamentos ou fazer curativos, por exemplo, possam ser recepcionados diretamente no setor, sem a necessidade de retrabalho para os profissionais.	S
Caso o paciente tenha pendências cadastrais (falta de cartão nacional, situação cadastral desatualizada, etc) deve emitir alerta para o profissional	S
Quando o paciente é selecionado, caso existam situações de falta de informações cadastrais deve ser aberto automaticamente o cadastro para que sejam feitas as correções necessárias	S

3.1.3. DA FILA DE ATENDIMENTO

As filas de atendimento devem permitir a visualização por serviço (acolhimento, consultas, farmácia, procedimento, etc), e também permitir a visualização por paciente.	S
Nas filas de atendimento deve ser possível registrar as chamadas efetuadas ao paciente, retirar o paciente da fila e reavaliar a classificação de risco do paciente.	S

3.1.4. DO ACOLHIMENTO DO PACIENTE

Deve permitir o registro de queixas do paciente usando CIAP2 – permitindo inserir múltiplos códigos do CIAP2	S

Deve permitir o registro das informações clínicas básicas (pressão, temperatura, peso, altura, frequência cardíaca, frequência respiratória, glicemia capilar, saturação de O2, escala de coma de Glasgow	S
Deve permitir o registro da avaliação do profissional	S
Deve permitir agendar consulta médica para o mesmo dia ou para datas futuras	S
Deve permitir encaminhar diretamente para especialista (especialidades específicas como oftalmologia)	S
Deve permitir priorizar o atendimento	S
Deve permitir registrar os marcadores de consumo alimentar	S
Deve permitir registrar a ficha de síndrome neurológica (Zika/Microcefalia)	S
Deve permitir efetuar a prescrição de antitérmico	S
Deve permitir encaminhar para unidade responsável, caso o paciente seja vinculado a outra UBS	S
Deve permitir efetuar o encaminhamento para pronto atendimento	S
Deve efetuar a assinatura eletrônica do atendimento de forma automática, caso o profissional tenha feito login utilizando certificado digital	S

3.1.5. DA CONSULTA

Permitir efetuar a chamada do paciente via painel de chamada	S
Permitir visualizar as informações registradas na pré-consulta – dados vitais e informações clínicas inseridas pela enfermagem e também inserir estes dados, casos não seja efetuada pré-consulta	S
Deve respeitar a estrutura do SOAP para organização das informações	S
Permitir registrar o CIAP2 para informações Subjetivas, de Avaliação e de plano de cuidado	S
Permitir ao profissional visualizar todo o histórico do paciente, contendo pelo menos: folha de rosto do prontuário no padrão do e-sus, detalhe de todas as consultas realizadas inclusive com as descrições clínicas dos atendimentos, relação de medicamentos já prescritos, encaminhamentos a outros níveis de atenção, procedimentos realizados e resultados de exames.	S
Permitir a partir da visualização do histórico fazer a impressão dos atendimentos com todos os detalhes registrados no prontuário.	S
Permitir registrar nas informações subjetivas: o motivo do atendimento, história clínica do paciente, procedimento realizado	S
Caso o procedimento realizado tenha vinculação com programas de atenção continuada deve ser emitido alerta quanto a necessidade de cadastramento do paciente no programa	S
Permitir registrar nas informações de avaliação: a descrição da situação clínica do paciente e os diagnósticos do paciente, podendo registrar múltiplos diagnósticos – não deve haver limite máximo para diagnósticos secundários	S
Quando forem preenchidos CIAP2 o sistema deve sugerir os CIDs compatíveis par facilitar a busca por parte do profissional	S
No momento do preenchimento do CID deve ser possível obrigar o preenchimento do CIAP2 para CIDs não conclusivos (Z000 e outros).	S

Quando forem registrados CID de notificação obrigatória, deve ser obrigatório o preenchimento de data de início dos sintomas e deve ser impresso o cabeçalho da ficha de notificação de forma automática	S
Permitir registrar as informações do plano de tratamento de forma descritiva e o CIAP2 correspondente.	S
No caso de registro de caso de dengue deve abrir automaticamente a ficha de investigação específica para dengue e Chikungunya. Esta ficha deve ser impressa no padrão definido pelo MS com os campos preenchidos.	S
No momento da gravação das informações do SOAP deve ser verificado automaticamente se o paciente pertence a algum programa de acompanhamento e caso as informações do programa não estejam atualizadas deve abrir a tela do programa para atualização das informações. Não deve ser necessária nenhuma ação complementar por parte do profissional para que a tela do programa seja aberta.	S
Permitir agendar o retorno do paciente para o mesmo profissional ou agendar consulta com outro profissional da unidade, sem a necessidade de sair da tela de atendimento	S
Permitir encaminhar o paciente para especialista sem a necessidade de sair da tela de atendimento, permitindo também que já seja efetuado o agendamento do paciente via central de marcação de consultas pelo profissional, sem a necessidade de encaminhar o paciente para outro profissional	S
Permitir encaminhar o paciente diretamente para uma linha de cuidado especializado (equipe multiprofissional), o profissional da atenção básica deve fazer um único encaminhamento e o sistema no momento da confirmação de presença do usuário na unidade especializada deve inserir o paciente nas agendas de todos os profissionais que compõe a linha de cuidado. Sendo que estas agendas deverão ser feitas todas na mesma data, evitando assim deslocamentos desnecessários para o paciente (1 encaminhamento = N agendas no mesmo dia para profissionais diferentes que compõe a equipe multiprofissional).	S
Quando o profissional possui certificado digital (assinatura eletrônica) e o paciente é encaminhado ao especialista a guia de encaminhamento deve ser impressa assinada eletronicamente, permitindo a validação do documento a partir de QR Code.	S
Permitir encaminhar o paciente para pronto atendimento registrando as condições que justificam o encaminhamento e o meio de transporte a ser utilizado	S
Permitir a solicitação de procedimentos, definindo prioridade do paciente na fila de espera e permitindo a pesquisa de procedimentos tanto direta na tabela, por nome quanto utilizando protocolos para solicitação de grupos de procedimentos.	S
Permitir a solicitação de procedimentos utilizando protocolos deve ser possível efetuar a solicitação de todos os exames e procedimentos com apenas uma seleção, sem a necessidade de marcar cada exame/procedimento individualmente	S
Permitir na solicitação de procedimentos, imprimir as guias de procedimentos separados, sendo que procedimentos coletados dentro da unidade devem ser enviados para agendamento ou realização e	S

procedimentos externos devem ser encaminhados para a central de procedimentos para agendamento da realização	S
Quando o profissional possui certificado digital (assinatura eletrônica) e o paciente tiver uma solicitação de procedimentos a guia de solicitação deve ser impressa assinada eletronicamente, permitindo a validação do documento a partir de QR Code.	S
Permite efetuar a indicação de vacinas para o paciente, esta indicação deve ser realizada visualizando a carteira vacinal e as vacinas indicadas devem entrar na fila de aplicação de vacina da unidade para serem realizadas pela enfermagem.	S
Permite registrar orientações ao paciente, sendo que estas orientações podem ser feitas em um texto livre e a partir da utilização de protocolos de orientações pré-definidas.	N.
Permite, quando forem registradas orientações a partir de protocolos deve ser possível selecionar o protocolo desejado e a partir daí editar o texto da orientação, excluindo ou incluindo informações para melhor atender a especificidade do paciente.	S
Quando o profissional possui certificado digital (assinatura eletrônica) e o paciente receber uma orientação o documento de orientação deve ser impresso assinado eletronicamente, permitindo a validação do documento a partir de QR Code.	S
Permite efetuar a prescrição de medicamento. Durante a prescrição, cada medicamento pertencente a farmácia básica ou a farmácia central que for prescrito deve apresentar ao profissional a quantidade disponível no estoque da unidade.	S
Permite durante a prescrição de medicamentos, ser possível consultar o histórico de medicamentos já receitados para o paciente	S
Permite durante a prescrição de medicamentos, ser possível selecionar se o medicamento será de uso contínuo.	S
Permite durante a prescrição de medicamento, ser possível utilizar protocolos par facilitar o trabalho do profissional. Quando o protocolo for selecionado deve trazer todos os medicamentos incluídos, permitindo a complementação ou retirada de itens individualmente.	S
Permite durante a prescrição de medicamentos, ser possível copiar receitas anteriores do mesmo paciente	S
Permite durante a prescrição de medicamentos, ser possível escolher medicamentos disponíveis em farmácias centrais (ex.: psicotrópicos) e visualizar durante a prescrição o estoque disponível nestas farmácias.	S
Permite na conclusão da prescrição de medicamentos, se impressas as receitas, executando a separação entre tipos de receitas – medicamentos de receituário simples devem se impressos separados de medicamentos de receituário carbonado e ou receituário carbonados devem ser emitidos dentro do padrão exigido.	S
Quando o profissional possui certificado digital (assinatura eletrônica) e o paciente receber uma prescrição de medicamento a receita deve ser impressa assinada eletronicamente, permitindo a validação da receita a partir de QR Code.	S
Na prescrição de medicamentos, seja executada com utilização de certificado digital ou não, toda a pesquisa deverá ser feita pelo próprio	S

sistema, não poderá ser utilizada ferramenta de terceiros para busca de medicamentos ou vinculação com bases externas que impliquem no fornecimento de informações dos pacientes, dos profissionais da rede municipal ou dos medicamentos prescritos.	S
Permite ser possível realizar o atendimento compartilhado, onde mais de um profissional interage com o paciente, sendo que nesta situação todos os profissionais envolvidos deverão inserir seus login e senha para confirmar a participação no atendimento	S
Permite ser possível encaminhar o paciente para sala de observação, efetuando a prescrição inicial para admissão	S
Permite quando for efetuada prescrição para leito de observação e o profissional tiver efetuado login utilizando certificado digital o documento correspondente deverá ser impresso assinado eletronicamente, podendo ser validado a partir de QR Code.	S
Permite emitir atestado médico, declaração de comparecimento e atestado de síndrome gripal, sendo que todos os documentos devem ser assinados eletronicamente sempre que o profissional tiver efetuado o login utilizando certificado digital.	S
Permite sempre que emitido atestado de síndrome gripal, registrar todos os contatos domiciliares do paciente, que também deverão permanecer afastados de suas atividades.	S
Permite registrar informações de histórico de saúde, sendo minimamente: informações sobre sono e rastreamento de distúrbios do sono; recordatório alimentar; atividades físicas e lazer; uso de substâncias ilícitas	S
O registro das informações de histórico de saúde devem levar em conta a faixa etária do paciente, permitindo registro de informações específicas de cada faixa etária: crianças – informações sobre atividades escolares; adolescentes – medidas sócios-educativas; adultos – informações sobre sexualidade	S
A consulta de enfermagem deve conter toda a Sistematização de Ações de Enfermagem (SAE), com informações sobre: percepção sensorial do paciente; humidade da pele; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e força; informações sobre ansiedade e agitação do paciente	S
Permite o registro de informações sobre alergias, sendo obrigatório o detalhamento por tipo de alergia: alergia a alimentos; alergia a animais; alergia a cosméticos; alergia a detergentes; alergia a fármacos (sempre que for registrada alguma alergia a fármaco esta informação deve ser mostrada a todo profissional no momento da prescrição de medicamentos); alergia a fungos; alergia a perfumes; alergia a plantas, alergia a pó; alergia a produtos químicos; outras alergias (descrever)	S
Permite registrar informações referentes a avaliação de Pé Diabético, contendo: roteiro de inspeção; rastreamento da sensibilidade protetora plantar; rastreamento de doença arterial periférica; exame do pulso MMII (os 4 itens do exame); avaliação de deformidade dos pés; avaliação histórica de úlcera ou amputação	S
Permite registrar informações referentes ao acolhimento de pessoa com deficiência, contendo: informações do cuidador; dados gerais da deficiência (tipo de deficiência, deficiência diagnosticada, qual o	S

diagnóstico, diagnóstico de doença de base; grau de gravidade, necessidade de equipamentos/dispositivos especiais)	S
Permite registrar informações específicas sobre deficiência: alimentação, locomoção, transferências, vestir-se	S
Permite registrar informações específicas de deficiências física e mental: controle de urina, controle de fezes, comunicação verbal, comunicação gestual, comunicação cognitiva, resolução de problemas, memória	S
Permite registrar informações específicas de deficiência auditiva: comunicação verbal, libras, leitura labial	S
Permite registrar informações sobre acompanhamento domiciliar: trazendo a ficha de elegibilidade de acompanhamento domiciliar com todas as informações de condições avaliadas; conclusão da avaliação com nível de complexidade e local de acompanhamento; local de permanência e informações do cuidador	S

3.1.6. DO ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE MENTAL

Permite registrar informações específicas do programa de saúde mental, sendo que a classificação da gravidade do caso deve ser calculada automaticamente a partir das respostas do questionário de avaliação	S
Permite registrar as informações do questionário de avaliação de saúde mental contendo: sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns; sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes; sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas; sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência; sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam nos idosos	S

3.1.7DO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS

Permite registrar informações específicas sobre hipertensão e diabetes, contendo a classificação do paciente em: hipertenso; diabético tipo I e diabético tipo II; podendo marcar como hipertenso e diabético, mas não permitir selecionar simultaneamente os 2 tipos de diabetes	S
Permite no registro das informações de hipertensos e diabéticos estratificar o risco automaticamente a partir do preenchimento dos protocolos de avaliação da condição clínica conforme protocolo de classificação e seguindo o padrão do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mélitus	S
Permite registrar informações referentes aos protocolos de avaliação clínica de hipertensos e diabéticos contendo os exames padrão do programa (glicemia capilar e plasmática, hemoglobina, creatinina, TFG, colesterol, ECG, etc); mantendo histórico de todos os resultados e permitindo a visualização individual dos resultados históricos de cada exame	S
Permite registrar informações referentes aos protocolos de avaliação clínica de hipertensos e diabéticos contendo complicações e problemas relacionados ao programa: fatores de risco cardiovascular; lesões de órgão alvo; condições clínicas associadas; sinais e sintomas de hiperglicemia; mantendo histórico de todos os resultados e permitindo a visualização individual dos resultados históricos de cada condição registrada	S

Permite a impressão da ficha de acompanhamento do programa de hipertensão e diabetes contendo as informações específicas do programa: dados vitais e antropométricos de todos os atendimentos desde a entrada do paciente no programa; medicamentos em uso; complicação e problemas relacionados ao programa; resultados de exames relacionados ao programa	S

3.1.8. DA SAÚDE DA CRIANÇA

Permite registrar informações específicas sobre saúde da criança, estratificando automaticamente o risco a partir do preenchimento de questionários sobre complicações e problema, resultados de exames e intercorrências do ciclo de vida	S
Permite vinculação automática com o prontuário da mãe: caso o pré-natal da mãe tenha sido registrado no prontuário todas as informações do pré-natal devem ser migrados para o prontuário da criança no momento do cadastro no programa	S
Deve constar informações sobre o parto: com informações antropométricas da criança e resultados dos exames perinatais	S
Deve constar informações sobre o desenvolvimento psicomotor, apresentadas de forma visual seguindo o padrão da caderneta da criança do Ministério da Saúde versão mais recente.	S
Deve constar informações sobre complicações e problemas da infância: fatores relacionados ao risco biológico; fatores relacionados ao estilo de vida; fatores relacionados ao risco sócio-econômico	S
Deve constar informações sobre intercorrências do período neonatal, sendo minimamente: reanimação na sala de parto, asfixia, infecção, doença da membrana hialina, doença pulmonar crônica, retinopatia da prematuridade, homerragia Periintraventricular II a IV Grau, internação em UTI Neonatal	S
Deve constar informações sobre Teste de desenvolvimento de linguagem (UTAH) com perguntas definidas por idade conforme o protocolo	S

3.1.9. DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Permite estratificar automaticamente o risco a partir do preenchimento de questionários sobre complicações e problema, resultados de exames e intercorrências do ciclo de vida	S
Devem constar informações sobre complicações e problemas do desenvolvimento: fatores relacionados ao risco biológico; fatores relacionados ao estilo de vida; fatores relacionados ao risco sócio-econômico	S
Devem constar informações sobre desenvolvimento puberal, sendo que estas informações deverão ser apresentadas em formato visual (imagens) facilitando assim a interpretação das informações por parte dos profissionais, as imagens apresentadas devem estar relacionadas ao sexo do paciente e devem representar as fases do desenvolvimento puberal desde o infantil até o adulto.	S
Devem constar informações sobre idades de ocorrência de: telarca, menarca, pubarca, espermarca (obedecendo a apresentação de informações correspondentes apenas ao sexo do paciente em atendimento)	S

Devem constar informações sobre Teste de desenvolvimento de linguagem (UTAH) com perguntas definidas por idade	S

3.1.10. DA SAÚDE DA MULHER

Permitir a definição de situação inicial do cadastro contendo: gestante, não gestante, climatério	S
Permitir o registro de informações referentes aos antecedentes obstétricos: quantidade de gestações, tipo de parto, complicações na gestação, etc	S
Deve, caso a mulher esteja classificada como não gestante permitir o registro de informações referentes ao planejamento familiar contendo: métodos anticoncepcionais em uso, registro de complicações e problemas com anticoncepcionais	S
Permitir o registro de informações referentes a prevenção e controle do câncer, contendo: questionário de acompanhamento de risco de câncer ginecológico, histórico familiar e condições biológicas.	S
Permitir o registro de informações referentes a prevenção e controle do câncer, contendo: risco da paciente (NIC e HPV), controle histórico de câncer de mama (BIRADS e Estado), informações do tratamento, plano de cuidado	S
Permitir o registro de informações referentes ao controle e acompanhamento do câncer de colo de útero	S
Permitir a solicitação de exame citopatológico de colo do útero, com preenchimento de toda a ficha de acompanhamento.	S
Deverá quando a mulher estiver cadastrada como em climatério, permitir inserção de informações referentes a: atrofias, cistite bacteriana, dispareunia, distúrbios neurovegetativos, osteoporose, vulvo vaginites	S
Deverá quando a mulher estiver cadastrada como gestante, efetuar a estratificação automática do risco gestacional baseada em parâmetros de resultados de exames, complicações e problemas e inscrição em outros programas de atenção continuada (ex. gestante que já está cadastrada no programa de hipertensão deve entrar no programa de gestante já sendo de alto risco devido a sua hipertensão)	S
Deverá quando a mulher estiver cadastrada como gestante, efetuar o registro de informações do pré-natal: data da última menstruação (cálculo automático da data provável do parto; registrar informação sobre o planejamento da gestação; registrar informação sobre tipo da gestação (única, gemelar, tripla ou mais)	S
Deverá quando a mulher estiver cadastrada como gestante, efetuar o registro de informações das consultas do pré-natal: idade gestacional, peso, PA, palpação do útero, altura uterina, posição do colo, dilatação do colo, posição fetal, BCF, risco gestacional, edema, resultado da ultrassonografia	S
Deverá quando a mulher estiver cadastrada como gestante, efetuar o registro de informações das intercorrências da gestação atual referentes ao trabalho, situação conjugal, situações relacionadas a saúde da gestante, tanto adquiridas no período gestacional quanto relacionadas a saúde geral da paciente que possam impactar no risco gestacional	S

Deverá quando a mulher estiver cadastrada como gestante, efetuar o registro de informações dos resultados de exames do período gestacional, mantendo histórico dos mesmos a permitindo a consulta individual de cada exame com seus resultados ordenados cronologicamente: VDRL, parcial de urina, glicemia, HB, HT, coombs indireto, HBsAg IgG, HBsAg IgM, Toxoplasmose, HIV, Hepatite B, Urocultura, Urina Rotina	S
Deverá quando a mulher estiver cadastrada como gestante, efetuar o registro de orientações ao companheiro	S
Deverá estiver cadastrada como gestante, efetuar o registro de informações de puerpério e interrupção da gestação: sendo registrado parto devem constar – data, dias de internamento, local do parto, tipo do recém nato, peso ao nascer, comprimento, apgar 1º minuto, apgar 5º minuto, tipo de parto, patologias, malformação, classificação do recém-nato, teste da orelhinha, hipotireoidismo, fenilcetonúria, fibrose cística, anemia falciforme, teste do olhinho, teste do coração, perímetro cefálico, perímetro torácico; sendo registrado interrupção de gestação devem constar – data, dias de internação, motivo de interrupção	S
Deverá quando a mulher estiver cadastrada como gestante e houver o parto, todas as informações registradas referentes ao recém-nato devem ser migradas para o prontuário da criança assim que ela for cadastrada no programa	S

3.1.11. DA SAÚDE DO IDOSO

Deve ser realizada de forma automática a estratificação de risco baseado no índice de vulnerabilidade IVCF20	S
Devem ser registradas as informações do IVCF20: auto-percepção da saúde	S
Devem ser registradas as informações do IVCF20 com relação a atividades da vida diária: AVD instrumental, AVD básica	S
Devem ser registradas as informações do IVCF20 com relação a situação cognitiva: cognição, humor	S
Devem ser registradas as informações do IVCF20 com relação a mobilidade e força: alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica e muscular, marcha	S
Devem ser registradas as informações do IVCF20 com relação a comunicação: visão, audição	S
Devem ser registradas as informações do IVCF20 referentes a outras comorbidades: continência esfincteriana, comorbidades múltiplas	S
Devem ser registradas as informações quanto a: atividades básicas e mobilidade: teste de mobilidade; quedas; repercussão da queda	S
Devem ser registradas as informações quanto a testes de manutenção de condição clínica: Teste de cognição; Teste para deficiência Visual; Teste para deficiência auditiva	S

3.1.12. DAS VACINAS

Permitir o registro das informações a partir da imagem da carteira vacinal	S
Permitir tanto aplicação quanto resgate	S
Permitir inserir o número do lote e o fabricante da vacina	S

Permitir inserir: estratégia de vacinação; grupo de atendimento; local de aplicação	S
Calcular automaticamente a data de retorno para próxima dose seguindo as regras do SI-PNI	S
Permitir inserir informações de outros imunobiológicos não pertencentes a carteira de vacina	S

3.1.13. DA FARMÁCIA

Ao entrar para efetuar a entrega de medicamento o sistema emita automaticamente aviso de alergia a medicamentos	S
Permitir em caso de entrega de medicamento para receitas efetuadas na unidade, trazer todas as informações do paciente e dos medicamentos prescritos	S
Permitir em caso de prescrição de medicamento feita fora da unidade o registro das informações do profissional prescritor, do paciente e dos medicamentos prescritos	S
Permitir controlar várias farmácias dentro da mesma unidade	S
Permitir registrar a informações da pessoa que efetuou a retirada caso não seja o próprio paciente	S
Permitir quando selecionar um medicamento para entrega, trazer todos os lotes disponíveis no estoque da farmácia, permitindo que o profissional registre de que lotes está entregando	S
Permitir no momento da entrega, efetuar o controle, garantindo que a quantidade total do medicamento seja idêntica a soma dos lotes entregues. Caso não seja idêntica não deve permitir a conclusão da entrega	S
Permitir no momento da entrega, diferenciar as receitas em cores (branca, carbonada, azul, amarela), facilitando assim a visualização por parte dos profissionais	S
Permitir no momento da entrega do medicamento, emitir alerta caso o medicamento já tenha sido entregue anteriormente – em intervalo menor do que o previsto para uma nova retirada	S
Permitir no momento da entrega do medicamento, emitir recibo de entrega dos medicamentos para assinatura do paciente ou representante	S
Permitir no momento da entrega do medicamento, caso não seja entregue integralmente a quantidade prescrita, emitir recibo de pendência de entrega para o paciente	S
Permitir no momento da entrega do medicamento, visualizar todo o histórico de medicamentos do usuário	S

3.1.14. DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Permitir, caso o procedimento tenha sido prescrito em atendimento dentro da unidade já trazer as informações do paciente e do procedimento preenchidas e solicitar apenas a confirmação da execução	S
Permitir, caso o procedimento tenha origem em prescrição externa, registrar a informação do profissional solicitante, dos procedimentos solicitados e dos dados clínicos do paciente.	S
Permitir registrar informações sobre sua realização	S

3.1.15. DA ODONTOLOGIA

Todos os atendimentos devem ser baseados em odontograma digital	S
Permitir realizar diagnósticos diretamente nos dentes e arcada dentária, que devem ser registrados visualmente no odontograma, diferenciando por cores cada situação de forma a facilitar o trabalho dos profissionais	S
Permitir acompanhar todo o tratamento pelo odontograma, todo procedimento realizado deve refletir diretamente na imagem do odontograma	S
Permitir fazer o acompanhamento de toda a situação de saúde do paciente, visualizando o histórico multi-profissional	S
Permitir ações em saúde bucal tanto individuais quanto coletivas que devem ser registradas durante no prontuário	S
Permitir registrar informações para estratificação de risco, sendo o resultado da estratificação calculado automaticamente a partir de parâmetros definidos	S
Permitir registrar a realização do procedimento de primeira consulta odontológica anual, e em caso de não registro deste procedimento para paciente que não tenha realizado ainda sua consulta anual o sistema deve informar e solicitar confirmação quanto ao não faturamento.	S
Permitir registrar questionário de anamnese em saúde bucal	S
Permitir registrar visualmente situações de problemas de: dentística, endodontia, periodontia	S
Permitir a possibilidade de visualizar no odontograma tratamentos anteriores realizados – permitindo a seleção do período a ser apresentado	S
Permitir dentro do tratamento visualizar ações já realizadas e ações pendentes de realização na mesma imagem do odontograma.	S

3.1.16. DO REGISTRO DE ATENDIMENTOS DOMICILIARES E COLETIVOS

Permitir no registro das informações de visitas domiciliares trazer automaticamente as datas de realização das visitas anteriores do paciente para acompanhamento pelo profissional	S
Permitir no registro das informações de visitas domiciliares inserir informações de data e turno da visita, profissional responsável pela visita, desfecho (padrão e-sus) e todo o questionário de visita domiciliar conforme padrão e-sus: tipo de visita; busca ativa; acompanhamento; controle ambiental e vetorial; outros	S
Permitir realizar, os atendimentos em grupo cadastrar grupos específicos, contendo os usuários a serem atendidos, os profissionais responsáveis pelo atendimento do grupo e acompanhar os agendamentos já realizados para o grupo	S
Permitir escolher no registro de atendimentos coletivos, um grupo específico pré-cadastrado de pacientes para serem atendidos, trazendo também os profissionais que estão vinculados como responsáveis pelo grupo	S
Permitir realizar no registro de atendimentos coletivos, atendimentos para pessoas que não compõe previamente algum grupo de atendimento, sendo que neste caso deve ser possível inserir a informação de cada	S

paciente individualmente, os profissionais que realizaram o atendimento e os procedimentos realizados	S
Permitir registrar no registro de atendimentos coletivos, informações básicas da atividade conforme as normas do e-sus: Qual a atividade, data da realização, total de atingidos, duração da atividade, turno, em caso de atividade realizada em escola deve exigir o preenchimento do INEP, descrição da atividade	S
Permitir registrar no registro de atendimentos coletivos, informações de público alvo; temas para a saúde e práticas em saúde, atendendo a todas as normas e opções de campos do e-sus	S
Permitir registrar no registro de atendimentos coletivos, informações de usuários atingidos, contendo a lista de participantes previstos, informação se o participante efetivamente participou da atividade; em caso de avaliação antropométrica os campos de peso e altura deverão ser preenchidos; deverão ser registradas informações do programa nacional de controle de tabagismo	S
Permitir no registro do atendimento em grupo, compor o histórico de atendimentos de cada um dos pacientes atendidos, constando a ação realizada, os profissionais responsáveis, a data de realização e a descrição da ação realizada	S

3.1.17. DAS AGENDAS

Permitir efetuar a montagem das agendas no mínimo com os seguintes campos: profissional; procedimento; data de início; data final; dias da semana que a agenda estará disponível; horário inicial; horário final; número de pacientes; exigência de pré-consulta; se a agenda refere-se a teleatendimento	S
Permitir sempre que uma agenda for criada com exigência de pré-consulta o paciente recepcionado e encaminhado para consulta deve passar previamente por atendimento de enfermagem (pré-consulta) e somente após a conclusão deste atendimento deve ser encaminhado a fila do profissional para o qual a consulta foi agendada.	S
Permitir que as agendas geradas, deverão ser consultadas em formato de calendário, facilitando a visualização das vagas disponíveis e já utilizadas	S
Permitir ser possível efetuar bloqueios, permitindo selecionar: profissional; o procedimento; data de início e fim; sendo que o bloqueio deverá permitir ser efetuado para o período todo ou apenas para faixas de horário específicas	S
Permitir efetuar o remanejamento de agendas, sendo este remanejamento possível tanto do mesmo profissional, alterando apenas a data quanto alterando tanto data quanto profissional	S
Permitir o remanejamento de pacientes e ainda permitir remanejar todos os pacientes de uma determinada agenda para outra e também remanejar individualmente cada paciente para uma nova agenda	S
Permitir realizar encaixes de pacientes	S

3.1.18. DO CENTRO DE ESPECIALIDADES - CEM

Deverá conter para o CEM, um prontuário estruturado para atenção especializada, garantindo o registro de informações de consultas e procedimentos cirúrgicos	S
Permitir estruturar a recepção baseada em confirmação de encaminhamento, não sendo possível recepcionar diretamente um paciente que não tenha sido encaminhado previamente; esta confirmação do encaminhamento deve ser feita a partir de número do encaminhamento do sistema, constante na guia emitida para o paciente no momento da reserva e também via aplicativo – se o paciente tiver o aplicativo no celular não deverá ser necessária a apresentação da guia de encaminhamento	S
Permitir a confirmação de comparecimento. Caso o paciente tenha sido encaminhado para uma linha de cuidado deve inserir o paciente nas agendas de todos os profissionais que compõe a linha de cuidado, confirmando a presença do paciente nas agendas de todos os profissionais	S
Permitir que as consultas devem ter as mesmas funcionalidades das consultas da atenção básica, utilizando a mesma interface visual, garantindo assim que os profissionais não tenham dificuldades caso atuem em unidades dos dois níveis de atenção	S
Centro Cirúrgico	
Deverá permitir a criação de agendas para procedimentos e agendar pacientes dentro dos parâmetros das agendas criadas	S
Deverá apresentar a lista mapa de cirurgias do dia contendo: informações do paciente; situação; prescrições de enfermagem (SAE); prescrições médicas	S
Deverá controlar as prescrições de enfermagem (SAE) Pré, Infra, RPA e Pós Cirúrgica; prescrições médicas Pré, Intra e Pós Cirúrgica	S
Deverá permitir a enfermagem registrar a checagem da prescrição médica: cancelar; bolar; realizar; registrando o horário de cada ocorrência	S
Deverá permitir a enfermagem registrar o controle dos sinais vitais; checagem da prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem; anotações de enfermagem	S
Deverá permitir registrar as informações sobre an estesia; tipo de anestesia, evoluções; anotações	S
Deverá permitir registrar a equipe cirúrgica; procedimentos realizados; evoluções; anotações	S
Deverá permitir a criação de protocolos para SAE: prescrição; diagnósticos; medicamentos	S

3.1.19. DA INTEGRAÇÃO COM SISTEMAS FEDERAIS

Deve estar Integrado aso sistemas federais: e-sus, SIA-SUS, SIH-SUS, BNAFAR, SI-PNI, Cadsus, CNES, SIGTAP, RNDS	S
Permitir efetuar e exportação de informações de cadastros e atendimentos para a base municipal do e-sus, conforme versão 4.1.12 ou superior, usando o padrão THRIFT – Comprovar por declaração do licitante	S

Permitir efetuar a exportação da produção das unidades para o SIA-SUS, sendo BPA-C, BPA-I e RAAS – Comprovar por declaração do licitante	S
Permitir efetuar a exportação de informações no padrão SISAIH01 para faturamento hospitalar – Comprovar por declaração do licitante	S
Permitir efetuar a exportação de informações de movimentação de medicamentos para a BNAFAR, toda as entradas, saídas e posição de estoques de medicamentos devem ser exportadas via WEBSERVICES padrão do BNAFAR– Comprovar por declaração do licitante	S
Permitir efetuar a exportação da movimentação de imunobiológicos para SI-PNI – Comprovar por declaração do licitante	S
Permitir efetuar a consulta a base nacional de cadastros de pessoas CADSUS de forma on-line, trazendo todas as informações registradas na base nacional, evitando assim a duplicação de cadastros – Comprovar por declaração do licitante	S
Permitir efetuar a importação dos arquivos do CNES para atualização de informações de unidades e profissionais. Devem ser importadas informações das unidades, dos profissionais cadastrados e das vinculações entre profissionais e unidades, garantindo assim compatibilidade de informações para a correta aplicação das críticas quando da execução de procedimentos nas unidades de saúde – Comprovar por declaração do licitante	S
Permitir efetuar a importação do SIGTAP, tabelas de procedimentos e diagnósticos garantindo a atualização do sistema e a correta aplicação das regras de faturamento do Ministério da Saúde – Comprovar por declaração do licitante	S
Permitir efetuar a exportação das vacinas do COVID diretamente para a RNDS garantindo que as informações estarão sempre atualizadas junto ao Ministério da Saúde, sendo que esta exportação deve seguir todas as regras de segurança federais. – Comprovar por declaração do licitante	S

3.1.20. DO APLICATIVO MOBILE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS

Permitir em todas as visitas realizadas, ter sua localização geográfica registrada automaticamente pelo aplicativo, possibilitando o monitoramento das ações dos agentes comunitários	S
Permitir em todos os cadastros realizados, ter sua localização geográfica registrada automaticamente pelo aplicativo, possibilitando o monitoramento das ações dos agentes comunitários	S
Permitir o cadastramento de metas para o agente comunitário, permitindo o acompanhamento da produção por meio de gráfico	S
Permitir cadastrar domicílios registrando dados de localização do domicilio, ficha domiciliar e usuários cadastrados no domicilio	S
Para efetuar o cadastro de domicílios de uma micro-área deve ser feita a sincronização das informações com a base central do prontuário de forma a carregar no aplicativo as ruas correspondentes a micro-área a ser atendida	S
No cadastro de domicilio as informações de localização devem ser obtidas a partir do cadastro de ruas importado na sincronização, permitindo e preenchimento de número e complemento do endereço além do número do telefone de contato	S

No cadastro de domicilio deve ser possível registrar todas as informações da ficha de cadastro de domicilio do e-sus versão 4.1.12 ou superior	S
No cadastro de domicilio deve ser possível cadastrar todos os usuários vinculados ao domicilio: este cadastro de usuário deve ser completo, contendo todas as informações pessoais, informações referentes ao cadastro no bolsa família e também a ficha de cadastro individual do e-sus, conforme versão 4.1.12 ou superior	S
Dentro da manutenção da família deve ser possível editar informações de cada um dos usuários individualmente e excluir usuários da família	S
Dentro da manutenção do cadastro da família deve ser possível editar todos os campos do cadastro da família	S
O aplicativo deve permitir registrar as visitas realizadas por usuário, registrando o tipo da visita; finalidade da visita (busca ativa); característica do paciente visitado (acompanhamento); outros motivos para a visita (outros); sendo que todos os campos solicitados devem seguir integralmente as regras estabelecidas pelo e-sus versão 4.1.12 ou superior	S
O aplicativo deve permitir a visualização das informações do profissional logado	S
O aplicativo deve funcionar em modo offline, evitando desta forma a necessidade de utilização de chip de dados no tablet ou smartphone	S
O aplicativo deve ter funcionalidade de sincronização utilizando tecnologia wi-fi, permitindo que informações registradas no aplicativo sejam exportadas para a base central do prontuário e que informações registradas na base central sejam importadas para o aplicativo	S

3.1.21. DO APLICATIVO PARA POPULAÇÃO

O aplicativo para a população deve estar disponível tanto para iOS quanto para Android	S
Permitir o cadastro do cidadão vinculando com a base de prontuário a partir do CPF (documento atualmente recomendado pelo Ministério da Saúde)	S
Permitir o cadastramento de dependentes	N
Deve apresentar informações sobre o histórico de saúde do usuário, seguindo o padrão da folha de rosto do e-sus, contendo: últimos atendimentos; problemas/ condições/ alergias; medicamentos ativos; lembretes / outros antecedentes	S
Deve apresentar as informações sobre histórico de saúde dos dependentes caso estes estejam selecionados no aplicativo	S
Deve apresentar o histórico de vacinas do usuário, informando se a carteira vacinal está em dia ou existem vacinas em atraso; ocorrendo vacinas em atraso deve exibir a lista de vacinas pendentes	S
Deve apresentar o histórico de vacinas dos dependentes no mesmo formato do histórico de vacinas do usuário	S
Permitir enviar alerta ao usuário caso ele ou qualquer de seus dependentes tenha vacinas a serem aplicadas.	S
Permitir ao usuário efetuar a confirmação de agendamento diretamente pelo aplicativo, sem a necessidade de entrar em contato com sua unidade	S

de saúde; também deve ser possível o usuário recusar uma agenda, sendo que neste caso ele deverá voltar para a fila de espera.	S
Permitir após a confirmação do agendamento por parte do usuário que o sistema envie ao aplicativo o código de confirmação e os dados do agendamento; sendo que estas informações serão utilizadas pelo usuário para confirmar sua recepção na data do atendimento, sem a necessidade de levar qualquer guia impressa	S
Permitir que o aplicativo envie pesquisa de satisfação ao usuário após qualquer atendimento que ele tenha recebido tanto na rede própria quanto agendado via central de regulação; esta pesquisa de satisfação deve refletir as ações pelas quais o usuário passou (ex.: recepção, acolhimento, consulta médica e farmácia) – a pesquisa enviada neste caso deve conter 4 perguntas, uma para cada ação – permitindo assim a avaliação individual de cada profissional que interagiu com o paciente	S
Permitir que, a partir das pesquisas de satisfação respondidas, seja possível monitorar o índice de satisfação geral da secretaria; satisfação por unidade de atendimento e satisfação por profissional	S
Permitir enviar notícias da Secretaria de Saúde e da prefeitura para os usuários: estas notícias devem ser apresentadas como manchetes que podem ser abertas e lidas; permitindo desta forma monitorar o percentual de notícias que efetivamente são lidas	S
Permitir visualizar o cadastro dos Hospitais do município e para cada uma delas a quantidade de pessoas aguardando atendimento e a quantidade de profissionais médicos que estão atendendo; deve apresentar em formato de mapa a rota do ponto onde o usuário se localiza até o Hospital selecionado	S
Permitir visualizar o endereço de todas as unidades da rede municipal de saúde, com localização e rota do ponto onde o usuário se localiza até a unidades selecionada	S
Apresentar a relação de medicamentos disponíveis na rede municipal de saúde	S

3.1.22. DA GESTÃO e RELATÓRIOS GERENCIAIS

Deverá conter os Indicadores do Previne-Brasil – efetuar o acompanhamento diário dos indicadores, sem a necessidade de aguardar o fechamento do quadrimestre – permitir visão mensal dos índices atingidos em cada um dos indicadores – deve permitir uma visão geral da SMS e individual de cada unidade de saúde	S
Deverá permitir visualizar detalhadamente os indicadores do Previne-Brasil – chegando até os pacientes cujos atendimentos compuseram o cálculo dos indicadores, contendo: para equipe; usuário; especificamente para gestantes deve conter a DUM, IG Inscrição, atendimentos, exames, odonto; especificamente para coleta de citopatológico deve conter a data da coleta; especificamente para hipertensos deve conter datas das consultas, PA do 1º e do 2º semestre; especificamente para diabéticos deve conter as datas das consultas e da solicitação de exames	S
Deverá permitir acompanhar de forma dinâmica (on-line) as filas de atendimento de cada unidade de saúde e os profissionais que estão ativos (logados) no sistema	S

Acompanhamento de produção	
Deverá apresentar painel de bordo para acompanhamento de metas de atendimento – contendo pelo menos indicadores de avaliação de: redução de mortalidade infantil e materna; redução de mortalidade por câncer de colo e de mama; redução de mortalidade prematura por doença cardiovascular – o painel deve ser apresentado em formato que permita identificar através de cores o atingimento das metas estabelecidas	S
Deverá acompanhar diariamente o tempo médio de espera de atendimento em cada unidade de saúde. Podendo filtrar o procedimento realizado e a classificação de risco do paciente (exemplo: em uma UPA o tempo médio de atendimento de pacientes amarelos aguardando acolhimento é de 00:15, o tempo médio de pacientes azuis aguardando consulta é de 00:45, tc) – podendo também separar os atendimentos por especialidade (COVID, separado, de pediatria e de adulto)	S
Acompanhamento de consumo de medicamentos	
Deverá permitir o acompanhamento do estoque de um item em todas as unidades – criando uma visão geral do estoque, sem a necessidade de entrar em cada unidade individualmente, deve apresentar o estoque atual por lote, o consumo nos últimos 30 dias e o estoque total do item	S
Deverá ter rastreabilidade de medicamentos desde o almoxarifado até os pacientes que receberam	S
Deverá permitir visualizar a quantidade de medicamentos entregues – por unidade consumidora; por medicamento – com percentual de quantidade de medicamentos entregues em relação a quantidade de medicamentos prescritos	S
Acompanhamento de produtividade da equipe	
Deverá permitir visualizar a quantidade de consultas realizadas por cada profissional com o tempo utilizado em cada consulta e o tempo médio das consultas	S
Deverá visualizar a localização geográfica das visitas dos agentes comunitários – pontuando em mapa os locais visitados e trazendo informações do paciente, data e hora da visita	S
Deverá visualizar a produção individual de cada profissional permitindo criar filtros e ordenações por qualquer dos campos do relatório, contendo pelo menos: unidade de atendimento; profissional; ocupação; procedimento realizado; equipe	S
Deverá realizar o monitoramento de metas de produção por profissional – dados mensais de produção dos atendimentos em relação a metas cadastradas: as metas deverão ser apresentadas de forma direcionada para cada grupo profissional (médicos, enfermagem, odontologia, agentes comunitários) – para cada grupo profissional as metas devem ter relação com as ações executadas (exemplo – médicos – quantidade de consultas em cada programa de atenção continuada, consultas de urgência, etc; para agentes comunitários, cadastros, visitas realizadas por grupo de interesse e ações realizadas nas visitas; dentistas, primeira consulta odontológica anual, atendimento de gestantes; enfermagem, acolhimento, consultas, procedimentos)	S
Deverá fazer o acompanhamento de filas de espera de consultas e procedimentos permitindo visualizar a posição de cada paciente na fila,	S

data de entrada na fila, prioridade do paciente, procedimento que está aguardando	S
Deverá fazer o acompanhamento de pacientes crônicos permitindo visualizar a estratificação de risco do paciente em cada programa, se está ativo ou não no programa, datas programadas para os próximos atendimentos, unidade de cadastro e unidade responsável pelo acompanhamento, micro-área de residência; podendo filtrar e ordenar por qualquer um dos campos do relatório; permitindo a gravação de nova visão do relatório a partir dos filtros criados; permitindo exportar informações para (xlsx, pdf, ods, csv, jpeg)	S
Deverá fazer o acompanhamento de diagnósticos (CID) – apresentando casos com localização geográfica – diretamente em mapa, sem a necessidade de exportar informações ou entrar em outro aplicativo para visualizar o mapa.	S

3.1.23. DA GESTÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Vacinação	
Permitir realizar o acompanhamento da cobertura vacinal de crianças entre 0 e 1 anos	S
Permitir realizar o acompanhamento da cobertura vacinal de crianças acima de 1 ano	S
Permitir realizar acompanhamento das pessoas faltosas na aplicação de vacinas	S
Permitir parametrizar as vacinas com todas as especificidades do SI-PNI: faixa etária padrão para aplicação das doses; intervalo entre doses; estratégia de vacinação; se pertence a carteira de vacinação	S
Permitir acompanhar o estoque de vacinas das unidades de saúde de forma centralizada	S
Permitir acompanhar a quantidade de vacinas aplicadas por mês	S
Permitir efetuar a busca ativa de paciente que devem ser vacinados em períodos futuros; visando tornar o sistema proativo e não reativo	S
Agravos de notificação obrigatória padrão MS e outros agravos de interesse municipal	
Permitir cadastrar regras para diagnósticos (CIDs): mensagens de alerta que serão mostradas sempre que o diagnóstico for indicado por um profissional; obrigatoriedade do preenchimento do CIAP2 caso o diagnóstico seja colocado na consulta médica	S
Permitir a criação grupos de interesse epidemiológico que serão monitorados: inserindo a quantidade de casos aceitáveis por mês, sendo que esta quantidade deve ter valores específicos para cada mês, garantindo assim a possibilidade de acompanhamento da sazonalidade das ocorrências; vinculando os CIDs que compõe o grupo	S
Efetuar o monitoramento de casos de todos os grupos epidemiológicos criados, acompanhando de forma dinâmica, on-line a ocorrência em toda a rede assistencial; o monitoramento da quantidade de casos deve indicar tanto que os limites estabelecidos foram superados quanto a tendência a superação do limite (ex.: limite de 30 casos – até o dia 15 já ocorreram 20 casos – deve ser indicado que existe tendência a superação	n

do limite) – deve haver diferença visual entre limites superados e tendência de superação do limite	S
Permitir acompanhar individualmente os casos registrados de qualquer diagnóstico (CID), mesmo que estes não estejam sendo monitorados	S
Permitir a emissão do relatório de notificação negativa por semana epidemiológica – para diagnósticos de notificação obrigatória do Ministério da Saúde	S

3.1.24. DO CAPS

Na recepção deve seguir as mesmas regras da atenção básica, permitindo pesquisa tanto por nome quanto por CPF ou CNS	S
O registro de informações de acolhimento deverá permitir efetuar o agendamento de consultas, procedimentos e permitir o registro das informações básicas do paciente	S
Deverá ser possível definir o projeto terapêutico do paciente com estruturação de ações diárias, nos turnos manhã, tarde e noite, registrar se existe acompanhamento de medicação, e registrar data e hora das atualizações e o responsável para atualização	S
Deverá ser possível vincular o paciente para acompanhamento no CAPS, registrando: a origem do paciente (atenção básica, demanda espontânea, hospital psiquiátrico, hospital dia, outros CAPS, serviço de urgência); o diagnóstico do paciente, data provável de conclusão do tratamento; se o paciente está em situação de rua; se é usuário de drogas	S
Nas consultas médicas deverá conter todas as funcionalidades disponíveis na atenção básica, inclusive utilizando o mesmo padrão de interface, facilitando assim o processo de capacitação da equipe profissional	S

3.1.25. DA TELEMEDICINA

Deve ser uma ferramenta de integradas ao prontuário eletrônico do paciente	S
Deverá estar vinculada ao aplicativo disponibilizado para a população, sendo as funcionalidades de teleatendimento e recebimento de documentos assinados eletronicamente partes do aplicativo geral	S
Deverá disponibilizar conexão de áudio e vídeo entre o profissional e o paciente, com a possibilidade de conversação via chat	N
Deverá estar totalmente integrada a interface do prontuário garantindo que o profissional continue tendo as mesmas ferramentas da consulta presencial, trabalhando na mesma interface de sistema	S
Na interface do sistema deverá estar disponível funcionalidade para que o profissional inicie a chamado de vídeo com o paciente	S
Deverá garantir o envio de documento assinados eletronicamente diretamente para o aplicativo do paciente	S

3.1.26. DO CONTROLE DE FROTAS

Permitir a cadastro de veículos com todos os dados necessários para acompanhamento de ciclo de vida e utilização: modelo; placa; ano; combustível; equipamentos; seguro com validade e franquia; se é veículo alugado conter a locadora e validade do contrato; revisões com data prevista, quilometragem prevista, data da realização, quilometragem de realização; ocorrências do veículo com tipo da ocorrência, motorista envolvido, data; manutenção realizadas contendo a oficina, data e valor	S
Permitir o cadastro de motoristas com as informações completas para vinculação ao tipo do veículo que pode conduzir: dados de identificação; carteira de motorista com categoria e validade; adiantamentos de valor para viagens feitos ao motorista	n
Permitir o registro de utilização do veículo contendo: o veículo utilizado; motorista; data e hora de início e final de utilização	n
Permitir o registro dos abastecimentos contendo: veículo; motorista; posto de combustíveis; quilometragem; quantidade abastecida; valor	S
Permitir o registro de viagens com as seguintes informações: veículo; motorista; local de origem; local de destino; data e hora de saída; data e hora de retorno; quilometragem estimada; passageiros	S
Deverá no cadastro de passageiros de cada viagem ser possível preencher as informações necessárias para o faturamento da viagem junto ao SIA-SUS sendo elas: dados pessoais; se é paciente ou acompanhante; se ocupa lugar no veículo (pode ser criança de colo); motivo da viagem; se a viagem é somente de ida ou de ida e volta	S
Deverá no faturamento junto ao SIA_SUS seguir todas as regras do SIGTAP para garantir o correto recebimento dos recursos	S

3.1.27. DO PRONTUÁRIO PARA HOSPITAIS/MATERNIDADES

Deverá permitir na recepção encaminhar o paciente diretamente para: classificação de risco; procedimentos; farmácia	S
Deverá permitir na recepção identificar pacientes com síndrome gripal	S
Deverá permitir as filas de classificação de risco de pacientes gerais e pacientes de síndrome gripal serem separadas	S
Deverá permitir nas filas de classificação de risco os pacientes priorizados pela recepção devem aparecer no início da fila	S
Deverá permitir na classificação de risco chamar o paciente através de painel	S
Deverá permitir na classificação de risco registrar todas as informações antropométricas do paciente, escala de Glasgow, saturação, glicemia e a avaliação do profissional	S
Deverá permitir na classificação e risco encaminhar diretamente para a sala de urgência e emergência, abrindo automaticamente e ficha de atendimento que irá acompanhar o paciente	S
Deverá permitir na classificação de risco os pacientes aparecer nas filas na ordem da priorização estabelecida na classificação de risco, inclusive com as cores da classificação	S
Deverá permitir nas consultas acessar todo o histórico do paciente, de toda a rede de atenção (atendimentos de atenção básica, atendimentos especializados e atendimentos de urgência e emergência)	S

Deverá permitir nas consultas incluir múltiplos CIDs (sem limite de quantidade)	S
Deverá permitir nas consultas encaminhar paciente para internação, escolhendo e enfermaria e o leito e inserindo a prescrição inicial do leito	S
Deverá permitir na gestão dos leitos efetuar o registro da admissão no leito, vinculando o paciente a uma enfermaria e a um leito, com data e hora da admissão automáticas; deverá permitir a transferência de leito para pacientes internados	S
Deverá permitir na gestão dos leitos efetuar o registro da evolução clínica do paciente, com descrição da evolução, horário, execução da prescrição com registro do horário de execução	S
Deverá permitir na gestão dos leitos efetuar o registro da sistematização de ações de enfermagem (SAE)	S
Deverá permitir para os pacientes internados registrar as ações de enfermagem (SAE): diagnósticos; controle de sinais vitais; checagem de prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem; anotações de enfermagem	S
Deverá permitir para pacientes internados no registro de assistência de enfermagem os formulários específicos para: SAE-Ansioso, Agitado ou Impaciente; SAE - Escala de dor; SAE – Braden; SAE e – Exame Físico; SAE – Fugulin; SAE – Coma de Glasgow; SAE – Histórico de enfermagem; SAE – Morse	S
Deverá permitir para pacientes internados registrar as evoluções clínicas médicas e prescrições médicas: Permitir prescrever medicamentos e cuidados, podendo selecionar um ou mais itens, inclusive com o horário ou tempo (intervalo) em que deverá ser executado, o que auxiliará na checagem dos itens por parte da equipe de enfermagem	S
Deverá permitir no Centro cirúrgico, a criação de agendas para procedimentos e agendar pacientes dentro dos parâmetros das agendas criadas	S
Deverá permitir no Centro cirúrgico, apresentar a lista mapa de cirurgias do dia contendo: informações do paciente; situação; prescrições de enfermagem (SAE); prescrições médicas	S
Deverá permitir no Centro cirúrgico controlar as prescrições de enfermagem (SAE) Pré, Infra, RPA e Pós Cirúrgica; prescrições médicas Pré, Intra e Pós Cirúrgica	S
Deverá permitir a enfermagem registrar a checagem da prescrição médica: cancelar; bolar; realizar; registrando o horário de cada ocorrência	S
Deverá permitir a enfermagem registrar o controle dos sinais vitais; checagem da prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem; anotações de enfermagem	S
Deverá permitir registrar as informações sobre anestesia; tipo de anestesia, evoluções; anotações	S
Deverá permitir registrar a equipe cirúrgica; procedimentos realizados; evoluções; anotações	S
Deverá permitir a criação de protocolos para SAE: prescrição; diagnósticos; medicamentos	

3.1.28. DO CONTROLE, REGULAÇÃO E AUDITORIA

Estruturação de regras para controle físico e financeiro	
Deverá permitir o cadastramento de custo médio dos procedimentos individualmente, garantindo que no controle das reservas financeiras serão utilizados valores mais próximos do faturamento real do que os valores fixos da tabela SIGTAP	S
Deverá permitir o cadastramento de custo médio de procedimentos por prestador, garantindo que as diferenças estruturais dos prestadores que acarretam diferenças no custo final dos procedimentos sejam respeitadas quando da reserva financeira para execução destes procedimentos – com isto um mesmo procedimento quando solicitado pelo prestador A terá um valor abatido do teto superior ou inferior ao mesmo procedimento solicitado pelo prestador B, tornando a visão do gestor mais próxima da realidade.	S
Controle de programação física e financeira dos prestadores	
Deverá permitir o registro da contratualização dos prestadores, contendo todo o detalhe dos contratos, com limites físicos e financeiros, podendo tratar tanto por blocos, com tetos definidos para o prestador como um todo e podendo descer o detalhamento até o nível de cada procedimento individualmente	S
Deverá permitir O registro do detalhamento dos contratos controlar cada procedimento solicitado, tanto como procedimento principal quanto como procedimento secundário em qualquer ação realizada (exemplo: em um APAC o procedimento principal foi liberado por ter teto financeiro, mas em exame cobrado como procedimento secundário não tem teto previsto – a APAC não deve ser autorizada).	S
Deverá permitir acompanhar os saldos financeiros disponíveis, indicando quais prestadores estão com saldos baixos e permitindo detalhar o consumo até apresentar o consumo individual de cada procedimento programado para o prestador	S
Deverá permitir no registro da programação dos prestadores ser respeitado o teto global estabelecido pelo Município, não permitindo que a soma da programação dos prestadores seja superior ao teto estabelecido	S
Deverá efetuar o controle do consumo dos recursos de cada prestador, sendo que para cada procedimento agendado o valor já deve ser abatido do teto, garantindo assim que não existam agendamentos de procedimentos que não poderão ser executados por falta de disponibilidade financeira	S
Deverá permitir para todos os procedimentos, sejam ambulatoriais ou hospitalares ser possível efetuar o controle financeiro no momento de sua autorização pela regulação ou do agendamento direto no caso de procedimentos não regulados.	S
Controle de pactuação intermunicipal	
Deverá permitir o registro da pactuação intermunicipal, contendo todo o detalhe dos contratos, com limites físicos e financeiros, podendo tratar tanto por blocos, com tetos definidos para o município como um todo e podendo descer o detalhamento até o nível de cada procedimento individualmente	S

Deverá permitir o registro do detalhamento das pactuações controlar cada procedimento solicitado, tanto como procedimento principal quanto como procedimento secundário em qualquer ação realizada	S
Deverá permitir acompanhar os saldos financeiros disponíveis, indicando quais municípios estão com saldos baixos e permitindo detalhar o consumo até apresentar o consumo individual de cada procedimento pactuado para o município	S
Deverá permitir no registro da pactuação dos municípios ser respeitado o teto global estabelecido pelo Município Gestor, não permitindo que a soma da pactuação seja superior ao teto estabelecido	S
Deverá permitir efetuar o controle do consumo dos recursos de cada município, sendo que para cada procedimento agendado o valor já deve ser abatido do teto, garantindo assim que não existam agendamentos de procedimentos que não poderão ser executados por falta de disponibilidade financeira	S
Deverá permitir para todos os procedimentos, sejam ambulatoriais ou hospitalares efetuar o controle financeiro no momento de sua autorização pela regulação ou do agendamento direto no caso de procedimentos não regulados.	S

3.1.29. DA GESTÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Deverá permitir a parametrização dos procedimentos, definindo: se o procedimento utiliza fila de espera; se a fila de espera agenda automaticamente quando vagas são liberadas; formato das cotas de distribuição (demanda livre, por população) – no caso de distribuição por população deve ser cadastrada população para cada uma das unidades solicitantes e a quantidade de vagas disponíveis para o procedimento deve ser dividida proporcionalmente a esta população; percentual das vagas que deverá ser de uso exclusivo da central de regulação	S
Deverá permitir utilizar estrutura de regionalização, definindo um procedimento e uma unidade executora deve ser possível vincular quais unidades solicitantes poderão encaminhar pacientes; as ofertas desta unidade executora deverão aparecer apenas para as unidades solicitantes vinculadas a ela	S
Deverá permitir ser possível parametrizar orientações a serem inseridas nos comprovantes de agendamento, estas orientações devem ser cadastradas por unidade e por procedimento	N
Deverá permitir efetuar o cadastro das agendas dos prestadores com os seguintes campos: procedimento; data e hora inicial e final; quantidade de vagas por dia; faixa etária e sexo dos pacientes; se a agenda é restrita ao estabelecimento realizador – neste caso apenas o estabelecimento realizador poderá incluir pacientes nesta agenda	S
Deverá permitir efetuar o bloqueio de agendas criadas, sendo que deve ser possível definir os dias e faixa de horário em que o bloqueio será inserido (exemplo: uma agenda de cardiologia criada para todos os dias da semana das 08:00 às 12:00 foi bloqueada terças e quintas das 08:00 às 09:59, todos os outros horários devem continuar disponíveis, tanto nos dias da semana não bloqueados quanto nos horários não bloqueados)	S
Deverá permitir efetuar gestão de fila de espera por procedimento permitindo a estruturação dos processos de regulação: deve ser possível	S

ao regulador devolver o pedido ao solicitante para que sejam incluídas novas informações; o solicitante deve poder atualizar as informações, inclusive anexando documentos e devolver ao regulador; o regulador deve poder priorizar solicitações na fila; o regulador deve poder agendar pacientes a partir da fila de espera	S
Deverá permitir na fila de espera efetuar automaticamente os agendamentos de procedimentos diariamente, utilizando vagas que foram abertas; os agendamentos devem respeitar a ordem de prioridade definida pelos reguladores	S
Deverá permitir o controle de interconsulta – onde o paciente tem um primeiro agendamento via central e a continuidade do tratamento deve ser agendada diretamente pelo prestador, tendo obrigatoriamente um número de solicitação inicial via central para o mesmo prestador; este número de solicitação inicial deve aceitar tanto autorização de procedimentos ambulatoriais quanto número de AIH autorizado para o prestador	S
Deverá permitir o encaixe de pacientes em vagas de pacientes faltosos, evitando a perda de consultas e procedimentos	S
Deverá permitir para todos os procedimentos autorizados refletir no consumo quantitativo e financeiro da programação dos prestadores	S

3.1.30. DA GESTÃO DE ALTA COMPLEXIDADE

Deverá permitir registrar os laudos de solicitação de APAC contendo todas as informações necessárias para efetivação das críticas padrão do SIGTAP; sempre que encontradas situações que irão gerar críticas no faturamento deve indicar a situação como glosa e não permitir a conclusão do processo de emissão da APAC	S
Deverá permitir no registro dos laudos de solicitação informações complementares conforme o procedimento informado (exemplo: se o procedimento for uma quimioterapia deve abrir os campos necessários para o detalhamento do tratamento com quimioterapia; se for uma hemodiálise deve abrir os campos específicos para terapia renal, etc)	S
Deverá permitir no registro dos laudos anexar documentos comprobatórios da solicitação, para avaliação por parte da regulação	S
Deverá permitir realizar a conferência administrativa das informações dos laudos, agilizando o trabalho dos reguladores	S
Deverá permitir no processo de regulação das ao regulador, devolver a solicitação para que sejam complementadas as informações; deve ser possível o solicitante complementar e anexar documentos comprobatórios e devolver a solicitação ao regulador; deve ser possível o regulador negar definitivamente a solicitação; deve ser possível ao regulador autorizar a solicitação	S
Deverá permitir registrar APACs de continuidade de tratamento, vinculando este processo a APAC anterior	S
Deverá permitir manter histórico de todas as etapas do processo de regulação, com datas, profissional responsável; justificativa de cada evolução	S
Deverá permitir durante o processo de regulação o regulador ter acesso a todas as informações de prontuário do paciente em todos os níveis de atenção, desde atendimentos na atenção básica; medicamentos	S

utilizados; agendamentos; procedimentos realizados; histórico de APACs; solicitações de internação	
Deverá permitir no controle da execução dos procedimentos ser possível efetuar a auditoria dos procedimentos realizados, sendo que o auditor deve poder: registrar como procedimento auditado e liberar a emissão da APAC; negar a APAC por divergências entre os procedimentos autorizados e os efetivamente executados	S
Deverá permitir efetuar a importação do arquivo de produção de APAC dos prestadores de serviços	S
Deverá permitir efetuar o cruzamento das informações dos procedimentos autorizados e auditados com os procedimentos faturados pelo prestador; apresentando relação de divergências para a equipe de auditoria – estas divergências devem ser: paciente diferente; profissional responsável diferente; procedimento diferente; procedimentos não autorizados; estabelecimento realizador diferente	S
Deverá permitir em todas as solicitações de APAC autorizadas refletir em baixa no teto financeiro disponível para o prestador na sua programação	S

3.1.31. DA GESTÃO HOSPITALAR

Deverá permitir o registro dos laudos de solicitação de internação hospitalar com todas as informações necessárias para a tomada de decisões por parte dos reguladores; e para emissão da AIH correspondente	S
Deverá permitir o registro de solicitações de transferência de pacientes internados; quando autorizada a transferência deve obrigar a alta da internação atual antes de confirmar a nova internação	S
Deverá permitir acompanhar a fila de espera de leitos permitindo filtrar pacientes COVID19	S
Deverá permitir acompanhar a fila de espera de leitos permitindo visualizar os pacientes com demanda judicial	S
Deverá permitir registrar a evolução clínica do paciente, inclusive com o resultado do SWALIS para pacientes eletivos	S
Deverá permitir controlar toda a evolução das solicitações – mudanças de status – e manter histórico de todas estas mudanças	S
Deverá permitir registrar os contatos realizados com os prestadores para solicitação de leito e manter histórico destes contatos	S
Deverá permitir registrar ocorrências na solicitação, permitindo devolver a solicitação ao solicitante pedindo mais informações; permitindo anexar arquivos com informações complementares; encaminhar a solicitação para a regulação; solicitar parecer de especialista	S
Deverá permitir efetuar a reserva do leito a partir de lista de leitos disponíveis por estabelecimento	S
Deverá permitir efetuar a confirmação da internação – deve ser realizada pelo estabelecimento realizador no momento da entrada do paciente	S
Deverá permitir a transferência de leito para paciente internado – a solicitação de transferência de leito deve ser feita pelo estabelecimento executante da internação	S
Deverá permitir realizar a alta do paciente – já disponibilizando o leito na central de leitos para que seja encaminhado novo paciente	S

Deverá permitir realizar a emissão da AIH para o prestador após a alta do paciente – a liberação de AIHs somente deverá ser permitida após alta do paciente, e com autorização da auditoria – procedimentos não auditados, mesmo com alta não devem gerar AIH	S
Deverá permitir executar a auditoria das internações – liberando ou bloqueando solicitações e registrando todas as informações para cruzamento posterior com os arquivos de cobranças dos prestadores	S
Deverá permitir executar a importação dos arquivos de cobrança dos prestadores hospitalares – SISAIH01 e efetuar o cruzamento de informações com as solicitações de AIH autorizadas	N
Deverá permitir emitir relação de todas as divergências encontradas entre as internações autorizadas e as cobradas pelos prestadores: paciente; profissional; procedimento; hospital	S
Deverá permitir para todas as autorizações de internação executadas deve ser abatido o teto financeiro do prestador, garantindo o cumprimento da contratualização, não extrapolando os tetos financeiros	S
Deverá permitir o valor abatido do teto financeiro programado para o prestador ser o custo médio do procedimento para o prestador; caso não exista custo médio específico para o prestador cadastrado deve ser utilizado o custo médio geral; caso não exista custo médio geral cadastrado deve ser utilizado o valor da tabela SIGTAP	S

3.1.32. DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Cadastros e controle de licenças	
Deve conter cadastro integrado de pessoas físicas e jurídicas: as pesquisas tanto de pessoas físicas quanto jurídicas devem ser efetuadas na mesma tela	S
Conter cadastro de pessoas físicas com no mínimo: nome, documentos, endereços (permitir mais de um), atividades de interesse, alvarás, autorizações de funcionamento.	S
Conter cadastro de pessoa jurídica com no mínimo: razão social, tipo do estabelecimento, se é matriz ou filial, documentos, departamento responsável pela vistoria, profissional responsável, situação do cadastro, data do cadastro, data da última atualização, endereços (permitir vários), atividades de interesse, vinculação de proprietários, vinculação de filiais	S
Deve permitir que a partir do cadastro da pessoa acessar todos os registros de documentos vinculados e as visitas programadas.	S
Deve conter cadastro de pessoas não identificadas contendo minimamente: nome, departamento responsável, profissional responsável, endereços e atividades de interesse.	S
Deve realizar o registro de documentos informando: ano, número, data do cadastro, origem, forma, tipo do documento, origem do registro, motivo da ação, objetivo da ação, envolvidos, denunciante, telefone denunciante, descrição.	S
Deve registrar os andamentos do documento contendo, data, atividades exercidas, técnico responsável	S

Deve conter ferramenta de localização de documentos, permitindo a busca por qualquer dos campos do documento e indicando de forma visual, através de cores a situação do prazo do processo.	S
Deve realizar o registro de documentos referentes a zoonoses informando: ano, número, data do cadastro, origem, forma, tipo do documento, origem do registro, motivo da ação, objetivo da ação (roedores em comercio, morcegos, cachorro, gato), envolvido/endereço, denunciante, telefone denunciante, descrição.	S
Deve realizar o registro da ficha de inspeção referentes a zoonoses informando: técnico responsável, serviço (zoonoses e vetores), data inspeção, tempo deslocamento, tempo atividade, equipe de técnicos participantes, podendo anexar relatório de inspeção.	S
Deve realizar o registro das irregularidades e medidas adotadas referentes a ficha de inspeção do serviço (zoonoses e vetores, vigilância em saúde, saúde do trabalhador), especificação da irregularidade e técnico responsável.	S
Deve realizar o registro da ficha de inspeção de surtos informando: tipo de surto, forma de contaminação, quantidade de pessoas (expostas, doentes, hospitalizadas, óbitos), local e descrição do local.	n.
Deve conter cadastro de ficha de notificação de acidente e/ou doença do trabalho contendo, dados básicos da notificação: - número da ficha de notificação - data da notificação - notificador - forma de entrada (não informado, CAT, DO, Estabelecimento de Saúde, Denúncia, ministério Público, Sindicatos, Mídia), fonte notificadora, Agravo / Doença – informar o CID - data dos primeiros sintomas - relação CID X Trabalho (não informado, diagnóstico definitivo, diagnóstico provisório) **Deve conter cadastro de ficha de notificação de acidente e/ou doença do trabalho contendo, dados do usuário:** **- nome - data de nascimento - idade - sexo - número de dependentes - nome da mãe** **Deve conter cadastro de ficha de notificação de acidente e/ou doença do trabalho contendo, dados do empregador: - CAT foi emitida - ramo de atividade - data de admissão - razão social / nome** **Deve conter cadastro de ficha de notificação de acidente e/ou doença do trabalho contendo, dados da situação da ocorrência/conclusão: - situação atual - conclusão - profissional responsável - data da conclusão - motivo**	S

4. Resultado da Prova de Conceito - POC

4.1. Os sistemas apresentados devem atingir um índice de aprovação de 90%.

Itens avaliados	375
Itens que atendem as especificações	366
Itens que não atendem as especificações	09

4.2. Após as avaliações a empresa sob análise foi classificada da seguinte forma (marcar com um X):

Sistema de Prontuário Eletrônico para estações de trabalhos em ambiente para Atenção Primária	
Em conformidade	X
Não conforme	
Sistema de prontuário Eletrônico em ambientes Secundária e Terciária	
Em conformidade	X
Não conforme	
Sistema de regulação de rede da atenção à saúde	
Em conformidade	X
Não conforme	

Itapecerica da Serra, 01 de agosto de 2024.

Adilia Mical da Silva Cardoso Tavares
Departamento de Tecnologia da Informação
Autarquia Municipal de Saúde

Valdemar Sampaio dos Anjos Filho
Departamento de Tecnologia
Prefeitura de Itapecerica da Serra.

André Ferreira Mota
Departamento de Tecnologia
Prefeitura de Itapecerica da Serra.

Reginaldo Chagas de Araújo Filho
Celere Tecnologia e Assessoria em Saúde Pública e Privada Ltda

Diego José Santos de Freitas
Celere Tecnologia e Assessoria em Saúde Pública e Privada Ltda