



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N.º 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 001/2015**

A **Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro**, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Praça João Pessoa, nº 131, Centro, até **12 de fevereiro de 2015**, DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS E FILANTRÓPICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, para a prestação de serviços de **forma complementar** ao SUS, conforme adiante elencada e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

**1 – DO OBJETIVO:**

Contratação de Unidades Privadas de saúde, (com ou sem fins lucrativos) e Filantrópicas, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Rio Negro, conforme disposto na Constituição Federal, Leis 8.666/93, 8.080/90 e 8.142/90, Normas Operacionais nº 01/96 (NOB 01/96), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/02) e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração do **CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ULTRASSONOGRRAFIA**, como segue:

**TABELA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA**

<b>Código SUS</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor Unitário</b>
02.05.02.003-8	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	<b>R\$ 108,93</b>
02.05.02.004-6	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	<b>R\$ 141,15</b>
02.05.02.005-4	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	<b>R\$ 109,68</b>
02.05.02.006-2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	<b>R\$ 99,54</b>
02.05.02.007-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	<b>R\$ 94,19</b>
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	<b>R\$ 97,71</b>
02.05.02.009-7	ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	<b>R\$ 100,21</b>
02.05.02.010-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	<b>R\$ 101,23</b>
02.05.02.011-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	<b>R\$ 128,35</b>
02.05.02.012-7	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREÓIDE	<b>R\$ 94,69</b>
02.05.02.013-5	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	<b>R\$ 92,32</b>
02.05.02.014-3	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA	<b>R\$ 92,32</b>
02.05.02.016-0	ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	<b>R\$ 110,58</b>
02.05.02.018-6	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	<b>R\$ 104,04</b>



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

## **2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO**

- 2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da primeira publicação do presente instrumento;
- 2.2. Serão considerados credenciados os prestadores de serviços pessoa jurídica, que apresentarem os Documentos enumerados no item 3.1 deste instrumento;
- 2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro e/ou acessar o site [www.rionegro.pr.gov.br](http://www.rionegro.pr.gov.br) ;
- 2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro, situada na Praça João Pessoa, n.131, Centro, no horário das 09:00 às 11:30h e das 14:00 às 17:00h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras

## **3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO**

3.1. Para credenciamento deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
- b) Cartão do CNPJ;
- c) Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- d) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- e) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- f) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- g) Certidão negativa de débito com o INSS;
- h) Certidão negativa de débito com o FGTS;
- i) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- j) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- l) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- m) Licença Sanitária do estabelecimento;
- n) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;**



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- p) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- q) Apresentar proposta de preço.

#### **4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- a) Atender o Plano Operativo, anexo a este edital na sua íntegra.

#### **5 – DO PAGAMENTO**

O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços pelo valor estipulado neste edital, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços juntamente com a relação nominal dos procedimentos.

#### **6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS**

A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados levará em conta a demanda de pacientes e a disponibilidade da programação física mensal estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

#### **7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**

Uma vez habilitado a empresa, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

#### **8 – FORMALIZAÇÃO**

Realizados os procedimentos previstos, o habilitado será convocado para assinatura do instrumento contratual próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

#### **10 - INFORMAÇÕES**

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (047)3645-3637 (Departamento de Compras) ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (047)3642-5556 (Departamento de Licitações).

Rio Negro/ PR, **09 de janeiro de 2015.**

**JULIANA KARINE RUSKE ASSUMPÇÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE EM EXERCÍCIO**



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA**

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rio Negro

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços exames de ultrassonografia, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento n.º **001/2015**, anexando a este requerimento os seguintes documentos.

- a) Cartão do CNPJ;
- b) Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- c) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- d) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- e) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- f) Certidão negativa de débito com o INSS;
- g) Certidão negativa de débito com o FGTS;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. **(CNDT)**.
- i) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- j) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- k) Licença Sanitária do estabelecimento;
- l) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;**
- m) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;

Razão Social:

Endereço Comercial

Cidade:..... Estado: ..... CEP:.....

( Local e Data).

.....  
Assinatura devidamente identificada  
CPF



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N.º 76.002.641/0001-47.  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º ..... / 2015**

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o **Município de Rio Negro, Estado do Paraná**, inscrito no CNPJ sob n.º 76.002.641/0001-47, aqui representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Milton José Paizani, portador da carteira de identidade n.º 1.977.640-9/SSP/PR, e CPF n.º 616.319.819-00, residente e domiciliado nesta cidade de Rio Negro, adiante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado como **CONTRATADA**, ....., inscrita no CNPJ sob n.º ....., situado à rua ....., representada neste ato por seu(ua) sócio administrador(a) ..... inscrito(a) CPF sob n.º ..... e RG sob número ....., residente e domiciliado(a) na rua ..., tem justo e acordado o adiante exposto em cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:**

**OBJETO E VALOR: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA**

<b>Código SUS</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor Unitário</b>
02.05.02.003-8	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	
02.05.02.004-6	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	
02.05.02.005-4	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	
02.05.02.006-2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	
02.05.02.007-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	
02.05.02.009-7	ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	
02.05.02.010-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	
02.05.02.011-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	
02.05.02.012-7	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	
02.05.02.013-5	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	
02.05.02.014-3	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	
02.05.02.016-0	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	
02.05.02.018-6	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	

**CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES**

**I - DO CONTRATANTE**

- a) Encaminhar as solicitações pelo Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- b) Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- c) Efetuar o pagamento até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços;

**II - DA CONTRATADA:**

- a) Realizar os exames requisitados, na sede de sua clínica, devidamente equipada;
- b) Remeter ao final de cada mês ao Departamento de Municipalização as notas fiscais de prestação de serviços;



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

c) Abster-se de cobrar qualquer valor, sob qualquer título, do paciente assistido pelo presente contrato.

d) Atender o Plano Operativo, anexo a este edital na sua íntegra

**CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL E PAGAMENTO**

Atribui-se ao presente contrato, conforme proposta de preços apresentada pelo contratado o valor global de R\$ XXXXXXXX (.....).

**Parágrafo Primeiro:** As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte dotação orçamentária:

.....

**CLÁUSULA QUARTA: PRAZO**

O presente contrato tem duração de 12 (doze) a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado, a critério das partes, mediante termo aditivo.

**CLÁUSULA QUINTA: RESCISÃO**

Constituem motivos para rescisão do presente contrato, o não cumprimento de qualquer das suas cláusulas ou condições, bem como os motivos previstos na Lei 8.666/93.

§ Único - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

**CLÁUSULA SEXTA: FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de Rio Negro para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato.

E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

Rio Negro, ..... de ..... de 2015.

**MILTON JOSÉ PAIZANI**  
PREFEITO MUNICIPAL  
CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

Secretária Municipal da Saúde

Secretário Municipal da Fazenda



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

**DECLARAÇÃO**

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº .....( ) e no CPF/MF n.º (.....) DECLARA para fins de credenciamento junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Rio Negro, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Assinatura devidamente identificada

Nome:  
CPF:



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

(MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

**PROPOSTA DE PREÇOS**

(local e data) ....., de ..... de 2015.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.: .....

CIDADE: .....ESTADO: .....

TELEFONE/EMAIL.....CNPJ:.....

À  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
**REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 001/2015**

Prezados Senhores:

Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossa proposta de preços, relativa a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA**, conforme edital de credenciamento:

**TABELA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA**

<b>Código SUS</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor Unitário</b>
02.05.02.003-8	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	
02.05.02.004-6	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	
02.05.02.005-4	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	
02.05.02.006-2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	
02.05.02.007-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	
02.05.02.009-7	ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	
02.05.02.010-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	
02.05.02.011-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	
02.05.02.012-7	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

02.05.02.013-5	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	
02.05.02.014-3	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	
02.05.02.016-0	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	
02.05.02.018-6	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	

O prazo de execução dos serviços será de 12(doze) meses a partir da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado se houver interesse.

**O prazo de validade da proposta de preços é de 60 (sessenta) dias.**

-----  
(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)  
CPF:



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AS NECESSIDADES  
FÍSICAS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº .....( ) e no CPF/MF n.º (.....) DECLARA para fins de PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Rio Negro, Estado do Paraná que possuímos instalações adequadas a prestação do serviços, com os seguintes equipamentos e pessoal técnico:

Equipamentos:

-  
-  
-

Pessoal Técnico:

-

-Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Assinatura devidamente identificada

Nome:

CPF:



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA CREDENCIAMENTO**

**Caracterização da contratada:** A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Rio Negro e/ou Mafra, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários a realização dos exames de ultrassonografia.

A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços à serem prestados.

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pela Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização

**Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria:**

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente na área rural do município.

A autorização e o agendamento dos exames será de responsabilidade do Departamento de Municipalização, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado.

Os serviços serão solicitados através de formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro método de registro que venha à ser implantado pela Secretaria de Saúde. Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário; a data de realização do exame e o Laudo Médico devidamente carimbado e assinado pelo médico executor do mesmo. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, desde que autorizados previamente pelo Departamento de Municipalização.

Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; Laudo Médico e Imagem, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

**Valores dos atendimentos:** O valor unitário de cada exame será de acordo com os preços coletados no mercado.

O valor máximo dos exames a serem realizados, mensalmente, será R\$ 6.000,00 (seis mil reais), totalizando o valor máximo de R\$ 72.000,00 (setenta e dois mil reais) para o período de 12 meses.



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**PLANO OPERATIVO**

**INTRODUÇÃO**

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de exames de diagnóstico por imagem: ultrassonografia, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

**1- Justificativa**

A ultrassonografia constitui uma modalidade de exame de imagem sem a utilização da radiação, constituindo um exame inócuo para os pacientes e praticamente sem contraindicações.

Pode ser empregada para o diagnóstico de diversas doenças em diferentes partes do corpo humano. Por ser um método rápido e seguro, está sendo comumente utilizado no meio médico para fins preventivos, diagnósticos e como acompanhamento de tratamentos. Em razão disso, observa-se a crescente demanda destes exames nos últimos anos.

O acesso aos serviços de ultrassonografia tem se configurado como um problema de saúde pública para os municípios de pequeno porte, já que a maioria não dispõe do referido serviço na sua rede própria e também não possui referência em outros municípios da região. Apesar do município de Rio Negro, contar com serviços próprios de ultrassonografia, esses são insuficientes para atender a população, ocasionando demanda reprimida e por consequência a insatisfação o usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, que vê tolhido o seu direito de acesso aos serviços de saúde.

Portanto, a oferta destes serviços através do contrato de credenciamento, visa atender os critérios de melhoria no acesso e qualidade dos serviços de saúde,



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

colocando em prática o compromisso com a qualificação dos trabalhos e do atendimento.

## **2 - Objetivo Geral**

Execução de exames de ultrassonografia com a emissão de Laudo Médico e Imagem, a serem prestados aos usuários atendidos pela rede pública municipal, ou ainda, atendidos pelos municípios de referência, desde que autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

## **3 - Objetivos Específicos**

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização de exames de ultrassonografia em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde
- Subsidiar à equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

## **4 - Caracterização da Contratada**

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Rio Negro e/ou Mafra, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários a realização dos exames de ultrassonografia.

A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços à serem prestados.

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pela Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização

### **5 – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria**

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente na área rural do município.

A autorização e o agendamento dos exames será de responsabilidade do Departamento de Municipalização, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado.

Os serviços serão solicitados através de formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro método de registro que venha à ser implantado pela Secretaria de Saúde. Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário; a data de realização do exame e o Laudo Médico devidamente carimbado e assinado pelo médico executor do mesmo. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, desde que autorizados previamente pelo Departamento de Municipalização.

Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; Laudo Médico e Imagem, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

### **6 - Meta Quantitativa**



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Descrição	Meta
Exames de ultrassonografia com a emissão de Laudo Médico e Imagem	Atender 100% dos exames agendados.

### 7 - Meta Qualitativa

- Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, ou seja, realizando atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.

### 8 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma comissão composta por profissionais e conselheiro de saúde que irão avaliar trimestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Municipalização.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes nos anexos I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

#### 8.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

A avaliação técnica dos serviços será feita através da verificação do cumprimento dos requisitos constantes no anexo I, podendo resultar na seguinte classificação:

Classificação	% Referência
Excelente	90 a 100 %



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Ótimo	80 a 90 %
Bom	70 a 80 %
Razoável	60 a 70 %
Ruim	Abaixo de 60 %

Considerando que para obter um serviço de qualidade a contratada deverá atingir no mínimo o conceito “BOM”, uma vez não atingida esta classificação, a mesma será advertida e terá um prazo de 30 (trinta) dias para adequação.

Caso não seja cumprido o prazo de 30 (trinta) dias de adequação, será aplicada multa pecuniária, correspondente a 1% do valor total do contrato.

Esta multa será aplicada mensalmente, até que se atinja o conceito mínimo de classificação.

A avaliação da satisfação do usuário será feita através de pesquisa aplicada, conforme anexo II, por meio de visita domiciliar ou diretamente no Estabelecimento contratado.

Para subsidiar a visita domiciliar da Comissão, o Departamento de Municipalização, através do Setor de Auditoria, emitirá trimestralmente Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram atendidos no Estabelecimento no período, bem como, o nome dos profissionais médicos que prestaram o atendimento. Os usuários constantes no Relatório deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos e de diferentes profissionais médicos (caso os serviços sejam prestados por mais de um profissional). Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços.

Caberá a Comissão a emissão de pareceres sobre a avaliação da meta qualitativa.

Os prazos de avaliação terão início a contar da data da assinatura do contrato.



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
 CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**ANEXO I – PLANO OPERATIVO**

<b>CNES N°:</b>	
<b>ESTABELECIMENTO DE SAUDE:</b>	
<b>AVALIADOR:</b>	<b>CARGO:</b>
<b>PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:</b>	<b>CARGO</b>

**AValiação TéCNica dos Serviços**

	SIM	NÃO	REQUISITOS
<b>DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
<b>GESTÃO DE PESSOAS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
<b>GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame e Laudo Médico e respectiva imagem, devidamente carimbado e assinado pelo médico executante do exame.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados, com exceção da imagem).
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
<b>GESTÃO DA ÁREA FÍSICA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realiza manutenção predial corretiva.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambientes identificados e de fácil visualização.
<b>GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
<b>HIGIENE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roupa da maca limpa e trocada diariamente ou sempre que necessário, de forma a manter a higiene.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avental disponibilizado aos usuários do SUS, limpos e sem cheiro.
<b>ÁREA FÍSICA BÁSICA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forro lavável, limpo e claro.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paredes limpas e claras.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piso de fácil limpeza e desinfecção.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acesso a cadeirantes e deficientes físicos
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alvará sanitário em dia.	



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

			Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.
--	--	--	--

Pontuação: \_\_\_\_\_

Parecer do avaliador:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Rio Negro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015. .

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**ANEXO II- PLANO OPERATIVO**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**

PERFIL DO USUÁRIO

<b>IDADE:</b>	<b>SEXO:</b>
<b>ESCOLARIDADE:</b>	

AMBIÊNCIA

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Limpeza dos ambientes (recepção; sala de espera; banheiro, sala de exames etc...)					
Conforto dos ambientes – ventilação; iluminação; limpeza e integridade do mobiliário, propiciando conforto e bem estar.					
Espaço físico adequado a demanda de usuários que aguardam o atendimento médico					

ATENDIMENTO MÉDICO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de agendamento)					
É atencioso e realiza perguntas sobre a queixa que originou o exame.					
Examina com interesse e cuidado.					
Responde as perguntas feitas.					
INDICADORES	SIM		NÃO		
Sentimento de confiança no profissional que realizou o exame					
Apresentação/Identificação do profissional que realizou o exame					

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
É atencioso e responde as perguntas feitas.					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					
Comporta-se com educação e respeito.					

GRATUIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

INDICADORES	SIM		NÃO		
Efetivação de pagamento em espécie, de qualquer quantia, pelo exame realizado.					
Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.	R\$ _____				



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Pontuação: \_\_\_\_\_

Parecer do avaliador:

---

---

---

---

---

---

---

---

Rio Negro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015. .

Assinatura do Avaliador