



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

EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 001/2018

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 27 de fevereiro de 2018**, 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

Item	Descrição	Valor unitário
1	Ultrassonografia Axilar	99,54
2	Ultrassonografia de Abdome Superior (Fígado, Vesícula, Vias Biliares)	108,93
3	Ultrassonografia de Abdome Total	141,15
4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	109,68
5	Ultrassonografia de Articulação (Punho, Cotovelo, Ombro, Pé, Tornozelo, Joelho, Mão, Quadril)	99,54
6	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	94,19
7	Ultrassonografia de Globo Ocular c/Órbita (Monocular)	97,71
8	Ultrassonografia de Músculo ou Tendão (Tendão de Aquiles)	99,54
9	Ultrassonografia de Parede Abdominal	99,54
10	Ultrassonografia de Próstata (Via Abdominal)	101,23
11	Ultrassonografia de Região Cervical	99,54
12	Ultrassonografia de Região Inguinal	99,54
13	Ultrassonografia de Retroperitônio	99,54
14	Ultrassonografia de Tireóide	94,69
15	Ultrassonografia Dermatológica (Pele e Subcutâneo)	88,70
16	Ultrassonografia Mamária Bilateral	100,21
17	Ultrassonografia Obstétrica	92,32
18	Ultrassonografia Obstétrica Gemelar (por feto)	61,86
19	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	110,58
20	Ultrassonografia Transfontanelar (Crânio)	101,94
21	Ultrassonografia Transvaginal	104,04



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 ;
- 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 a receita federal incluindo as contribuições sociais (INSS);
- h) Certidão de Regularidade Fiscal 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 no estabelecimento e relação de equipamentos;
- o) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- p) Apresentar proposta de preço.

4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

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



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

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 da Secretaria da Saúde).

Rio Negro/ PR, **25 de janeiro de 2018.**

SIMONE ANGELICA VITORINO GONDRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE



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 nº. **001/2018**, 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 a receita federal incluindo as contribuições sociais (INSS);
- g) Certidão de Regularidade Fiscal 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. ° 76.002.641/0001-47.
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º / 2018

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

Item	Descrição	Valor unitário
1	Ultrassonografia Axilar	
2	Ultrassonografia de Abdome Superior (Fígado, Vesícula, Vias Biliares)	
3	Ultrassonografia de Abdome Total	
4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	
5	Ultrassonografia de Articulação (Punho, Cotovelo, Ombro, Pé, Tornozelo, Joelho, Mão, Quadril)	
6	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	
7	Ultrassonografia de Globo Ocular c/Órbita (Monocular)	
8	Ultrassonografia de Músculo ou Tendão (Tendão de Aquiles)	
9	Ultrassonografia de Parede Abdominal	
10	Ultrassonografia de Próstata (Via Abdominal)	
11	Ultrassonografia de Região Cervical	
12	Ultrassonografia de Região Inguinal	
13	Ultrassonografia de Retroperitônio	
14	Ultrassonografia de Tireóide	
15	Ultrassonografia Dermatológica (Pele e Subcutâneo)	
16	Ultrassonografia Mamária Bilateral	
17	Ultrassonografia Obstétrica	
18	Ultrassonografia Obstétrica Gemelar (por feto)	
19	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	
20	Ultrassonografia Transfontanelar (Crânio)	
21	Ultrassonografia 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;



MUNICÍPIO DE RIO NEGRO
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.
SECRETARIA MUNICIPAL 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;
- 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) meses 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 2018.

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 2018.

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 2018.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.:

CIDADE:ESTADO:

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

À
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
**REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 001/2018**

Prezados Senhores:

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

TABELA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA

Item	Descrição	Valor unitário
1	Ultrassonografia Axilar	
2	Ultrassonografia de Abdome Superior (Fígado, Vesícula, Vias Biliares)	
3	Ultrassonografia de Abdome Total	
4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	
5	Ultrassonografia de Articulação (Punho, Cotovelo, Ombro, Pé, Tornozelo, Joelho, Mão, Quadril)	
6	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	
7	Ultrassonografia de Globo Ocular c/Órbita (Monocular)	
8	Ultrassonografia de Músculo ou Tendão (Tendão de Aquiles)	
9	Ultrassonografia de Parede Abdominal	
10	Ultrassonografia de Próstata (Via Abdominal)	
11	Ultrassonografia de Região Cervical	
12	Ultrassonografia de Região Inguinal	
13	Ultrassonografia de Retroperitônio	



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

14	Ultrassonografia de Tireóide	
15	Ultrassonografia Dermatológica (Pele e Subcutâneo)	
16	Ultrassonografia Mamária Bilateral	
17	Ultrassonografia Obstétrica	
18	Ultrassonografia Obstétrica Gemelar (por feto)	
19	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	
20	Ultrassonografia Transfontanelar (Crânio)	
21	Ultrassonografia 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 2018.

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 a 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 Gestora 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 especificados neste edital.

O valor máximo dos exames a serem realizados, mensalmente, será R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais), totalizando o valor máximo de R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para o período de 12 meses. Acaso mais que uma clínica se credencie este valor será rateado entre as credenciadas.



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



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

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 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados, assim como todos profissionais que nela atuam, em especial o médico executor dos exames de ultrassonografia, pois sem o referido cadastro não será possível efetuar o pagamento pelos serviços prestados, até a efetivação da regularização cadastral.



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

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 SCNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pela Gestora 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/ou 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 mensal dos resultados dos exames, os quais deverão ser encaminhados impreterivelmente até o dia 20 de cada mês, contendo 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.

6 - Meta Quantitativa

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 de saúde e um representante do Conselho Municipal de Saúde, que irão avaliar semestralmente o cumprimento das metas e objetivos propostos no presente Plano Operativo, salvo que haja descumprimento grotesco e irreparável a curto prazo das metas acordadas no presente Plano, o que suscitará a convocação imediata da referida Comissão para análise dos fatos e medidas que julgar necessárias.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Municipalização, bem como, pela verificação de registro de reclamatória junto ao Setor de Ouvidoria do SUS e/ou junto ao Departamento de Municipalização, acerca do não atendimento por parte da Clínica contratada à usuários com prévia autorização para realização de exames no serviço.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas com base nas informações



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

constantes nos Anexos I e II do presente Plano, fundamentados 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

8.1.1 – Avaliação Técnica

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

Classificação	% Referência
Excelente	90 à 100 %
Ótimo	80 à 90 %
Bom	70 à 80 %
Razoável	60 à 70 %
Ruim	Abaixo de 60 %

A Clínica deverá emitir semestralmente, cópia de documento comprobatório de profissional Responsável Técnico pelo Serviço e documento comprobatório de registro no Conselho em que está a sede do Estabelecimento contratado, de todos os profissionais para os quais o registro em de Classe no Estado Conselho é uma exigência legal da classe. Ressaltamos que a documentação enviada deverá corresponder às informações constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

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.



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

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

8.1.1 – Avaliação da Satisfação do Usuário

A avaliação da satisfação do usuário se dará de duas formas – Pesquisa Aplicada e Registro de Ocorrência no Setor de Ouvidoria do SUS. A avaliação de satisfação do usuário deverá ser realizada pelo prestador de serviços, mediante pesquisa aplicada, conforme Anexo II, sendo que a metodologia de captação das informações ficará a critério do prestador, sendo que as manifestações poderão ser pessoalmente; por contato telefônico; por e-mail; por formulário Web; por carta ou ainda, por caixa de sugestões/avaliações.

Ao final de cada semestre, contados a partir da assinatura do Contrato, a Clínica deverá encaminhar a Direção do Departamento de Municipalização, Relatório Semestral de Satisfação do Usuário, o qual deverá conter a compilação das avaliações realizadas no período, de acordo com os itens constantes do Anexo II do presente Plano Operativo. Será disponibilizado à Clínica após início do Contratado, modelo padrão do Relatório a ser encaminhado a cada semestre.

Para avaliação da meta qualitativa, será solicitado semestralmente, ao Serviço de Ouvidoria do SUS – Sistema Único de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, emissão de documento informando se houve registro naquele de serviço de quaisquer ocorrência (denúncia, reclamação, sugestão, elogios) relativa a Clínica contratada.

A avaliação da Comissão acerca dos serviços prestados, será subsidiada com a apresentação de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Municipalização, bem como, pelos Relatórios Semestrais de Avaliação de Satisfação do Usuário e documento oficial emitido pelo Setor de Ouvidoria do SUS.

A meta qualitativa servirá para nortear a melhoria dos serviços prestados, cabendo a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo, a emissão de parecer sobre a avaliação da referida meta, podendo ainda, a critério da mesma, propor medidas que julgar adequadas a efetivação de melhorias. 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

CNES Nº:	
ESTABELECIMENTO DE SAUDE:	
AVALIADOR:	CARGO:
PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:	CARGO

AValiação TéCNica dos Serviços

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame, devidamente carimbado e assinado pelo médico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria.
			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).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Ambientes identificados e de fácil visualização.
ÁREA FÍSICA BÁSICA			Forro lavável, limpo e claro.
			Paredes limpas e claras.
			Piso de fácil limpeza e desinfecção.
			Acesso a cadeirantes e deficientes físicos
			Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes
			Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.



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 2018. .

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

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

NOME:	
IDADE:	SEXO:

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.					

ATENDIMENTO PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA COLETA DE MATERIAL

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de chegada)					
É atencioso e realiza cuidadosamente a coleta..					

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
É atencioso, educado e respeitoso.					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					

GRATUIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

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