PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. º 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 006/2016

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 25 DE JULHO DE 2016, 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 ATENDIMENTOS FISIOTERÁPICOS**, como segue:

CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS	VALOR UNITÁRIO R$
03.02.01.001-7	Atendimento Fisioterapêutico - Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	**6,35**
03.02.01.002-5	Atendimento Fisioterapêutico - Disfunções Uroginecológicas	**4,67**
03.02.02.001-2	Atendimento Fisioterapêutico - Cuidados Paliativos	**6,35**
03.02.02.002-0	Atendimento Fisioterapêutico - Oncológico Clínico	**4,67**
03.02.02.003-9	Atendimento Fisioterapêutico - Pré e Pós Cirurgia Oncológica	**6,35**
03.02.03.001-8	Atendimento Fisioterapêutico - Alterações Oculomotoras Centrais c/Comprometimento Sistêmico	**6,35**
03.02.03.002-6	Atendimento Fisioterapêutico - Alterações Oculomotoras Periféricas	**4,67**
03.02.04.001-3	Atendimento Fisioterapêutico - Transtornos Respiratórios c/complicações Sistêmicas	**6,35**
03.02.04.002-1	Atendimento Fisioterapêutico - Transtornos Respiratórios s/complicações Sistêmicas	**4,67**
03.02.04.003-0	Atendimento Fisioterapêutico - Transtorno Clínico Cardiovascular	**4,67**
03.02.04.004-8	Atendimento Fisioterapêutico Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	**6,35**
03.02.04.005-6	Atendimento Fisioterapêutico nas Disfunções Vasculares Periféricas	**4,67**
03.02.05.001-9	Atendimento Fisioterapêutico - Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas	**6,35**
03.02.05.002-7	Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras	**4,67**
03.02.06.001-4	Atendimento Fisioterapêutico - Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais s/Complicações Sistêmicas	**4,67**
03.02.06.002-2	Atendimento Fisioterapêutico - Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais c/Complicações Sistêmicas	**6,35**
03.02.06.003-0	Atendimento Fisioterapêutico nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor	**4,67**
03.02.06.004-9	Atendimento Fisioterapêutico - Comprometimento Cognitivo	**6,35**
03.02.06.005-7	Atendimento Fisioterapêutico - Pré/Pós Operatório de Neurocirurgia	**6,35**
03.02.07.001-0	Atendimento Fisioterapêutico - Médio Queimado	**4,67**
03.02.07.003-6	Atendimento Fisioterapêutico - sequelas por queimaduras (Médio e Grande Queimados)	**4,67**

Simone Angélica Vitorino Gondro
Secretária 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– Pessoa Jurídica – 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) Diploma do Curso e certificado de especialização;
g) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia;
h) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
i) Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
j) Certidão negativa de débito com o FGTS;
k) 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).**
l) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
m) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
n) Licença Sanitária do estabelecimento;
o) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clinica e relação de equipamentos;
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) O controle da cota física e financeira dos procedimentos fisioterápicos contratados será de responsabilidade do Departamento de Municipalização da Secretaria Municipal de Saúde;
b) A contratada deve possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Rio Negro-PR e/ou Mafra-SC, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliário, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários aos atendimentos fisioterápicos.
c) 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, em até 15 (quinze) dias do mês subseqüente 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.

Simone Angélica Vitorino Gondro
Secretária Municipal da Saúde

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.

09 - 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).

Município de Rio Negro, 24 de junho de 2016.

SIMONE ANGÉLICA VITORINO GONDRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE

ANEXO I

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 médicos na especialidade de Fisioterapia, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. **006/2016**, anexando a este requerimento os seguintes documentos.

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) Diploma do Curso e certificado de especialização;
g) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia;
h) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
i) Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
j) Certidão negativa de débito com o FGTS;
k) 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).**
l) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
m) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
n) Licença Sanitária do estabelecimento;
o) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clinica e relação de equipamentos;
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.

Razão Social: .....

Endereço Comercial :.....

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

(Local e Data).

.....

Assinatura devidamente identificada

ANEXO II

MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º ..... / 2016

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 FISIOTERAPICOS

CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS	VALOR UNITÁRIO R$
03.02.01.001-7	Atendimento Fisioterapêutico - Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	
03.02.01.002-5	Atendimento Fisioterapêutico - Disfunções Uroginecológicas	
03.02.02.001-2	Atendimento Fisioterapêutico - Cuidados Paliativos	
03.02.02.002-0	Atendimento Fisioterapêutico - Oncológico Clínico	
03.02.02.003-9	Atendimento Fisioterapêutico - Pré e Pós Cirurgia Oncológica	
03.02.03.001-8	Atendimento Fisioterapêutico - Alterações Oculomotoras Centrais c/Comprometimento Sistêmico	
03.02.03.002-6	Atendimento Fisioterapêutico - Alterações Oculomotoras Periféricas	
03.02.04.001-3	Atendimento Fisioterapêutico - Transtornos Respiratórios c/complicações Sistêmicas	
03.02.04.002-1	Atendimento Fisioterapêutico - Transtornos Respiratórios s/complicações Sistêmicas	
03.02.04.003-0	Atendimento Fisioterapêutico - Transtorno Clínico Cardiovascular	
03.02.04.004-8	Atendimento Fisioterapêutico Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	
03.02.04.005-6	Atendimento Fisioterapêutico nas Disfunções Vasculares Periféricas	
03.02.05.001-9	Atendimento Fisioterapêutico - Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas	
03.02.05.002-7	Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras	
03.02.06.001-4	Atendimento Fisioterapêutico - Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais s/Complicações Sistêmicas	
03.02.06.002-2	Atendimento Fisioterapêutico - Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais c/Complicações Sistêmicas	
03.02.06.003-0	Atendimento Fisioterapêutico nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor	
03.02.06.004-9	Atendimento Fisioterapêutico - Comprometimento Cognitivo	
03.02.06.005-7	Atendimento Fisioterapêutico - Pré/Pós Operatório de Neurocirurgia	
03.02.07.001-0	Atendimento Fisioterapêutico - Médio Queimado	
03.02.07.003-6	Atendimento Fisioterapêutico - sequelas por queimaduras (Médio e Grande Queimados)	

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 em até 15 (quinze) dias do mês subseqüente ao da prestação de serviços;

II - DA CONTRATADA:

a) Realizar as sessões requisitadas, 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.

CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL E PAGAMENTO

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

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, XX de XXXXX de 2016.

MILTON JOSÉ PAIZANI
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

Simone Angélica Vitorino Gondro
Secretária Municipal da Saúde

Wilson Scheuer
Secretário Municipal da Fazenda

ANEXO III

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 2016.

Assinatura devidamente identificada

Nome:

ANEXO IV

MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

PROPOSTA DE PREÇOS

(local e data) ....., de ..... de 2016.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.: .....

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

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

À
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 006/2016

Prezados Senhores:

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

CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS	VALOR UNITÁRIO R$
03.02.01.001-7	Atendimento Fisioterapêutico - Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	
03.02.01.002-5	Atendimento Fisioterapêutico - Disfunções Uroginecológicas	
03.02.02.001-2	Atendimento Fisioterapêutico - Cuidados Paliativos	
03.02.02.002-0	Atendimento Fisioterapêutico - Oncológico Clínico	
03.02.02.003-9	Atendimento Fisioterapêutico - Pré e Pós Cirurgia Oncológica	
03.02.03.001-8	Atendimento Fisioterapêutico - Alterações Oculomotoras Centrais c/Comprometimento Sistêmico	
03.02.03.002-6	Atendimento Fisioterapêutico - Alterações Oculomotoras Periféricas	
03.02.04.001-3	Atendimento Fisioterapêutico - Transtornos Respiratórios c/complicações Sistêmicas	
03.02.04.002-1	Atendimento Fisioterapêutico - Transtornos Respiratórios s/complicações Sistêmicas	
03.02.04.003-0	Atendimento Fisioterapêutico - Transtorno Clínico Cardiovascular	
03.02.04.004-8	Atendimento Fisioterapêutico Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	
03.02.04.005-6	Atendimento Fisioterapêutico nas Disfunções Vasculares Periféricas	

03.02.05.001-9	Atendimento Fisioterapêutico - Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas	
03.02.05.002-7	Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras	
03.02.06.001-4	Atendimento Fisioterapêutico - Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais s/Complicações Sistêmicas	
03.02.06.002-2	Atendimento Fisioterapêutico - Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais c/Complicações Sistêmicas	
03.02.06.003-0	Atendimento Fisioterapêutico nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor	
03.02.06.004-9	Atendimento Fisioterapêutico - Comprometimento Cognitivo	
03.02.06.005-7	Atendimento Fisioterapêutico - Pré/Pós Operatório de Neurocirurgia	
03.02.07.001-0	Atendimento Fisioterapêutico - Médio Queimado	
03.02.07.003-6	Atendimento Fisioterapêutico - sequelas por queimaduras (Médio e Grande Queimados)	

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)

ANEXO V

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 FISIOTERÁPICOS 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 2016.

Assinatura devidamente identificada
Nome:

ANEXO VI

PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviços fisioterápicos, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

1- Justificativa

Pelo presente manifestamos a necessidade da contratação de serviços de fisioterapia, tendo em vista o aumento da demanda para estes serviços e tendo em vista que não há capacidade instalada na Secretaria de Saúde para realização de procedimentos dessa natureza, não apenas pela falta de profissionais especializados na área, mas também pela ausência de equipamentos específicos para a realização dos mesmos.

Considerando que as sessões de fisioterapia são serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, proporcionando assim o suporte necessário aos profissionais médicos de toda a rede pública municipal, os quais indicam a fisioterapia como uma forma de tratamento de diversos sintomas e doenças;

Considerando que a fisioterapia alcança resultados bastante efetivos no tratamento de diversas patologias, proporcionando a qualidade de vida necessária aos usuários do Sistema Único de Saúde que dela necessitam;

Considerando que a ausência desse serviço causaria prejuízo à população, já que a fisioterapia assume um papel importante na saúde humana, não apenas como parte curativa de um tratamento, mas também como forma preventiva, evitando a progressão de várias sintomatologias e patologias;

Considerando ainda a inviabilidade de referenciamento dos usuários para a capital para realização das sessões de fisioterapia, uma vez que a indicação mínima costuma ser de 10 sessões/mês, realizadas uma ou duas vezes por semana, o que oneraria ainda mais o

município no que diz respeito ao transporte, além do transtorno que causaria para a vida diária da população (trabalho, escola, família etc...).

Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo às três esferas de governo a responsabilidade por essa assistência, torna-se indispensável ao município a contratação de serviços de atendimentos fisioterápicos através de credenciamento.

2 - Objetivo Geral

Execução de serviços fisioterápicos 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 sessões de fisioterapia em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais efetivo, através da disponibilização dos procedimentos fisioterápicos 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 aos atendimentos fisioterápicos.

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.

Os profissionais que prestarão os serviços através da pessoa jurídica credenciada deverão possuir diploma de ensino superior em fisioterapia, certificado de especialização de acordo com a área de serviços fisioterápicos a serem atendidos, bem como registro no Conselho Regional de Fisioterapia.

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Realizar reavaliações durante o período do tratamento, principalmente em acidentados do trabalho;
- Registrar no prontuário específico de cada paciente, a existência de prescrição médica, informando o nome do médico que solicitou o procedimento, bem como, a quantidade de sessões indicadas, incluindo ainda, as técnicas praticadas em cada sessão;
- Realizar as sessões de tratamento, utilizando-se das técnicas necessárias a mais pronta recuperação do paciente, devendo em média ser utilizada três técnicas em período de uma hora diária;
- O prestador poderá agendar no máximo uma sessão de tratamento diário para cada usuário do SUS – Sistema Único de Saúde;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe compatível com a característica e funções do serviço e em número suficiente para atender a demanda encaminhada pela Secretaria de Saúde;
- Fornecer estrutura física, equipamentos, materiais e recursos humanos necessários à prestação dos serviços contratados;
- Abster-se de cobrar quaisquer valor a qualquer título dos usuários beneficiados com a prestação dos serviços fisioterápicos;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo 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.

O acompanhamento dos serviços prestados 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 pagas as sessões de fisioterapia comprovadamente realizadas, mediante o envio mensal das Requisições contendo a solicitação de Fisioterapia, as quais deverão estar devidamente autorizadas pelo Departamento de Municipalização e ser entregues ao mesmo até no máximo o dia 20 de cada mês, podendo ser entregue no primeiro dia útil após essa data, quando se tratar de final de semana ou feriado. Para fins de comprovação da realização dos procedimentos o prestador de serviços deverá apresentar as Requisições contendo no verso, a data em que foi realizada a sessão e ao lado de cada data a assinatura do usuário ou responsável legal quando de menor ou quando se tratar de pessoas com necessidades especiais. Deverá conter ainda, o carimbo e a assinatura do fisioterapeuta executor dos procedimentos fisioterápicos. As assinaturas somente poderão ser solicitadas aos usuários na data e horário em que o usuário chegar ao local para realização do procedimento fisioterápico à ser executado.

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

6 - Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Procedimentos fisioterápicos	Atender 100% dos procedimentos fisioterápicos autorizados.

Simone Angélica Vitorino Gondro
Secretária Municipal da Saúde

7 - Meta Qualitativa

- Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade e resolubilidade 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 quadrimestralmente 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 à 100 %
Ótimo	80 à 90 %
Bom	70 à 80 %
Razoável	60 à 70 %
Ruim	Abaixo de 60 %

Simone Angélica Vitorino Gondro
Secretária Municipal da 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.

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 contato telefônico; diretamente no Estabelecimento contratado, ou ainda, por meio da distribuição do formulário de pesquisa para preenchimento do usuário e depósito em caixa de sugestões/avaliação à ser disponibilizada na recepção do Departamento de Municipalização e Unidades de Saúde, cabendo ao Departamento de Municipalização providenciar a referida caixa, bem como, realizar a busca das sugestões/avaliações depositadas. Outros métodos de avaliação e/ou aplicação da pesquisa poderão ser instituídos pela Comissão de Avaliação do Cumprimento das Metas e Objetivos do presente Plano Operativo.

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

Para subsidiar a avaliação da Comissão, o Departamento de Municipalização, através do Setor de Auditoria, disponibilizará Relatório compilado de todos os resultados obtidos através da pesquisa aplicada, para a qual os usuários deverão ser escolhidos aleatoriamente, atendidos em dias e horários diversos. Eventualmente o Departamento de Municipalização poderá enviar correspondência aos médicos da rede pública municipal solicitando a avaliação técnica dos resultados obtidos pelos usuários do SUS, após realização dos procedimentos fisioterápicos. 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.

ANEXO I – PLANO OPERATIVO

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 procedimentos 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.
GESTÃ DE DOCUMENTAÇÃO			Atendimento ao Cronograma de entrega das Requisições contendo solicitação de Fisioterapia, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria.
			Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição contendo solicitação de Fisioterapia (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado das assinaturas do usuário do SUS e do profissional executor dos procedimentos (conforme padrões anteriormente explicitados).
			Assegura a guarda dos prontuários dos usuários assistidos pelo contrato de prestação de serviços aos SUS, no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS			Equipamento (s) disponível (is) em compatíveis com a finalidade a que se propõem.
HIGIENE			Utilização de jaleco pelo profissional responsável pela execução das sessões de fisioterapia.
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
			Alvará sanitário em dia.
			Espaços separados: recepção e sala de procedimentos fisioterápicos.

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Rio Negro, _____ de _____ de 2016. .

Assinatura do Avaliador Assinatura do Profissional da Unidade

ANEXO II - PLANO OPERATIVO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

NOME:	
IDADE:	**SEXO:**
ESCOLARIDADE:	
TELEFONE CONTATO:	**HORÁRIO DE CONTATO:**

AMBIÊNCIA

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Limpeza dos ambientes (recepção; sala de procedimentos fisioterápicos e banheiro).					
Conforto dos ambientes – ventilação; iluminação; limpeza e integridade do mobiliário e equipamentos, propiciando conforto e bem estar.					
Espaço físico adequado a demanda de usuários que realizam sessões de fisioterapia.					

ATENDIMENTO REALIZADO PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO FISIOTERÁPICO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização do procedimento (considerado o horário de chegada)					
É atencioso e trata o usuário do SUS com respeito e humanização.					
Realiza entre duas e três técnicas fisioterápicas durante a sessão de fisioterapia.					

INDICADORES	SIM	NÃO
Sentimento de confiança no profissional que realizou a sessão de fisioterapia.		

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

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

GRATUIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

INDICADORES	SIM	NÃO
Efetivação de pagamento em espécie, de qualquer quantia, pelas sessões realizadas.		
Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.	R$ _____	

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Rio Negro, _____ de _____ de 2016. .

Assinatura do Avaliador