



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 003/2019

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 o dia **15/07/2019 DOCUMENTAÇÃO e PROPOSTA DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS interessadas** no atendimento ao objeto conforme adiante elencado e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

1 – DO OBJETO:

Contratação de Unidades Privadas de saúde, (com ou sem fins lucrativos) e/ou 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 ATENDIMENTOS 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, de acordo com o Plano Operativo em anexo.

CÓDIGO SUS	ESPECIFICAÇÕES DE TODOS OS ITENS: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM	VALOR UNITÁRIO R\$
03.02.01.001-7	Pacientes no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	6,35
03.02.01.002-5	Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas	4,67
03.02.02.001-2	Pacientes com Cuidados Paliativos	6,35
03.02.02.002-0	Pacientes Oncológico Clínico	4,67
03.02.02.003-9	Pacientes no Pré e Pós Cirurgia Oncológica	6,35
03.02.03.001-8	Pacientes Com Alterações Oculomotoras Centrais c/Comprometimento Sistêmico	6,35
03.02.03.002-6	Pacientes Com Alterações Oculomotoras Periféricas	4,67
03.02.04.001-3	Pacientes c/ Transtornos Respiratórios c/complicações Sistêmicas	6,35
03.02.04.002-1	Pacientes c/ Transtornos Respiratórios s/complicações Sistêmicas	4,67
03.02.04.003-0	Pacientes c/ Transtorno Clínico Cardiovascular	4,67
03.02.04.004-8	Pacientes Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	6,35
03.02.04.005-6	Nas Disfunções Vasculares Periféricas	4,67
03.02.05.001-9	Pacientes no Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas	6,35
03.02.05.002-7	Nas Alterações Motoras	4,67
03.02.06.001-4	Pacientes c/ Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais s/Complicações Sistêmicas	4,67
03.02.06.002-2	Pacientes c/ Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais c/Complicações Sistêmicas	6,35
03.02.06.003-0	Nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor	4,67
03.02.06.004-9	Pacientes c/ Comprometimento Cognitivo	6,35
03.02.06.005-7	Pacientes no Pré/Pós Operatório de Neurocirurgia	6,35
03.02.07.001-0	Paciente Médio Queimado	4,67
03.02.07.003-6	Paciente com Sequelas por Queimaduras (Médio e Grande Queimados)	4,67



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

1.2 - Quantitativos e valores dos atendimentos:

1.2.1 - A quantidade de procedimentos fisioterápicos a serem executados pelos credenciados será de aproximadamente 1200 (mil e duzentos) atendimentos por mês totalizando 14.400 (quatorze mil e quatrocentos) atendimentos no período de 12 meses.

1.2.2 - O valor máximo total dos procedimentos a serem realizados, mensalmente, será R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais), totalizando o valor máximo de R\$ 78.000,00 (setenta e oito mil reais) para o período de 12 meses;

1.2.3 – Os quantitativos serão atribuídos a cada credenciado na escolha do USUARIO DO SUS, caso o usuário não tenha preferência o quantitativo será devidamente dividido entre o número de estabelecimentos credenciados;

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) Cópia da Listagem de Profissionais do Estabelecimento, extraído da base de dados do Ministério da Saúde;
- j) Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal** do domicílio ou sede da licitante;
- k) Certificado de Regularidade com o FGTS;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- l) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa;
- m) Certidão Negativa de Débito com o Município sede do estabelecimento;
- n) Alvará de localização do Município da sede da pessoa jurídica;
- o) Licença Sanitária do estabelecimento;
- p) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;**
- q) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- r) Apresentar proposta de preços ratificando os preços tabelados.**

4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1 – Para atendimento do item 3.1. h) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

A pessoa jurídica interessada deverá apresentar o mesmo constando no mínimo o abaixo especificado:

- Cópia da Ficha Reduzida do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, extraído da base de dados do Ministério da Saúde, do qual deverá obrigatoriamente constar, entre outras informações:

- ◆ *Identificação do Estabelecimento de acordo com os dados constantes nos demais documentos fiscais (CNPJ; Previdência; FGTS; etc....);*
- ◆ *Atendimento Prestado: “SADT”; Convênio: SUS*
- ◆ *Possuir os Serviços de Classificação abaixo relacionados:*

126	001	Assistência fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas (Serviço de Fisioterapia)
126	002	Assistência fisioterapêutica em alterações oncológicas (Serviço de Fisioterapia)
126	003	Assistência fisioterapêutica em oftalmologia (Serviço de Fisioterapia)
126	004	Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais (Serviço de Fisioterapia)
126	005	Assistência fisioterapêutica nas disfunções músculo-esqueléticas (todas as origens) (Serviço de Fisioterapia)
126	006	Assistência fisioterapêutica em queimados (Serviço de Fisioterapia)
126	007	Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia (Serviço de Fisioterapia)

4.2 – Para atendimento do item 3.1 letra **i)** Cópia da Listagem de Profissionais do Estabelecimento, extraído da base de dados do Ministério da Saúde a mesma deverá constar obrigatoriamente, entre outras informações as seguintes:

- ◆ *Profissional Fisioterapeuta Geral - CBO 223605, Geral, podendo ter além desse, outros CBO de Fisioterapeuta cadastrados;*
- ◆ *Profissional com carga horária semanal “ambulatorial”*
- ◆ *Profissional com atendimento SUS “SIM”*

4.3) O controle da cota física e financeira dos procedimentos fisioterápicos contratados será de responsabilidade do Departamento de Municipalização da Secretaria Municipal de Saúde;

4.4) 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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

5 – DO PAGAMENTO

O pagamento pelos serviços prestados será efetuado mensalmente, em até 15 (quinze) dias 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.

09 - INFORMAÇÕES

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (047)3642-5567 (Departamento de Compras) ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (047)3642-5556 (Departamento de Licitações).

Rio Negro, 14 de junho de 2019.

SIMONE ANGÉLICA VITORINO GONDRO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAUDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rio Negro

A pessoa jurídica, abaixo qualificada, requer sua inscrição como Credenciada para prestação de Serviços Fisioterápicos, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. **003/2019**, anexando a este os seguintes documentos.

- a) Cartão do CNPJ;
- c) Contrato Social;
- d) Indicação 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) Cópia da Listagem de Profissionais do Estabelecimento;
- j) Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante;
- k) Certificado de Regularidade com o FGTS;
- l) CNDT do Ministério do Trabalho;
- m) CND Municipal;
- n) Alvará de localização do Município da sede da pessoa jurídica;
- o) Licença Sanitária;
- p) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;**
- q) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- r) Proposta de preços.**

Razão Social:

Endereço Comercial :.....

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

(Local e Data).

.....
Assinatura devidamente identificada



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO II

MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º / 2019

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:

1.1 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS FISIOTERAPICOS

CÓDIGO SUS	ESPECIFICAÇÕES DE TODOS OS ITENS: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM	VALOR UNITÁRIO R\$
03.02.01.001-7	Pacientes no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	6,35
03.02.01.002-5	Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas	4,67
03.02.02.001-2	Pacientes com Cuidados Paliativos	6,35
03.02.02.002-0	Pacientes Oncológico Clínico	4,67
03.02.02.003-9	Pacientes no Pré e Pós Cirurgia Oncológica	6,35
03.02.03.001-8	Pacientes Com Alterações Oculomotoras Centrais c/Comprometimento Sistêmico	6,35
03.02.03.002-6	Pacientes Com Alterações Oculomotoras Periféricas	4,67
03.02.04.001-3	Pacientes c/ Transtornos Respiratórios c/complicações Sistêmicas	6,35
03.02.04.002-1	Pacientes c/ Transtornos Respiratórios s/complicações Sistêmicas	4,67
03.02.04.003-0	Pacientes c/ Transtorno Clínico Cardiovascular	4,67
03.02.04.004-8	Pacientes Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	6,35
03.02.04.005-6	Nas Disfunções Vasculares Periféricas	4,67
03.02.05.001-9	Pacientes no Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas	6,35
03.02.05.002-7	Nas Alterações Motoras	4,67
03.02.06.001-4	Pacientes c/ Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais s/Complicações Sistêmicas	4,67
03.02.06.002-2	Pacientes c/ Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais c/Complicações Sistêmicas	6,35
03.02.06.003-0	Nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor	4,67
03.02.06.004-9	Pacientes c/ Comprometimento Cognitivo	6,35
03.02.06.005-7	Pacientes no Pré/Pós Operatório de Neurocirurgia	6,35
03.02.07.001-0	Paciente Médio Queimado	4,67
03.02.07.003-6	Paciente com Sequelas por Queimaduras (Médio e Grande Queimados)	4,67



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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 DOTAÇÃO

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: CONDIÇÕES DE 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.

CLÁUSULA SEXTA: CRITÉRIO DE REAJUSTE

O preço ora contratado não sofrerá reajuste, pelo período de 12(doze) meses.

CLÁUSULA SÉTIMA: DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Constituem direitos da CONTRATANTE receber o objeto deste Contrato nas condições avençadas e da CONTRATADA perceber o valor ajustado na forma e prazo convencionados.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Constituem obrigações da CONTRATANTE:

- a) efetuar o pagamento ajustado, e
- b) dar à CONTRATADA as condições necessárias à regular execução do Contrato.

PARÁGRAFO TERCEIRO: Constituem obrigações da CONTRATADA:

- a) prestar o fornecimento na forma ajustada;
- b) atender aos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da execução do presente contrato;
- c) manter durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- d) apresentar, sempre que solicitado, durante a execução do Contrato, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas previdenciários, tributários, fiscais e comerciais.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CLÁUSULA OITAVA: SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO CONTRATUAL

PARÁGRAFO PRIMEIRO: No caso de não cumprimento do prazo de entrega do objeto constante na Cláusula Sexta, será aplicável à CONTRATADA multa moratória de valor equivalente a 5 % (cinco por cento) sobre o valor contratual.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Pela inexecução total ou parcial do Contrato, a Prefeitura Municipal poderá, garantida prévia defesa, aplicar a CONTRATADA as sanções previstas no art. 87 da Lei 8.666/93, sendo que em caso de multa esta corresponderá a 5% (cinco por cento) sobre o valor total do Contrato.

CLÁUSULA NONA: 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 ao assistido será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA: LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente Instrumento Contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei n.º 8.666/93, de 21 de junho de 1993, e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: TRANSMISSÃO DE DOCUMENTOS

A troca eventual de documentos e cartas entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, será feita através de protocolo. Nenhuma outra forma será considerada como prova de entrega de documentos ou carta.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: VIGÊNCIA

O presente contrato terá vigência de **12 (doze) meses contados a partir desta data.**

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei 8.666/93, e dos princípios gerais de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DO ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO

A responsabilidade pelo acompanhamento deste contrato ficará a cargo da Secretaria de Saúde na pessoa de sua Secretária Simone Angélica Vitorino Gondro, CPF nº 980.730.959-04.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Rio Negro, para dirimir dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento contratual, por si e seus sucessores, em 03 (três) vias para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

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,

MILTON JOSÉ PAIZANI
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

Simone Angélica Vitorino Gondro
Secretária Municipal da Saúde

Thiago Gustavo Pfeuffer Worms
Secretário Municipal da Fazenda



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

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 2019.

Assinatura devidamente identificada

Nome:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV

MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

PROPOSTA DE PREÇOS

(local e data), de de 2019.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.:

CIDADE:ESTADO:

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

À

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 003/2019

Prezados Senhores:

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

CÓDIGO SUS	ESPECIFICAÇÕES DE TODOS OS ITENS: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM	VALOR UNITÁRIO R\$
03.02.01.001-7	Pacientes no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	6,35
03.02.01.002-5	Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas	4,67
03.02.02.001-2	Pacientes com Cuidados Paliativos	6,35
03.02.02.002-0	Pacientes Oncológico Clínico	4,67
03.02.02.003-9	Pacientes no Pré e Pós Cirurgia Oncológica	6,35
03.02.03.001-8	Pacientes Com Alterações Oculomotoras Centrais c/Comprometimento Sistêmico	6,35
03.02.03.002-6	Pacientes Com Alterações Oculomotoras Periféricas	4,67
03.02.04.001-3	Pacientes c/ Transtornos Respiratórios c/complicações Sistêmicas	6,35
03.02.04.002-1	Pacientes c/ Transtornos Respiratórios s/complicações Sistêmicas	4,67
03.02.04.003-0	Pacientes c/ Transtorno Clínico Cardiovascular	4,67
03.02.04.004-8	Pacientes Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	6,35
03.02.04.005-6	Nas Disfunções Vasculares Periféricas	4,67
03.02.05.001-9	Pacientes no Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas	6,35
03.02.05.002-7	Nas Alterações Motoras	4,67
03.02.06.001-4	Pacientes c/ Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais s/Complicações Sistêmicas	4,67



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

03.02.06.002-2	Pacientes c/ Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais c/Complicações Sistêmicas	6,35
03.02.06.003-0	Nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor	4,67
03.02.06.004-9	Pacientes c/ Comprometimento Cognitivo	6,35
03.02.06.005-7	Pacientes no Pré/Pós Operatório de Neurocirurgia	6,35
03.02.07.001-0	Paciente Médio Queimado	4,67
03.02.07.003-6	Paciente com Sequelas por Queimaduras (Médio e Grande Queimados)	4,67

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)



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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 2019.

Assinatura devidamente identificada
Nome:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO VI

PLANO OPERATIVO

1.1 - 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.

1.1.1 Justificativa

A Fisioterapia é um procedimento que tem por objetivo a prevenção e o tratamento dos distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Trata-se de um procedimento de grande relevância pública, sem o qual, a saúde, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas podem ficar comprometidas.

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe atualmente de um único profissional fisioterapeuta, cuja função é de atendimento domiciliar para quadros clínicos de maior gravidade, incapacitantes e limitadores da mobilidade dos usuários, o que dificulta o acesso aos serviços fisioterápicos. Além da carga horária desse profissional ser insuficiente para dar vazão à demanda existente, a Secretaria de Saúde não dispõe dos equipamentos necessários para realização das diferentes técnicas que os usuários do SUS- Sistema Único de Saúde devem ser submetidos para a sua reabilitação física. Nesse contexto, configura-se a ausência de capacidade instalada própria para a oferta dos serviços à população usuária do SUS.

Cabe ressaltar ainda, a inviabilidade de referenciamento dos usuários para Clínicas fora da área urbana de Rio Negro e Mafra, para realização de tais procedimentos (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...).

Portanto, a ausência desse serviço causaria prejuízo à população, já que a fisioterapia assume um papel preponderante na saúde humana, não apenas como parte curativa de um tratamento/reabilitação, mas também como forma preventiva, evitando a progressão de várias sintomatologias e patologias, ortopédicas, neurológicas, vasculares, cardíacas, respiratórias etc... muitas vezes incapacitantes quando não aplicadas técnicas fisioterápicas que proporcionem a reabilitação parcial e/ou total. A oferta desses serviços através do contrato de credenciamento, visa atender os critérios de melhoria no acesso e qualidade dos serviços de saúde, colocando mais uma vez em prática o compromisso com a qualificação dos trabalhos e do atendimento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

2 - Objetivo Geral

Execução de **Sessões de Fisioterapia** a serem prestadas aos usuários atendidos pela rede pública municipal, ou ainda, atendidos pelos municípios de referência, desde que autorizados previamente pelo Departamento de Municipalização da 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, assim como também dos profissionais da rede de referência.

4 - Caracterização da Contratada

A contratada deverá possuir o Estabelecimento no perímetro urbano dos Municípios de Rio Negro e/ou Mafra, 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 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde e seus dados cadastrais deverão estar compatíveis com os serviços à serem prestados, ou seja, deverá possuir em seu cadastro todos os quesitos exigidos pelo referido sistema para fins de execução dos serviços e posterior faturamento dos mesmos junto ao SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde. O prestador credenciado para realização das sessões de fisioterapia objeto deste Plano Operativo, deverá obrigatoriamente manter seu CNES devidamente atualizado junto ao órgão público local, pois quaisquer irregularidade cadastral que inviabilize a correta auditoria e faturamento dos procedimentos (sessões de fisioterapia), os mesmos não serão pagos até que a situação seja devidamente regularizada, podendo ainda, por decisão do Departamento de Municipalização – Setor de Auditoria, ensejar em glosa automática, sem direito ao pagamento, já que a atualização cadastral é um dever de todos os Estabelecimentos de Saúde.

4.1 - 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;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- 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.

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.

Para fins de competência, o Departamento de Municipalização estabeleceu o período de execução dos serviços contratados de 16 à 15 de cada mês, sendo que nesse período, a cada competência, o Estabelecimento deverá disponibilizar dias e horários para realização das sessões de fisioterapia de acordo com



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

o quantitativo contratado. Só poderá haver redução na prestação dos serviços em períodos de férias do profissional executor e de feriados prolongados. Havendo necessidade de redução, essa deverá ser comunicada com antecedência mínima de 15 dias, a fim de que o Departamento de Municipalização possa organizar a demanda.

A metodologia de agendamento das sessões será estabelecida pelo Departamento de Municipalização, levando em consideração a acessibilidade do usuário e ao mesmo tempo, a capacidade instalada do Departamento no quesito logística e recursos humanos.

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 a ser executado.

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

O Estabelecimento contratado deverá manter arquivo com prontuário de todos os usuários do SUS por ele atendidos, devendo estar devidamente registradas todas as sessões realizadas e a evolução clínica do usuário. O referido arquivo estará sujeito a auditoria operativa a qualquer tempo, por decisão do Gestor do SUS.

6 - Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Procedimentos Fisioterápicos (sessões)	Atender 100% das sessões autorizada

7 - Meta Qualitativa

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

8 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

O Departamento de Municipalização ficará responsável por 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 medidas imediatas da equipe, seja através de reunião entre as partes (Gestora Municipal de Saúde e Gerente/Administrador do Estabelecimento contratado), ou ainda, contato telefônico entre a Direção do Departamento de Municipalização e a Gerência/Administrador do Estabelecimento para análise dos fatos e medidas necessárias a efetiva e urgente correção/resolução do problema. Após avaliação semestral das metas quantitativas e qualitativas, o Departamento de Municipalização emitirá Parecer Técnico o qual será submetido a apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

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 das sessões de fisioterapia 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 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 %



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA 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.

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, devidamente assinado pelo Gerente/Administrador do Estabelecimento.

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 equipe técnica do Departamento de Municipalização acerca dos serviços prestados, será subsidiada por Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo próprio Departamento, 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO I

CNES N°:	
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	
AVALIADOR:	CARGO:
PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:	CARGO

AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

	SIM	NÃO	REQUISITOS
GESTÃO DE PESSOAS			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
			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			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.
			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 e sala de procedimentos fisioterápicos.	

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Rio Negro, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional do Estabelecimento



PREFEITURA MUNICIPAL 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 EXECUÇÃO DO EXAME

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

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\$ _____	