



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

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 006/2019**

A **Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro**, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Praça João Pessoa, n. 131, Centro, até o dia **03 de JANEIRO de 2020**, **DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS, 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:**

O objeto do presente Edital é a 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 EXAMES DE ANATOMIA PATOLÓGICA**, como segue:

**RELAÇÃO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS:**

DENOMINAÇÃO	VALOR UNITÁRIO
Exame anatomopatológico para congelamento parafina, peça cirúrgica	24,00
Pesquisa de Helicobacter Pylori	4,33

**2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO**

2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da primeira publicação do presente instrumento;

2.2. Serão considerados credenciados os prestadores de serviços pessoa jurídica, que apresentarem os Documentos enumerados no item 3.1 deste instrumento;

2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro e/ou acessar o site [www.rionegro.pr.gov.br](http://www.rionegro.pr.gov.br) ;

2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro, situada na Praça João Pessoa, n. 131, Centro, no horário das 09:00 às 11:30h e das 14:00 às 17:00h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras.

2.5. Os interessados deverão ceder às instalações físicas e fornecer todo o material, equipamentos e recursos humanos necessários, além de ter sede no Município de Rio Negro/PR ou Mafra/SC.

**3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO**

3.1. Para credenciamento– Pessoa Jurídica – deverão apresentar os seguintes documentos:

- Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Medicina;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- 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;



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

- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- 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).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Medicina
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

Os DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO poderão ser apresentados em original, reproduzidos por cópia, desde que autenticados por cartório ou por servidor da Secretaria de Saúde, ou por meio de publicação em órgão da imprensa oficial, e expedidos via Internet neste caso somente para aqueles que possuam sites/códigos para verificação da autenticidade.

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

- a) Atender o Plano Operativo em 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 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 será de no máximo R\$ 763,30 (setecentos e sessenta e três reais e trinta centavos)/mês, totalizando R\$ 9.159,60 (nove mil cento e cinquenta e nove reais e sessenta centavos)/ano aproximadamente.

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

Uma vez habilitado o laboratório, 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.

#### **9 - INFORMAÇÕES**

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (047)3642 1202 (Departamento de Compras) ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (047)3642-5556 (Departamento de Licitações).

Município de Rio Negro, 03 de novembro de 2019.

**SIMONE ANGÉLICA 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 de exames de **ANATOMIA PATOLÓGICA**, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento n.º 006/2019, anexando a este requerimento os seguintes documentos:

- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Medicina.
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- 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;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- 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).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Medicina;
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Legal \_\_\_\_\_

R.G. n.º \_\_\_\_\_ CPF n.º \_\_\_\_\_

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

.....  
Assinatura devidamente identificada

Nome



**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 0XX/2019**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE  
ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE RIO  
NEGRO E A EMPRESA.....

A Prefeitura do Município de Rio Negro, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 76.002.641/0001-47, sita na Rua Juvenal Ferreira Pinto, 2070, Município de Rio Negro, Estado do Paraná, neste ato representada por seu Prefeito Municipal, Senhor Milton José Paizani, inscrito no CPF/MF sob n.º 616.319.819-00, a seguir denominada CONTRATANTE, e a Empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, sita na Rua ....., n.º ....., na cidade de ....., inscrita no CNPJ/MF sob n.º ....., neste ato representado por, ....., representante legal, inscrito no CPF/MF sob n.º ..... a seguir denominada CONTRATADA, acordam e ajustam firmar o presente Contrato, nos termos da Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e legislação pertinente, assim como pelas condições do Edital de **Inexigibilidade** ..... e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO**

A CONTRATADA obriga-se a realizar exames de **ANATOMIA PATOLÓGICA**, abaixo relacionados, em sua própria sede estabelecida na rua....., conforme critérios a serem definidos pela Secretaria Municipal da Saúde, beneficiando a comunidade em geral que, submetida à consulta médica do SUS, necessite de exames Anatomopatológicos, desde que autorizados pela Secretaria da Saúde, dentro dos valores e especificações abaixo descritos.

DENOMINAÇÃO	VALOR UNITÁRIO
Exame anatomopatológico para congelamento parafina, peça cirúrgica	
Pesquisa de Helicobacter Pylori	

**CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES**

**I - DO CONTRATANTE**

- a) Encaminhar as solicitações de exames previamente autorizados pelo Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- b) Acompanhar e controlar a demanda encaminhada, através do Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- c) Efetuar o pagamento dos exames comprovadamente realizados, conforme especificações da Cláusula Terceira do presente instrumento contratual.

**II - DA CONTRATADA:**

- a) Realizar os exames requisitados, cedendo às instalações físicas e fornecendo todo o material, equipamentos e recursos humanos necessários;
- b) Remeter ao final de cada mês ao Departamento de Municipalização as requisições de solicitação de exames, contendo no verso os dias em que foram realizados os exames e ao lado desses, a assinatura do paciente (ou responsável);
- c) Abster-se de cobrar qualquer valor, sob qualquer título, da população assistida pelo presente contrato.

**CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL**

Pela prestação de serviços do objeto ora contratado, a CONTRATANTE pagará a CONTRATADA o valor total de R\$ ..... (.....).



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

**CLÁUSULA QUARTA: CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada 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.

**CLÁUSULA QUINTA: RECURSO FINANCEIRO**

As despesas decorrentes do presente Contrato correrão à conta do seguinte recurso financeiro:

.....

**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.

**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**

O presente Contrato poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 78 e seguintes da Lei 8.666/93.

PARÁGRAFO ÚNICO - A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE, em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77, da Lei n.º 8.666/93.

**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.



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

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: VIGÊNCIA**

O presente contrato terá vigência de 12 (doze) meses contados a partir de sua assinatura.

**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.

Rio Negro, xx de xxxxxx de 2019.

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

\_\_\_\_\_  
**SIMONE ANGÉLICA VITORINO GONDRO**  
Secretária Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
**THIAGO GUSTAVO PFEUFFER WORMS**  
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. n° .....( ) 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:



**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 2019.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.: .....

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

TELEFONE/EMAIL.....

CNPJ:.....

À  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
**REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 006/2019**

Prezados Senhores:

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

DENOMINAÇÃO	VALOR UNITÁRIO
Exame anatomopatológico para congelamento parafina, peça cirúrgica	
Pesquisa de Helicobacter Pylori	

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)





**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 anátomos patológicos, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

**1- Justificativa**

Os exames anátomos patológicos são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal.

Destacamos que, embora os exames anátomos patológicos façam parte da média complexidade, são de fundamental relevância para a qualidade da assistência prestada na atenção básica, já que muitos deles subsidiam o monitoramento da saúde da população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica.

A contratação destes exames através de credenciamento é indispensável, tendo em vista que o município não possui Laboratório Especializado para realização de exames dessa complexidade.

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 e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao município a contratação de exames através de credenciamento.

**2 - Objetivo Geral**

Execução de exames anátomos patológicos 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;



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

- Viabilizar a realização de exames de anatomia patológica 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 anátomos patológicos.

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

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída 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



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

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 conter a identificação do usuário e a data de realização do exame. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento de Municipalização.

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

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

#### **6 - Meta Quantitativa**

<b>Descrição</b>	<b>Meta</b>
Exames de análises clínicas	Atender 100% dos exames autorizados

#### **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 e a avaliação qualitativa pela verificação de registro de reclamatória junto ao Setor de Ouvidoria do SUS e/ou junto ao Departamento de Municipalização, acerca do



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

não atendimento por parte do Laboratório contratado 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 constantes no Anexos I 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:

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

O Laboratório 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 no Conselho de Classe no Estado de localização do Estabelecimento é uma exigência legal. Ressaltamos que a documentação enviada deverá corresponder as 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.

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



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

**8.1.2 – Avaliação da Satisfação do Usuário**

A avaliação da satisfação do usuário se dará através de Registro de Ocorrência no Setor de Ouvidoria do SUS.

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 serviço de quaisquer ocorrência (denúncia, reclamação, sugestão, elogios) relativa ao Laboratório contratado.

**8.2 – Processo de Trabalho da Comissão**

A avaliação da Comissão acerca dos serviços prestados, se dará ao final de cada semestre e será subsidiada com a apresentação de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Municipalização, bem como, pelo documento oficial emitido pela 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

<b>CNES Nº:</b>	
<b>ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:</b>	
<b>AVALIADOR:</b>	<b>CARGO:</b>
<b>PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:</b>	<b>CARGO</b>

**AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>REQUISITOS</b>
<b>DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO</b>			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
<b>GESTÃO DE PESSOAS</b>			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
<b>GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO</b>			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 bioquímico 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.
<b>GESTÃO DA ÁREA FÍSICA</b>			Ambientes identificados e de fácil visualização.
<b>GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b>			Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.
<b>ÁREA FÍSICA BÁSICA</b>			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/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 2019.

**Assinatura do Avaliador**

**Assinatura do Profissional da Unidade**