



PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>20</u>
Proc. <u>1935/18</u>

01. APRESENTAÇÃO.

1.1 Atendendo ao disposto sobre procedimentos para credenciamento, definido pelo Manual de Orientações para Contratações de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde e art. 25 da Lei 8.666/1993, bem como demais legislações complementares aplicadas a matéria, elaborou-se o presente Termo de Referência.

02. DO OBJETO

2.1 Contratação de Empresa Especializada para credenciamento de serviço de saúde complementar nas especialidades de Imunologia/Alergologia e Pneumologia para atender aos pacientes atendidos no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA).

03 DA JUSTIFICATIVA DE INEXIGIBILIDADE

A Regra geral é que a Administração Pública tenha seus contratos precedidos por procedimento licitatório, no entanto, o Art. 25 da Lei nº 8666/93 traz a possibilidade de inexigibilidade de licitação quando houver impossibilidade de competição:

Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I - para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, devendo a comprovação de exclusividade ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes;

II - para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 13 desta Lei, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;

III - para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública.

A inviabilidade de competição, além das hipóteses previstas nos incisos I, II e III, pode ser justificada pela possibilidade de contratar a todos, dessa forma não há que se falar em competição, pois existem vários prestadores e todos podem ser contratados.

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120




O credenciamento é, portanto um mecanismo para efetivar-se uma contratação com inexigibilidade de licitação.

O município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, possui uma população de 332.020 habitantes (estimativa IBGE 2017), concentrando assim 63,5% da população de Roraima.

Na capital encontram-se todas as unidades de saúde de referência em média e alta complexidade do Estado, sendo o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) uma unidade de saúde sob gestão municipal, referência Estadual de pacientes pediátricos, conforme pactuado em CIB-RR.

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), hospital especializado Tipo I, componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Estado de Roraima, referência no atendimento de pacientes pediátricos, oferta aos pacientes da capital, interior e referenciados dos países que fazem fronteira com o Estado de Roraima (Venezuela e República da Guiana), atendimento de urgência, emergência e eletivo em diversas especialidades, entre estas a Imunologia/Alergologia e Pneumologia.

Alergologia é a especialidade da Medicina que visa o diagnóstico e o tratamento das doenças alérgicas. Atualmente esta especialidade recebeu denominação oficial de Alergologia e Imunologia, uma vez que para o seu exercício, o médico especialista deve estar treinado não somente no tratamento das doenças alérgicas, mas deve também possuir profundo conhecimento do funcionamento do sistema imune, bem como estar qualificado para o diagnóstico e o tratamento de todas as suas alterações.

A Alergologia/Imunologia é uma área voltada ao estudo do sistema imunológico e das doenças decorrentes de alterações no seu funcionamento, que podem ser classificadas em três grandes grupos: imunodeficiências, alergias, e doenças auto-imunes. As imunodeficiências se caracterizam por ineficiência do sistema imunológico, congênita ou adquirida, e quadros de infecções recorrentes e graves. Já as alergias são caracterizadas por reações inflamatórias ocasionadas por contato com substâncias que geralmente não causam dano ou irritação na população geral. As doenças auto-imunes, por fim, decorrem de descontrole do sistema imunológico, que faz o organismo criar defesas, linfócitos e anticorpos que reagem contra suas próprias estruturas, dando origem a processos inflamatórios espontâneos em diversos órgãos e tecidos.

Rua Coronel Mota, 418 - Centro - Boa Vista-RR - CEP: 69.309-120

C. G. M.
ANALISADO






PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA

Fls. 22

Proc. 1935/18

27

A pneumologia é uma especialidade que estuda as doenças dos pulmões e das vias aéreas, que compõem o sistema respiratório (ou trato respiratório): fossas nasais (nasofaringe) - Faringe - Laringe - Traqueia - Brônquios-Bronquíolos (respiratórios e terminais)- Alvéolos, seus diagnósticos, tratamentos ou prevenção.

As especialidades acima são ofertadas pelo HCSA e conforme a Direção da Unidade os procedimentos: Testes de Alergia (prick teste, teste de contato e espirometria) são necessários para o diagnóstico e definição do tratamento mais adequado aos pacientes.

Estes exames fornecem informações específicas quanto ao tipo de alergia que o paciente possui e ao identificar os alérgenos específicos, responsáveis pelos sintomas dos pacientes, pode-se definir qual o melhor plano de tratamento para a doença, objetivando eliminar ou controlar os sintomas.

Uma vez controlado os sintomas alérgicos percebe-se uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente. Além disso, observa-se uma redução significativa nas consultas ambulatoriais, emergenciais e no uso constante de medicamentos.

O teste cutâneo de alergia é chamado de Prick Test ou teste de puntura. É um método "in vivo" que consiste em detectar quais alérgenos (são substâncias de origem natural, ambiental ou alimentar que podem induzir a uma reação alérgica) que o indivíduo é sensível. Pode ser dividido em: Teste cutâneo alérgico para alimentos, inalantes e insetos hematófagos:

TESTE CUTÂNEO – ALÉRGICOS PARA ALIMENTOS

Nº	ALIMENTOS (ALÉRGENOS PESQUISADOS)
1	TRIGO
2	LEITE DE VACA
3	OVO
4	SOJA
5	CACAU
6	AMENDOIM
7	CAMARÃO
8	MILHO
9	PESCADO
10	CRUSTÁCEOS
11	GLÚTEN



[Handwritten signature]

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>23</u>
Proc. <u>1935/18</u>

12	NOZES
13	TOMATE
14	MORANGO
15	CARNE DE VACA
16	CARNE DE FRANGO
17	CASTANHA
18	CARANGUEJO

TESTE CUTÂNEO – ALÉRGICOS INALANTES

Nº	INALANTES (ALÉRGICOS PESQUISADOS)
1	FUNGOS MFX
2	D.PTERONYSSINUS (ÁCARO)
3	D. FARINAE(ÁCARO)
4	D.TROPICALIS(ÁCARO)
5	CÃO
6	GATO
7	CAVALO
8	PENAS
9	GRAMÍNEAS MIX
10	POLÉNS

TESTE CUTÂNEO – ALÉRGICOS PARA INSETOS HEMATÓFAGOS

Nº	INSETOS (ALÉRGICOS PESQUISADOS)
1	FORMIGA
2	MOSQUITO
3	BARATA MIX

O patch test, também denominado teste epicutâneo ou teste de contato, é considerado o padrão-ouro no diagnóstico da dermatite de contato alérgica. A dermatite de contato é definida como uma resposta inflamatória na pele, resultante da exposição tópica de substâncias externas.

TESTES DE CONTATO – ATÉ 30 SUBSTÂNCIAS

Nº	SUBSTÂNCIA PESQUISADA
1	ANTRAQUINONA
2	BÁLSAMO DE PERU
3	PPD(MIX)
4	HIDROQUINONA



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA

Fls. 24

Proc. 1935/18

29

5	BICROMATO DE POTÁSSIO
6	PROPILENOGLICOL
7	BUTIL-FENOL PARA TERCIÁRIO
8	NEOMICINA
9	IRGASAN
10	KATHON CG
11	CLORETO DE COBALTO
12	LANOLINA
13	TIURAM(MIX)
14	ETILENODIAMINA
15	PERFUME(MIX)
16	MERCAPTO(MIX)
17	BENZOCAÍNA
18	QUATERNIUM 15
19	QUINOLINA(MIX)
20	PARABEN(MIX)
21	RESINA - EPÓXI
22	THIMEROSAL
23	TEREBINTINA
24	CARBA (MIX)
25	OROMETAZINA
26	SULFATO DE NÍQUEL
27	COLOFÔNIO
28	PARAFENILENODIAMINA
29	FORMALDEÍNA

A imunoterapia é o tratamento preventivo para impedir as reações alérgicas provocadas por substâncias como ácaros da poeira caseira, emanações de bicho de estimação, fungos-do-ar, polens, veneno de abelha, formiga lava-pés...

A imunoterapia ou vacina antialérgica é constituído por um esquema de 4 fases de tratamento e duas fases de manutenção com duração de 3 anos, sendo necessário um cumprimento de todo esquema para obter resposta terapêutica.

A dose da vacina é aumentada gradualmente, isso faz com que o sistema imune se torne menos sensível ao alérgeno e reduza os sintomas da alergia. A imunoterapia reduz a inflamação característica dos processos alérgicos, ou seja, diminuí o processo inflamatório que acompanha a asma, rinite alérgica e Dermatite atópica.

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120






PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA

Fls. 25
Proc. 1935/18

30

ESQUEMA DE DILUIÇÃO	ESQUEMA	QTDA DOSES
1/1.000 (1º fase)	Uma dose semanal	10
1/100 (2º fase)	Uma dose semanal	10
1/20 (3º fase)	Uma dose semanal	10
1/10 (4º fase)	Uma dose semanal	10
1/10(4º fase manutenção)	Uma dose mensal	10

Os testes de função pulmonar visam medir o funcionamento dos pulmões. Isso inclui a capacidade da pessoa de respirar e a capacidade dos pulmões de fornecer oxigênio para o resto do corpo.

PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR

(ESPIROMETRIA)

O teste do suor é realizado para se analisar a dosagem quantitativa de cloro e sódio na amostra coletada, de modo que seja possível diagnosticar a fibrose cística

A Fibrose Cística é uma doença genética de herança recessiva que provoca uma alteração no funcionamento das glândulas que fabricam muco, suor e enzimas digestivas. No ponto de vista médico, há uma mudança singela no transporte de íons nas membranas celulares ou nos tecidos que fazem o revestimento do organismo e acaba comprometendo as glândulas exócrinas, provocando perda do equilíbrio do fluxo de secreções internas, transformando-se em mais espessas e volumosas, causando problemas variados. Por se tratar de uma doença genética, não há maneira de prevenir e não há cura, tornando-se importante o diagnóstico precoce, por meio do Teste do Suor, para que a pessoa possa realizar um tratamento que minimize as complicações que a doença traz.

É comumente diagnosticada na infância, entretanto muitas crianças não passam por um teste do pezinho ampliado (que inclui este rastreamento) e só realizam o teste do pezinho convencional. Por isso, o teste do suor está disponível para análise da existência desta enfermidade.

Existe o teste genético que também pode diagnosticar a fibrose cística, porém são tantas mutações que a padronização dos testes genéticos feitos em

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120

C. G. M.
ANALISADO

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



laboratórios privados ou em hospitais acabam identificando somente os tipos mais frequentes da doença, portanto, o teste do suor acaba sendo mais eficaz e mais recomendado.

04 DO VALOR ESTIMADO E QUANTITATIVOS

4.1 Os procedimentos e valores dos procedimentos de imagem em odontologia objeto deste Edital estão descritos no **anexo I**, assim como os valores e quantidades no **anexo II** em conformidade com a tabela SIGTAP/SUS e valores complementares.

05 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- a. Indicar, em até 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato, um preposto que, nos fins de semana e feriados, atenderá prontamente a Secretaria Municipal de Saúde-SMSA, em casos excepcionais e urgentes, com acesso ao serviço móvel celular ou outro meio, que permita o efetivo contato;
- b. Prestar serviços de acordo com as normas legais;
- c. Manter toda a estrutura administrativa, operacional necessárias à execução do contrato bem como registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa;
- d. 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.
- e. Administrar o quadro de funcionários, competindo-lhe determinar o cumprimento das obrigações e manter atualizado o cadastro dos mesmos no CNES, quando necessário;
- f. Apresentar a SMSA, sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;
- g. Informar a SMSA sobre eventual alteração de sua razão social; de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu Estatuto ou sobre qualquer outra mudança em relação ao contrato, enviando cópia autenticada;






SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 27
Proc. 1935/18

32

- h. Respeitar a mais ampla e irrestrita fiscalização da comissão de credenciamento e/ou do SMSA/DCAR, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações procedentes, caso ocorram;
- i. Atender aos usuários e acompanhantes do Sistema Único de Saúde – SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, não permitindo discriminações de quaisquer espécies mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços;
- j. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos, prejuízos e/ou atos praticados por seus funcionários em serviço, que vier a causar ao CONTRATANTE aos usuários do SUS ou a terceiros, arcando com toda e qualquer indenização proveniente de danos decorrentes de ação ou omissão, ressaltando-se ainda que mesmo atestando o serviço prestado, subsistirá a responsabilidade da CONTRATADA pela solidez, qualidade e segurança destes serviços;
- k. Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços credenciados a realizar, sendo que, o paciente deverá ser atendido no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após a apresentação da Guia de Autorização Ambulatorial (G.A.A) ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA por parte dos usuários do SUS ao prestador;
- l. Informar imediatamente à SMSA/DCAR, sobre qualquer situação que motive a interrupção de um ou mais serviços prestados aos usuários do SUS;
- m. O resultado deverá ser entregue em formato físico e/ou digital no prazo máximo de 10 (dez) dias aos usuários do SUS se exames eletivos. Esse prazo começa a ser contado a partir da data de realização do procedimento pelos usuários
- n. Caso os exames constantes no ANEXO I sejam solicitados com urgência e/ou emergência, o prazo máximo de entrega do resultado será em até 24h (vinte e quatro) horas a fim de realizar o tratamento o mais rápido possível;
- o. Fixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

C. G. M.
ANALISADO
K

[Handwritten signature and initials]





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA	
Fls. <u>28</u>	
Proc. <u>1935/18</u>	<i>J</i>

- p. Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde- Cartão SUS e prestar informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde;
- q. Não divulgar, sob nenhuma forma, os cadastros e arquivos referentes às Unidades de Saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS que vierem a ter acesso;
- r. Assumir a responsabilidade pelos salários, encargos sociais, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas e impostos resultantes do contrato e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir futuramente;
- s. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente instrumento contratual, sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;
- t. Disponibilizar de imediato após a assinatura do contrato, a prestação dos serviços credenciados;
- u. Os equipamentos ou quaisquer outros materiais que venham a ser necessários para a realização dos procedimentos constantes neste instrumento são de responsabilidade da CONTRATADA e devem estar devidamente cadastrados no CNES;
- v. Manter sempre atualizado o cadastro dos usuários, assim como os prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- w. Colher na GAA ou outro formulário físico e/ou digital desta Secretaria a assinatura do paciente ou de seu representante legal, ressaltando que as guias sem assinaturas não serão validadas;
- x. Apresentar mensalmente à SMSA, até o 3º. (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, boletim de produção ambulatorial (BPA) e as G.A.A's ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA dos serviços prestados ou outros documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo que o retardo na referida entrega implicará automaticamente na inclusão desta à produção do mês subsequente;



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR - CEP: 69.309-120

[Handwritten signature]



- y. Apresentar a Nota Fiscal em até 02 (dois) dias úteis após a solicitação pelo setor responsável;
- z. Atender o Plano Operativo na sua integra **anexo III**;
- aa. Responsabilizar-se quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;
- bb. Manter-se, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;
- cc. As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes;
- dd. A CONTRATADA deve possuir o estabelecimento nos perímetros do Município de Boa Vista-RR, em área urbana cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade mínima de pessoal, de materiais e equipamentos;
- ee. A CONTRATADA deverá aceitar a solicitação para execução dos serviços, somente se autorizados mediante G.A.A (Guia de Autorização Ambulatorial), ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.
- ff. A CONTRATADA deverá fazer uma declaração informando os dias e os horários acordados com a contratante para atendimento aos usuários do SUS, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente no município;
- gg. Relacionar e quantificar os equipamentos, bem como cadastrar os mesmos no CNES;
- hh. A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de natureza Ambulatorial em endereço fixo ou Unidade Móvel aos pacientes do Centro de Especialidades Odontológicas do Município de Boa Vista (CEO) e pacientes pediátricos do Hospital da Criança Santo Antônio, conforme faixa etária pactuada em CIB.




- ii. A CONTRATADA não poderá alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.
- jj. A CONTRATADA deverá atender as diretrizes do PNH – Programa Nacional de Humanização;
- kk. A CONTRATADA deverá possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- ll. É de responsabilidade da CONTRATADA o agendamento dos exames;
- mm. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- nn. A CONTRATADA deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados;
- oo. Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame, e Imagem, quando couber, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à CONTRATADA;
- pp. Inserir os resultados dos exames em Sistema de Informação a ser fornecido pela CONTRATANTE;
- qq. A CONTRATADA será a responsável pelo local bem como pelo material necessário para realização dos procedimentos cirúrgicos objetos deste edital;
- rr. A CONTRATADA deverá apresentar o Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado.

05 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

5.1 Exercer, por intermédio do Departamento que solicitou abertura do processo, conforme disposição do artigo 67 da Lei nº 8.666/93, o acompanhamento dos serviços;

5.2 A Avaliação das metas qualitativas e quantitativas do Plano Operativo serão revisadas semestralmente;






PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA

Fls. 31
Proc. 1935/18

36

- 5.3** Revisar o Plano operativo da CONTRATADA observando os critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, a cada 12 (doze) meses;
- 5.4** Inspeccionar as instalações das empresas Contratadas, sempre que achar necessário, através dos Técnicos do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação, ou ainda, acompanhados pela Comissão de Credenciamento;
- 5.5** Sendo constatadas incorreções no BPA, Notas Fiscais e G.A.A's ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, o CREDENCIANTE providenciará sua imediata devolução, a fim de que seja reprocessada a correção pelo CREDENCIADO;
- 5.6** Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS;
- 5.7** O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida – pagar os valores constantes ao previstos deste Edital - não transfere para a SMSA, a obrigação de pagar os serviços ora Contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme: §1º e §2º do Artigo 5º da Portaria nº. 1.286 de 26/10/93;
- 5.8** É de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação - DCAR da Secretária Municipal de Saúde – SMSA, conferir mensalmente os serviços prestados. Podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A (requisição de exame complementares) não esteja devidamente preenchida e/ou presente rasuras;
- 5.9** O controle financeiro dos procedimentos contratados será de responsabilidade da CONTRATANTE, será feito através do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação - DCAR da Secretária Municipal de Saúde – SMSA;
- 5.11** É de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação - DCAR e do Hospital da Criança Santo Antônio a organização do fluxo dos usuários do SUS.

06 DA HABILITAÇÃO DO CRENDECIAAMENTO

6.1. Poderão participar do Credenciamento as entidades públicas, universitárias, filantrópicas e, de forma complementar, as entidades privadas lucrativas, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade



[Handwritten signature]





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA

Fls. 32

Proc. 1935/18

37

jurídico-fiscal, que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e anexos e, que aceitam as exigências estabelecidas pelas normas do SUS e do Direito Administrativo.

6.2 Para participar, o interessado deverá apresentar os documentos para proposta de habilitação, conforme segue abaixo, em ENVELOPE LACRADO, indicando em sua parte externa as seguintes indicações:

À

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA/RR

DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2017

6.3 Deverá constar no envelope de credenciamento:

- a) Carta de Apresentação, na qual deverá relacionar os códigos, se houverem, dos procedimentos para os quais solicita credenciamento, utilizando-se para tal, da Tabela descritiva de procedimentos (ANEXO I), além de declarar estar de acordo com as Normas e Tabelas de Valores definidos pelo SUS, subordinando-se as Diretrizes e normas previstas na Constituição Federal e nas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.666/93 bem como os Termos do Edital de Credenciamento. O interessado deverá também comprometer-se a realizar todos os procedimentos a que se propõe, e declarar estar ciente que, a inclusão ou exclusão deverá ter a anuência expressa do Gestor Municipal de Saúde.

6.4 A empresa deverá apresentar:

- a) Habilitação jurídica; ✓
- b) Regularidade Fiscal e Trabalhista.
- c) Qualificação econômico-financeira; #
- d) Cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal (**Anexo IV**);
- e) Qualificação técnica – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos, Pessoa Jurídica:



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120



e.1) Certificado de registro da empresa no respectivo Órgão de Classe, atualizado.

e.2) Alvará de localização e funcionamento regular;

e.3) Cópia autenticada do Alvará Sanitário (vigente) segundo legislação vigente, emitido pela Vigilância sanitária responsável pela fiscalização da **respectiva atividade**;

e.4) Cópia do comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, sendo que, a empresa deve estar cadastrada a mais de 15 (quinze) dias e com o cadastro validado;

e.5) Atestado de capacitação técnica emitido por pessoa jurídica de Direito **Público ou Privado**, com identificação do emitente e cargo que ocupa na empresa, compatível e pertinente com o bem cotado, e nível de satisfação quanto à prestação dos serviços e qualidade;

f) Qualificação Técnica Específica – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos do Corpo Técnico do Estabelecimento:

f.1) Currículo do responsável técnico do estabelecimento atualizado com cópia autenticada dos documentos comprobatórios, diplomas e títulos de especialista;

f.2) Relação da equipe médica e técnica, todos com cadastro no CNES, com as respectivas formações profissionais e especialidades, informando os números dos registros no respectivo Conselho de Classe;

g) Declaração de inexistência de Fato Superveniente impeditivo da habilitação (**Anexo V**)

h) Declaração de que não é Servidor Público Municipal (**anexo VI**) nos termos dos artigos 2º e 3º, da Lei Complementar Municipal nº. 003/12, para efeito dos impedimentos descritos no art.9º, da lei nº. 8.666/93.



07 DOS CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DO CREDENCIAMENTO

7.1 Serão consideradas habilitadas e credenciadas as pessoas jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e **inabilitadas** aquelas que não atendam à documentação constante do item 6;



7.2 A documentação será submetida à análise pela Comissão de Credenciamento designada pelo Secretário Municipal de Saúde e será composta por servidores municipais, nomeados através de portaria, publicados no Diário Oficial do Município.

08 DA VIGÊNCIA

8.1 O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato.

8.2 A contratação será formalizada pela SMSA por intermédio de instrumento contratual, emissão de nota de empenho de despesa, autorização de compra ou outro instrumento hábil, conforme o art. 62 da Lei nº 8.666, de 1993;

8.3 Instrumento contratual será retirado no prazo de 05 (cinco) dias úteis, nos termos do art. 64 da Lei 8.666/93.

09 DAS PENALIDADES

9.1 As multas moratória, prevista no Artigo 86 da Lei nº 8.666/93 será calculada pelo percentual de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor dos serviços em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste.

9.2 O **Contratante** somente deixará de aplicar eventual sanção caso seja demonstrada a ocorrência de qualquer circunstância prevista no § 1.º do Art. 57 da Lei n.º 8666/93.

9.3 Da aplicação das penalidades definidas neste item, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação.

9.4 A sanção estabelecida no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/93 preconiza que a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, terá prazo até de 2 (dois) anos.

9.5 O valor das multas será descontado dos créditos da **Contratada**, desde já expressamente autorizado.

9.6 Inexecução Total:

a) Multa de 10% (dez por cento) aplicada sobre o valor do contrato;

9.7 Inexecução Parcial:

a) Multa de 10% (dez pro cento) aplicada sobre a parcela do contrato não executada.



GRAU	CORRESPONDÊNCIA
------	-----------------

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 35
Proc. 1935/18

01	Multa de 0,3% sobre o valor da fatura do mês da ocorrência
02	Multa de 0,6% sobre o valor da fatura do mês da ocorrência
03	Multa de 1,2% sobre o valor da fatura do mês da ocorrência
04	Multa de 2,4% sobre o valor da fatura do mês da ocorrência
05	Multa de 4,8% sobre o valor da fatura do mês da ocorrência
06	Multa de 9,6% sobre o valor da fatura do mês da ocorrência

Tabela 2: Tipos de Infração

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
01	Atrasar na implantação de medidas corretivas exigidas pela SMSA ou na execução de outras obrigações contratuais, por ocorrência;	1
02	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do edital e de seus anexos não previstos nesta tabela de multas, por ocorrência;	1
03	Recusar-se a executar serviço determinado pela SMSA, desde que pertinentes às suas atividades, por ocorrência;	2
04	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do edital e seus anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pela SMSA, por item e por ocorrência;	2
05	Deixar de prestar esclarecimentos à Contratante, por ocorrência;	2
06	Deixar de comunicar, por escrito, à Instituição, imediatamente após o fato, qualquer anormalidade ocorrida nos serviços, por fato ocorrido;	3
07	Deixar de designar preposto, por ocorrência;	4
08	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por ocorrência, total ou parcialmente;	4
09	Interromper a realização dos serviços, por ocorrência de paralisação;	5

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120

S. G. F. L.
ANALISADO



PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>36</u>
Proc. <u>1935/18</u>

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
10	Reter equipamento sem autorização da SMSA	5
11	Deixar de cumprir prazos contratuais, sem a devida justificativa, por ocorrência;	5
12	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências Letais;	6
13	Descumprir as determinações da IN 01, de 19 de janeiro de 2010 – SLTI, que dispõe critérios de sustentabilidade ambiental para os serviços contratados.	6
14	Deixar de fornecer EPI' s (Equipamentos de Proteção Individual), quando exigido em lei ou convenção, aos seus empregados ou deixar de impor penalidades àqueles que se negarem a usá-los, por empregado e por ocorrência.	6

10 DO PAGAMENTO

10.1 O pagamento será efetuado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS), até 30 (trinta) dias após a efetiva execução do serviço do presente Edital à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), mediante apresentação da documentação da empresa (Nota Fiscal/DANFE), atestadas pela SMSA/PMBV e respectivas certidões;

10.2 Na Nota Fiscal/DANFE deverão constar:

Nome: MUNICÍPIO DE BOA VISTA/PREFEITURA MUNICIPAL.

CNPJ: 05.943.030/0001-55

Endereço Palácio 09 de Julho – Rua General Penha Brasil, nº 1011 – Bairro São Francisco – CEP: 69.305-130

10.3 Na ocorrência de rejeição da Nota Fiscal/DANFE, motivada por erro ou incorreções, o prazo para pagamento estipulado acima passará a ser contado a partir da data da sua reapresentação.



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 37
Proc. 1935/18

42

10.4 Os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos neste Edital, poderão ser reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos do art. 26, da Lei 8.080/90 e das Normas Gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos;

10.5 A CONTRATANTE poderá deduzir do montante a pagar os valores correspondentes a multas ou indenizações devidas pelo FORNECEDOR, se for o caso;

10.6 A entrega dos comprovantes dos procedimentos executados para efeito de pagamento pela SMSA à empresa contratada deverá apresentar:

10.6.1 A Comprovação dos procedimentos executados, serão através de B.P.A (Boletim de Produção Ambulatorial) em formato digital, sempre demonstrando quantidade de procedimentos realizados e valores, juntamente com a G.A.A (Guia de Autorização Ambulatorial) devidamente autorizada pela unidade responsável;

10.7 Caso haja incorreção no faturamento, os documentos de cobrança serão devolvidos para regularização, não cabendo atualização financeira;

10.8 A Nota Fiscal/DANFE deverá ser emitida pela própria CONTRATADA, obrigatoriamente com o número de inscrição do CNPJ apresentado nos documentos de habilitação e da proposta e no Contrato, constando ainda o número da nota de empenho correspondente, não se admitindo Notas Fiscais/DANFE emitidos com outros CNPJ's, mesmo aqueles de filiais ou da matriz;

10.9 Nas Notas Fiscais/DANFE deverão constar, impreterivelmente, o número do processo, o número do empenho, o número do Contrato e Descrição do Objeto conforme proposta;

10.10 Não serão efetuados quaisquer pagamentos à CONTRATADA, enquanto houver pendência de liquidação da obrigação, em virtude de penalidade imposta à CONTRATADA ou inadimplência contratual, inclusive quanto a não apresentação do demonstrativo dos serviços prestados;



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 38
Proc. 1935/18

43

10.11 A critério da CONTRATANTE poderão ser utilizados os pagamentos devidos para cobrir possíveis despesas com multas, indenizações ou outras de responsabilidade da CONTRATADA.

11 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1 A despesa correrá a conta da seguinte Dotação Orçamentária:

Fonte de Recurso: **SUS / RP**

Programa de trabalho: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

12 DAS ALTERAÇÕES

12.1 Este instrumento poderá ser alterado na ocorrência de quaisquer dos fatos estipulados no art. 65, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores;

12.2 A CONTRATADA obriga-se a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do Contrato e/ou supressões que se fizerem necessárias no quantitativo dos serviços, de conformidade com o art. 65, parágrafos 1º e 2º da Lei nº 8.666/93.

13 DA FISCALIZAÇÃO

1 3.1 A execução das obrigações contratuais integrante deste instrumento será fiscalizada pelos servidores desta Secretaria Municipal de Saúde, Sr. **Iderlene dos Santos Pereira - matrícula 25402** e Sra. **Elenilde Gomes dos Santos - matrícula 26280** neste ato denominado FISCAL (is), devidamente credenciado, no qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual, dando ciência de tudo ao credenciado (Art. 67, da Lei 8.666/93);

13.2 Esta fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiro, por qualquer irregularidade, não implicando também, corresponsabilidade do CONTRATANTE ou de seus agentes e prepostos (art. 70, da lei nº 8.666/93).

14 DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO



[Handwritten signatures and initials]

Rua Coronel Mota, 418 - Centro - Boa Vista-RR - CEP: 69.309-120



14.1 A rescisão contratual ocorrerá imediata e independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial quando ocorrer às situações previstas nos artigos 77 e 78 da Lei 8.666/93, na forma prescrita nos artigos 79 e 80 do mencionado diploma legal;

14.2 O não cumprimento ou o cumprimento irregular das cláusulas e condições estabelecidas no contrato, por parte da CONTRATADA, assegurará ao CONTRATANTE o direito de dá-lo por rescindido, mediante notificação através de ofício, entregue diretamente ou por via postal, com prova de recebimento, sem ônus de qualquer espécie para a administração. O Credenciado que deseja solicitar o descredenciamento, deverá fazê-lo mediante aviso escrito a ser encaminhado ao Gestor Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

15 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 Aplicam-se, no que couber, a disposição constante da Lei nº 8.078/90 – Código de Defesa do consumidor;

15.2 O contrato poderá ser rescindido, por mútuo interesse entre as partes, atendido a conveniência do contratante, recebendo o contratado o valor correspondente ao objeto correspondente, bem como de forma imediata e independentemente de interpretação judicial ou extrajudicial;

15.3 É vedada a subcontratação, cedência ou transferência da execução do objeto, no todo ou em parte, a terceiro, sem prévia e expressa anuência do CONTRATANTE, sob pena de rescisão;

15.4 Os casos omissos e as dúvidas que surgirem quando da execução do contrato, serão resolvidas entre as partes contratantes por meio de procedimentos administrativos.

16 ANEXOS

16.1 Constatam como parte integrante deste Edital:

16.2 ANEXO I – TABELA – PROCEDIMENTOS E VALORES;

16.3 ANEXO II - QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL;

16.4 ANEXO III – - QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL






PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 40
Proc. 1935/18

45

16.5 Anexo IV – PLANO OPERATIVO

16.5 ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL;

16.6 ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE.

16.7 ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR MUNICIPAL

17 INFORMAÇÕES

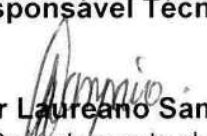
17.1 Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde, pelo fone (095) 3621-1015 (Departamento de Controle, Avaliação e Regulação – DCAR), situado na Rua Coronel Mota, nº 418 – Centro, Cep. 69.301-120 – Boa Vista – RR.

Boa Vista/RR, 02 de agosto de 2018.


Elaborado por:


Johnson Nascimento
Núcleo de Controle – SMSA

Responsável Técnico:



Nasser Laureano Sampaio
Diretor do Departamento de Controle,
Avaliação e Regulação

Responsável:


Michelly Barbosa Rosa Filgueiras
Superintendente de Atenção Especializada
SAE/SMSA

Fiscais


Iderlene dos Santos Pereira
Matrícula 25402


Elenilde Gomes dos Santos
Matrícula nº 26280

De acordo.


Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal de Saúde



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120



**PREFEITURA
BOA VISTA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 41
Proc. 1935/18

46

**ANEXO I
PROCEDIMENTOS E VALORES**

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR SUS (RS)	VALOR RP (RS)	VALOR TOTAL (RS)
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1,77	11,81	13,58
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77	14,65	16,42
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	6,36	138,99	145,35
02.02.09.014-0	DOSAGEM DE SÓDIO E CLORO NO SUOR (COM COLETA)	-	535,56	535,56

PACIENTE	FASE	VALOR RP (RS)
EM FASE DE MANUTENÇÃO		62,64
TRATAMENTO INICIADO (FASE 2 A 4)	FASE 2	55,81
	FASE 3	55,81
	FASE 4	62,64
NOVOS PACIENTES (FASE 1 A 4)	FASE 1	55,81
	FASE 2	55,81
	FASE 3	55,81
	FASE 4	62,64

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120

f



PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 42
Proc. 1935/18

47

ANEXO II

QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL

Testes alérgicos, espirometria e dosagem de sódio.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QNT PACIENTES MENSAL	QNT PROCEDIMENTOS POR PACIENTE	VALOR MENSAL SUS(R\$)	VALOR MENSAL PRÓPRIO (R\$)	VALOR MENSAL TOTAL (R\$)	VALOR ANUAL SUS (R\$)	VALOR ANUAL RP (R\$)	VALOR ANUAL TOTAL (R\$)
02.02.03.1 15-2	TESTES CUTANEO DE LEITURA IMEDIATA	80	18	2.548,80	17.006,40	19.555,20	30.585,60	204.076,80	234.662,40
02.02.03.1 14-4	TESTES ALÉRGICOS DE CONTATO	20	29	1.026,60	8.497,00	9.523,60	12.319,20	101.964,00	114.283,20
02.11.08.0 05-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COM BRONCODILATADOR	40	1	254,40	5.559,60	5.814,00	3.052,80	66.715,20	69.768,00
02.02.09.0 14-0	DOSAGEM DE SÓDIO E CLORO NO SUOR (COM COLETA)	4	1	-	2.142,24	2.142,24	-	25.706,88	25.706,88
TOTAL		144	49	3.829,80	33.205,24	37.035,04	45.957,60	398.462,88	418.713,60

O quantitativo de procedimentos estimados para o ano de 2018 foi elaborado utilizando como referência o quantitativo informado pelo HCSA através do MEMO 900/2018/Direção Técnica/HCSA e MEMO nº 6605 e 6796/2018/Direção Gerall/HCSA/SMSA.



Rua Coronel Mota, 418 - Centro - Boa Vista-RR - CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA	
Fls.	43
Proc.	1935/18

ANEXO III
QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL
Imunoterapia

IMUNOTERAPIA					
PACIENTES	FASE	QNT MENSAL PACIENTES	DOSE MENSAL PACIENTES	VALOR RP MENSAL (RS)	VALOR ANUAL (RS)
EM FASE DE MANUTENÇÃO		10	1	626,40	7.516,80
TRATAMENTO INICIADO (FASE 2 A 4)	FASE 2	4	5	1.116,20	13.394,40
	FASE 3	3	5	837,15	10.045,80
	FASE 4	3	5	939,60	11.275,20
NOVOS PACIENTES (FASE 1 A 4)	FASE 1	2	5	558,10	6.697,20
	FASE 2	1	5	279,05	3.348,60
	FASE 3	1	5	279,05	3.348,60
	FASE 4	1	5	313,20	3.758,40
TOTAL		25	36	4.948,75	59.385,00

O quantitativo de procedimentos estimados para o ano de 2018 foi elaborado utilizando como referência o quantitativo informado pelo HCSA através do MEMO 900/2018/Direção Técnica/HCSA.

C. G. M.
ANALISADO
[Assinatura]

Rua Coronel Mota, 418 - Centro - Boa Vista-RR - CEP: 69.309-120



ANEXO IV PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

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

1- Justificativa

O município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, possui uma população de 332.020 habitantes (estimativa IBGE 2017), concentrando assim 63,5% da população de Roraima.

Na capital encontram-se todas as unidades de saúde de referência em média e alta complexidade do Estado, sendo o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) uma unidade de saúde sob gestão municipal, referência Estadual de pacientes pediátricos, conforme pactuado em CIB-RR

O município, através da rede própria ou credenciada, atende pacientes pediátricos provenientes da capital e demais municípios, além dos referenciados dos países que fazem fronteira com o Estado de Roraima, Venezuela e República da Guiana.

O serviço de Oftalmologia de urgência, emergência e eletivo (consultas, exames e cirurgias eletivas), são ofertados através da HCSA ou rede credenciada.

Atualmente, o atendimento e procedimentos de urgência e emergência e algumas cirurgias eletivas são realizadas pela equipe do serviço de oftalmologia. Os exames relacionados no anexo I são exames complementares necessários para esclarecimento diagnóstico e definição cirúrgica nas especialidades de cirurgia pediátrica, cirurgia geral, urologia, gastroenterologia e medicina intensiva, especialidades presentes no Hospital da Criança Santo Antônio.

Tais exames, atualmente, não são disponibilizados através da rede própria municipal de saúde.

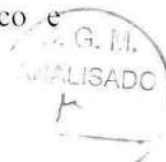
2 - Objetivo Geral

Execução de serviço de oftalmologia de natureza Ambulatorial (fixo ou móvel), atendidos na Rede Municipal de Saúde ou referenciados dos demais municípios do Estado de Roraima, conforme faixa etária pactuada em CIB.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização dos procedimentos oftalmológicos objeto do Edital citado anteriormente, em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>45</u>
Proc. <u>1935/18</u>

- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde
- Subsidiar a 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 do Município de Boa Vista, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários à realização dos procedimentos oftalmológicos relacionados neste edital de credenciamento.

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

São competências e/ou funções da contratada:

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

5 – Controle, Avaliação e Regulação

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 pediátrica residente no estado.

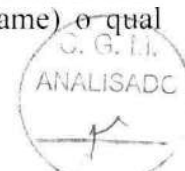
A autorização dos exames será de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação (DCAR/SMSA), o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado e o agendamento será de responsabilidade da contratada, se eletivo.

Os serviços serão autorizados por meio de G.A.A ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Os serviços prestados serão mensalmente conferidos pelo Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A (requisição de exames complementares) ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA não esteja devidamente preenchida e com rasuras.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; e Imagem em formato físico e/ou digital, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>46</u>
Proc. <u>1935/18</u>

deverá retirá-lo junto à contratada, caso o paciente esteja internado no HCSA o resultado deverá ser entregue no mesmo.

6 – Recurso Financeiro

Programa: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recurso: SUS

Programa: 10.302.0043.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recurso: Próprio

7 – Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Procedimentos oftalmológicos	Atender 100% dos exames agendados.

8 - 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.

9 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

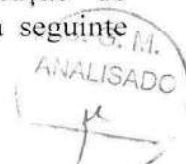
Será formada uma comissão composta por profissionais da Superintendência da Atenção Especializada e do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação que irão avaliar semestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

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

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 Formulários I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

9.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

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



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA	
Fls.	47
Proc.	1935/18

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

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

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

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

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

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



Rua Coronel Mota, 418 - Centro - Boa Vista-RR - CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>48</u>
Proc. <u>1935/18</u>

AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

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

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame e respectiva imagem, devidamente carimbado e assinado pelo médico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao DCAR, 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, com exceção da imagem).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Realiza manutenção predial corretiva.
			Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS			Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.
			Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
HIGIENE			Roupa da maca limpa e trocada diariamente ou sempre que necessário, de forma a manter a higiene.
			Avental disponibilizado aos usuários do SUS, limpos e sem cheiro
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/sala de espera e sala de exames.	

Pontuação: _____

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>49</u>
Proc. <u>1935/18</u>

Parecer do avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>50</u>
Proc. <u>1935/18</u>

DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS PERFIL DO USUÁRIO

IDADE:	SEXO:
ESCOLARIDADE:	

AMBIÊNCIA

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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOAVEL	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, pelo exame realizado.		
Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.	R\$ _____	

Pontuação: _____

Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. 51
Proc. 1935/18

Parecer do Avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Avaliador



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA	
Fls.	<u>52</u>
Proc.	<u>1935/18</u>

ANEXO V
MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR
DECLARAÇÃO ART. 7º, XXXIII, DA CF

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei no 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO

Boa Vista – RR, _____ de _____ de _____.

Representante Legal



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>53</u>
Proc. <u>1935/18</u>

ANEXO VI

MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

Empresa/Entidade _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, em cumprimento ao exigido no Edital de Chamada Pública nº ____/201__ declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua Habilitação, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

NC/SMSA
Fls. <u>54</u>
Proc. <u>1935/18</u>

ANEXO VII MODELO

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, que seus proprietários, diretores e sócios não pertencem ao quadro de servidores públicos do Município, nem exercem cargo de chefia e/ou função de confiança na Administração Pública nos moldes do item 3.3., II, B.

Boa Vista – RR, _____ de _____ de _____.

Representante Legal



Rua Coronel Mota, 418 - Centro – Boa Vista-RR – CEP: 69.309-120





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



Edital de Credenciamento nº 004/2018

COMPOSIÇÃO DO EDITAL

- 01.DO OBJETO
- 02.DA JUSTIFICATIVA DE INEXIGIBILIDADE
- 03.DO VALOR ESTIMADO E QUANTITATIVO
- 04.DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
- 05.DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE
- 06.DA HABILITAÇÃO DO CREDENCIAMENTO
- 07.DOS CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DO CREDENCIAMENTO
- 08.DA VIGÊNCIA
- 09.DAS PENALIDADES
- 10.DO PAGAMENTO
- 11.DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
- 12.DAS ALTERAÇÕES
- 13.DA FISCALIZAÇÃO
- 14.DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO
- 15.DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
- 16.ANEXOS
- 17.INFORMAÇÕES



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



61
 19/35/10
 56
 galvão

EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 004/2018

A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Rua Coronel Mota, 418, Bairro São Pedro, a partir da sua publicação, DOCUMENTAÇÃO 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, usando como referência os valores da Tabela SIGTAP/SUS e/ou de forma complementar, Recurso Próprio, os procedimentos conforme adiante elencados e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

01 DO OBJETO

1.1 Contratação de Empresa Especializada para credenciamento de serviço de saúde complementar nas especialidades de Imunologia/Alergologia e Pneumologia para atender aos pacientes atendidos no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA).

02 DA JUSTIFICATIVA DE INEXIGIBILIDADE

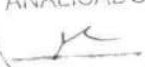
A Regra geral é que a Administração Pública tenha seus contratos precedidos por procedimento licitatório, no entanto, o Art. 25 da Lei nº 8666/93 traz a possibilidade de inexigibilidade de licitação quando houver impossibilidade de competição:

Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I - para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, devendo a comprovação de exclusividade ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes;

II - para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 13 desta Lei, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;

III - para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública.

C. G. Galvão
 ANALISADO


Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





A inviabilidade de competição, além das hipóteses previstas nos incisos I, II e III, pode ser justificada pela possibilidade de contratar a todos, dessa forma não há que se falar em competição, pois existem vários prestadores e todos podem ser contratados.

O credenciamento é, portanto um mecanismo para efetivar-se uma contratação com inexigibilidade de licitação.

O município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, possui uma população de 332.020 habitantes (estimativa IBGE 2017), concentrando assim 63,5% da população de Roraima.

Na capital encontram-se todas as unidades de saúde de referência em média e alta complexidade do Estado, sendo o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) uma unidade de saúde sob gestão municipal, referência Estadual de pacientes pediátricos, conforme pactuado em CIB-RR.

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), hospital especializado Tipo I, componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Estado de Roraima, referência no atendimento de pacientes pediátricos, oferta aos pacientes da capital, interior e referenciados dos países que fazem fronteira com o Estado de Roraima (Venezuela e República da Guiana), atendimento de urgência, emergência e eletivo em diversas especialidades, entre estas a Imunologia/Alergologia e Pneumologia.

Alergologia é a especialidade da medicina que visa o diagnóstico e o tratamento das doenças alérgicas. Atualmente esta especialidade recebeu denominação oficial de Alergologia e Imunologia, uma vez que para o seu exercício, o médico especialista deve estar treinado não somente no tratamento das doenças alérgicas, mas deve também possuir profundo conhecimento do funcionamento do sistema imune, bem como estar qualificado para o diagnóstico e o tratamento de todas as suas alterações.

A Alergologia/Imunologia é uma área voltada ao estudo do sistema imunológico e das doenças decorrentes de alterações no seu funcionamento, que podem ser classificadas em três grandes grupos: imunodeficiências, alergias, e doenças auto-imunes. As imunodeficiências se caracterizam por ineficiência do sistema imunológico, congênita ou adquirida, e quadros de infecções recorrentes e graves. Já as alergias são caracterizadas por reações inflamatórias ocasionadas por contato com substâncias que geralmente não causam dano ou irritação na população geral. As doenças auto-imunes, por fim, decorrem de descontrole do sistema imunológico, que faz o organismo criar defesas, linfócitos e


 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde

J. G. M.
 ANALISADO





anticorpos que reagem contra suas próprias estruturas, dando origem a processos inflamatórios espontâneos em diversos órgãos e tecidos.

A pneumologia é uma especialidade que estuda as doenças dos pulmões e das vias aéreas, que compõem o sistema respiratório (ou trato respiratório): fossas nasais (nasofaringe) - Faringe - Laringe - Traqueia - Brônquios-Bronquíolos (respiratórios e terminais)- Alvéolos, seus diagnósticos, tratamentos ou prevenção.

As especialidades acima são ofertadas pelo HCSA e conforme a Direção da Unidade os procedimentos: Testes de Alergia (prick teste, teste de contato e espirometria) são necessários para o diagnóstico e definição do tratamento mais adequado aos pacientes.

Estes exames fornecem informações específicas quanto ao tipo de alergia que o paciente possui e ao identificar os alérgenos específicos, responsáveis pelos sintomas dos pacientes, pode-se definir qual o melhor plano de tratamento para a doença, objetivando eliminar ou controlar os sintomas.

Uma vez controlado os sintomas alérgicos percebe-se uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente. Além disso, observa-se uma redução significativa nas consultas ambulatoriais, emergenciais e no uso constante de medicamentos.

O teste cutâneo de alergia é chamado de Prick Test ou teste de puntura. É um método "in vivo" que consiste em detectar quais alérgenos (são substâncias de origem natural, ambiental ou alimentar que podem induzir a uma reação alérgica) que o indivíduo é sensível. Pode ser dividido em: Teste cutâneo alérgico para alimentos, inalantes e insetos hematófagos:

TESTE CUTÂNEO – ALÉRGICOS PARA ALIMENTOS

Nº	ALIMENTOS (ALÉRGENOS PESQUISADOS)
1	TRIGO
2	LEITE DE VACA
3	OVO
4	SOJA
5	CACAU
6	AMENDOIM
7	CAMARÃO
8	MILHO
9	PESCADO
10	CRUSTÁCEOS
11	GLÚTEN
12	NOZES



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





DCAR
1935/18
59
jmw

13	TOMATE
14	MORANGO
15	CARNE DE VACA
16	CARNE DE FRANGO
17	CASTANHA
18	CARANGUEJO

TESTE CUTÂNEO – ALÉRGICOS INALANTES

Nº	INALANTES (ALÉRGICOS PESQUISADOS)
1	FUNGOS MFX
2	D.PTERONYSSINUS (ÁCARO)
3	D. FARINAE(ÁCARO)
4	D.TROPICALIS(ÁCARO)
5	CÃO
6	GATO
7	CAVALO
8	PENAS
9	GRAMÍNEAS MIX
10	POLÉNS

TESTE CUTÂNEO – ALÉRGICOS PARA INSETOS HEMATÓFAGOS

Nº	INSETOS (ALÉRGICOS PESQUISADOS)
1	FORMIGA
2	MOSQUITO
3	BARATA MIX

O patch test, também denominado teste epicutâneo ou teste de contato, é considerado o padrão-ouro no diagnóstico da dermatite de contato alérgica. A dermatite de contato é definida como uma resposta inflamatória na pele, resultante da exposição tópica de substâncias externas.

TESTES DE CONTATO – ATÉ 30 SUBSTÂNCIAS

Nº	SUBSTÂNCIA PESQUISADA
1	ANTRAQUINONA
2	BÁLSAMO DE PERU
3	PPD(MIX)
4	HIDROQUINONA
5	BICROMATO DE POTÁSSIO
6	PROPILENOGLICOL
7	BUTIL-FENOL PARA TERCIÁRIO

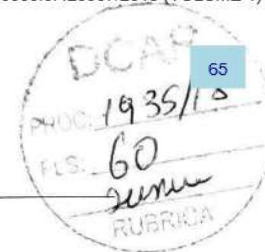
C.G.T.S.
ANALISADO
K

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



8	NEOMICINA
9	IRGASAN
10	KATHON CG
11	CLORETO DE COBALTO
12	LANOLINA
13	TIURAM(MIX)
14	ETILENODIAMINA
15	PERFUME(MIX)
16	MERCAPTO(MIX)
17	BENZOCAÍNA
18	QUATERNIUM 15
19	QUINOLINA(MIX)
20	PARABEN(MIX)
21	RESINA - EPÓXI
22	THIMEROSAL
23	TEREBINTINA
24	CARBA (MIX)
25	OROMETAZINA
26	SULFATO DE NÍQUEL
27	COLOFÔNIO
28	PARAFENILENODIAMINA
29	FORMALDEÍNA

A imunoterapia é o tratamento preventivo para impedir as reações alérgicas provocadas por substâncias como ácaros da poeira caseira, emanações de bicho de estimação, fungos-do-ar, polens, veneno de abelha, formiga lava-pés...

A imunoterapia ou vacina antialérgica é constituído por um esquema de 4 fases de tratamento e duas fases de manutenção com duração de 3 anos, sendo necessário um cumprimento de todo esquema para obter resposta terapêutica.

A dose da vacina é aumentada gradualmente, isso faz com que o sistema imune se torne menos sensível ao alérgeno e reduza os sintomas da alergia. A imunoterapia reduz a inflamação característica dos processos alérgicos, ou seja, diminuí o processo inflamatório que acompanha a asma, rinite alérgica e Dermatite atópica.

ESQUEMA DE DILUIÇÃO	ESQUEMA	QTDA DOSES
1/1.000 (1º fase)	Uma dose semanal	10



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





PREFEITURA
BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULIZAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



1/100 (2º fase)	Uma dose semanal	10
1/20 (3º fase)	Uma dose semanal	10
1/10 (4º fase)	Uma dose semanal	10
1/10(4º fase manutenção)	Uma dose mensal	10

Os testes de função pulmonar visam medir o funcionamento dos pulmões. Isso inclui a capacidade da pessoa de respirar e a capacidade dos pulmões de fornecer oxigênio para o resto do corpo.

PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR
(ESPIROMETRIA)

O teste do suor é realizado para se analisar a dosagem quantitativa de cloro e sódio na amostra coletada, de modo que seja possível diagnosticar a fibrose cística

A Fibrose Cística é uma doença genética de herança recessiva que provoca uma alteração no funcionamento das glândulas que fabricam muco, suor e enzimas digestivas. No ponto de vista médico, há uma mudança singela no transporte de íons nas membranas celulares ou nos tecidos que fazem o revestimento do organismo e acaba comprometendo as glândulas exócrinas, provocando perda do equilíbrio do fluxo de secreções internas, transformando-se em mais espessas e volumosas, causando problemas variados. Por se tratar de uma doença genética, não há maneira de prevenir e não há cura, tornando-se importante o diagnóstico precoce, por meio do Teste do Suor, para que a pessoa possa realizar um tratamento que minimize as complicações que a doença traz.

É comumente diagnosticada na infância, entretanto muitas crianças não passam por um teste do pezinho ampliado (que inclui este rastreamento) e só realizam o teste do pezinho convencional. Por isso, o teste do suor está disponível para análise da existência desta enfermidade.

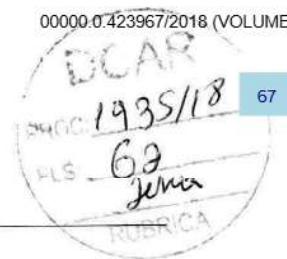
Existe o teste genético que também pode diagnosticar a fibrose cística, porém são tantas mutações que a padronização dos testes genéticos feitos em laboratórios privados ou em hospitais acabam identificando somente os tipos mais frequentes da doença, portanto, o teste do suor acaba sendo mais eficaz e mais recomendado.

Atualmente estes procedimentos não são disponibilizados na rede própria municipal de saúde e/ou rede credenciada, tornando-se necessário o credenciamento para melhor definição diagnóstica e seguimento nos pacientes pediátricos atendidos no HCSA.



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





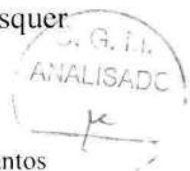
03 DO VALOR ESTIMADO E QUANTITATIVOS

3.1 Os procedimentos e valores dos objetos deste Edital estão descritos no **anexo I**, assim como os valores e quantidades no **anexo II** e **III** em conformidade com a tabela SIGTAP/SUS e valores complementares.

04 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- a. Indicar, em até 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato, um preposto que, nos fins de semana e feriados, atenderá prontamente a Secretaria Municipal de Saúde-SMSA, em casos excepcionais e urgentes, com acesso ao serviço móvel celular ou outro meio, que permita o efetivo contato;
- b. Prestar serviços de acordo com as normas legais;
- c. Manter toda a estrutura administrativa, operacional necessárias à execução do contrato bem como registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa;
- d. 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.
- e. Administrar o quadro de funcionários, competindo-lhe determinar o cumprimento das obrigações e manter atualizado o cadastro dos mesmos no CNES, quando necessário;
- f. Apresentar a SMSA, sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;
- g. Informar a SMSA sobre eventual alteração de sua razão social; de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu Estatuto ou sobre qualquer outra mudança em relação ao contrato, enviando cópia autenticada;
- h. Respeitar a mais ampla e irrestrita fiscalização da comissão de credenciamento e/ou do SMSA/DCAR, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações procedentes, caso ocorram;
- i. Atender aos usuários e acompanhantes do Sistema Único de Saúde – SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, não permitindo discriminações de quaisquer espécies mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços;

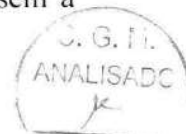
Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



- j. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos, prejuízos e/ou atos praticados por seus funcionários em serviço, que vier a causar ao CONTRATANTE aos usuários do SUS ou a terceiros, arcando com toda e qualquer indenização proveniente de danos decorrentes de ação ou omissão, ressaltando-se ainda que mesmo atestando o serviço prestado, subsistirá a responsabilidade da CONTRATADA pela solidez, qualidade e segurança destes serviços;
- k. Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços credenciados a realizar, sendo que, o paciente deverá ser atendido no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após a apresentação da Guia de Autorização Ambulatorial (G.A.A.) ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA por parte dos usuários do SUS ao prestador;
- l. Informar imediatamente à SMSA/DCAR, sobre qualquer situação que motive a interrupção de um ou mais serviços prestados aos usuários do SUS;
- m. O resultado deverá ser entregue em formato físico e/ou digital no prazo máximo de 10 (dez) dias aos usuários do SUS se exames eletivos. Esse prazo começa a ser contado a partir da data de realização do procedimento pelos usuários
- n. Caso os exames constantes no ANEXO I sejam solicitados com urgência e/ou emergência, o prazo máximo de entrega do resultado será em até 24h (vinte e quatro) horas a fim de realizar o tratamento o mais rápido possível;
- o. Fixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- p. Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde-Cartão SUS e prestar informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde;
- q. Não divulgar, sob nenhuma forma, os cadastros e arquivos referentes às Unidades de Saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS que vierem a ter acesso;
- r. Assumir a responsabilidade pelos salários, encargos sociais, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas e impostos resultantes do contrato e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir futuramente;
- s. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente instrumento contratual, sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;



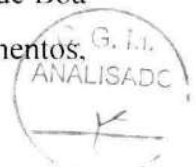
Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



S.G.M.
ANALISADO
K

- t. Disponibilizar de imediato após a assinatura do contrato, a prestação dos serviços credenciados;
- u. Os equipamentos ou quaisquer outros materiais que venham a ser necessários para a realização dos procedimentos constantes neste instrumento são de responsabilidade da CONTRATADA e devem estar devidamente cadastrados no CNES;
- v. Manter sempre atualizado o cadastro dos usuários, assim como os prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- w. Colher na G.A.A. ou outro formulário físico e/ou digital desta Secretaria a assinatura do paciente ou de seu representante legal, ressaltando que as guias sem assinaturas não serão validadas;
- x. Apresentar mensalmente à SMSA, até o 3º. (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, boletim de produção ambulatorial (BPA) e as G.A.A's ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA dos serviços prestados ou outros documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo que o retardo na referida entrega implicará automaticamente na inclusão desta à produção do mês subsequente;
- y. Apresentar a Nota Fiscal em até 02 (dois) dias úteis após a solicitação pelo setor responsável;
- z. Atender o Plano Operativo na sua integra **anexo III**;
- aa. Responsabilizar-se quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;
- bb. Manter-se, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;
- cc. As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes;
- dd. A CONTRATADA deve possuir o estabelecimento nos perímetros do Município de Boa Vista-RR, em área urbana cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade mínima de pessoal, de materiais e equipamentos;


 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

1935/13
65
SMA

70

- ee. A CONTRATADA deverá aceitar a solicitação para execução dos serviços, somente se autorizados mediante G.A.A. (Guia de Autorização Ambulatorial), ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.
- ff. A CONTRATADA deverá fazer uma declaração informando os dias e os horários acordados com a contratante para atendimento aos usuários do SUS, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente no município;
- gg. Relacionar e quantificar os equipamentos, bem como cadastrar os mesmos no CNES;
- hh. A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de natureza Ambulatorial em endereço fixo ou Unidade Móvel aos pacientes pediátricos do Hospital da Criança Santo Antônio , conforme faixa etária pactuada em CIB.
- ii. A CONTRATADA não poderá alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.
- jj. A CONTRATADA deverá atender as diretrizes do PNH – Programa Nacional de Humanização;
- kk. A CONTRATADA deverá possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- ll. É de responsabilidade da CONTRATADA o agendamento dos exames;
- mm. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- nn. A CONTRATADA deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados;
- oo. Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame, e Imagem, quando couber, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à CONTRATADA;
- pp. Inserir os resultados dos exames em Sistema de Informação a ser fornecido pela CONTRATANTE;

Cl. G. M.
ANALISADO

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





qq. A CONTRATADA será a responsável pelo local bem como pelo material necessário para realização dos procedimentos cirúrgicos objetos deste edital;

rr. A CONTRATADA deverá apresentar o Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado.

05 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

5.1 Exercer, por intermédio do Departamento que solicitou abertura do processo, conforme disposição do artigo 67 da Lei nº 8.666/93, o acompanhamento dos serviços;

5.2 A Avaliação das metas qualitativas e quantitativas do Plano Operativo serão revisadas semestralmente;

5.3 Revisar o Plano operativo da CONTRATADA observando os critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, a cada 12 (doze) meses;

5.4 Inspeccionar as instalações das empresas Contratadas, sempre que achar necessário, através dos Técnicos do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação, ou ainda, acompanhados pela Comissão de Credenciamento;

5.5 Sendo constatadas incorreções no BPA, Notas Fiscais e G.A.A's ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, o CREDENCIANTE providenciará sua imediata devolução, a fim de que seja reprocessada a correção pelo CREDENCIADO;

5.6 Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS;

5.7 O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida – pagar os valores constantes ao previstos deste Edital - não transfere para a SMSA, a obrigação de pagar os serviços ora Contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme: §1º e §2º do Artigo 5º da Portaria nº. 1.286 de 26/10/93;

5.8 É de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação - DCAR da Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, conferir mensalmente os serviços prestados. Podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A. (requisição de exame complementares) não esteja devidamente preenchida e/ou apresente rasuras;



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





5.9 O controle financeiro dos procedimentos contratados será de responsabilidade da CONTRATANTE, será feito através do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação - DCAR da Secretária Municipal de Saúde – SMSA;

5.11 É de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação - DCAR e do Hospital da Criança Santo Antônio a organização do fluxo dos usuários do SUS.

06 DA HABILITAÇÃO DO CRENCIAMENTO

6.1. Poderão participar do Credenciamento as entidades públicas, universitárias, filantrópicas e, de forma complementar, as entidades privadas lucrativas, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e anexos e, que aceitam as exigências estabelecidas pelas normas do SUS e do Direito Administrativo.

6.2 Para participar, o interessado deverá apresentar os documentos para proposta de habilitação, conforme segue abaixo, em ENVELOPE LACRADO, indicando em sua parte externa as seguintes indicações:

À
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA/RR
DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº
001/2017

RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL COMPLETA DO INTERESSADO


6.3 Deverão constar no envelope de credenciamento:

a) Carta de Apresentação, na qual deverá relacionar os códigos, se houverem dos procedimentos para os quais solicita credenciamento, utilizando-se para tal, da Tabela descritiva de procedimentos (ANEXO I), além de declarar estar de acordo com as Normas e Tabelas de Valores definidos pelo SUS, subordinando-se as Diretrizes e normas previstas na Constituição Federal e nas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.666/93 bem como os Termos do Edital de Credenciamento. O interessado deverá também comprometer-se a realizar todos os procedimentos a que se propõe, e declarar estar ciente que, a inclusão ou exclusão deverá ter a anuência expressa do Gestor Municipal de Saúde.

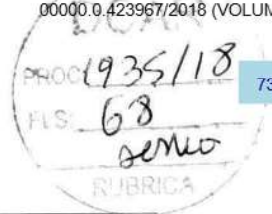
6.4 A empresa deverá apresentar:

a) Habilitação jurídica;




 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde





b) Regularidade Fiscal e Trabalhista.

c) Qualificação econômico-financeira;

d) Cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal (**Anexo IV**);

e) Qualificação técnica – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos, Pessoa Jurídica:

e.1) Certificado de registro da empresa no respectivo Órgão de Classe, atualizado.

e.2) Alvará de localização e funcionamento regular;

e.3) Cópia autenticada do Alvará Sanitário (vigente) segundo legislação vigente, emitido pela Vigilância sanitária responsável pela fiscalização da **respectiva atividade**;

e.4) Cópia do comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, sendo que, a empresa deve estar cadastrada a mais de 15 (quinze) dias e com o cadastro validado;

e.5) Atestado de capacitação técnica emitido por pessoa jurídica de Direito **Público ou Privado**, com identificação do emitente e cargo que ocupa na empresa, compatível e pertinente com o bem cotado, e nível de satisfação quanto à prestação dos serviços e qualidade;

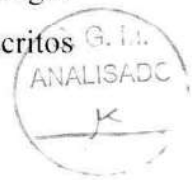
f) Qualificação Técnica Específica – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos do Corpo Técnico do Estabelecimento:

f.1) Currículo do responsável técnico do estabelecimento atualizado com cópia autenticada dos documentos comprobatórios, diplomas e títulos de especialista;

f.2) Relação da equipe médica e técnica, todos com cadastro no CNES, com as respectivas formações profissionais e especialidades, informando os números dos registros no respectivo Conselho de Classe;

g) Declaração de inexistência de Fato Superveniente impeditivo da habilitação (**Anexo V**)

h) Declaração de que não é Servidor Público Municipal (**anexo VI**) nos termos dos artigos 2º e 3º, da Lei Complementar Municipal nº. 003/12, para efeito dos impedimentos descritos no art.9º, da lei nº. 8.666/93.



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





07 DOS CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DO CREDENCIAMENTO

7.1 Serão consideradas habilitadas e credenciadas as pessoas jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e **inabilitadas** aquelas que não atendam à documentação constante do item 6;

7.2 A documentação será submetida à análise pela Comissão de Credenciamento designada pelo Secretário Municipal de Saúde e será composta por servidores municipais, nomeados através de portaria, publicados no Diário Oficial do Município.

08 DA VIGÊNCIA

8.1 O contrato terá vigência de **12 (doze) meses**, a contar da data de assinatura, podendo, no interesse da administração, ser prorrogado mediante termo aditivo, conforme disposto no inciso II, do art. 57, da Lei 8.666/1993, com suas posteriores alterações.

8.2 A contratação será formalizada pela SMSA por intermédio de instrumento contratual, emissão de nota de empenho de despesa, autorização de compra ou outro instrumento hábil, conforme o art. 62 da Lei nº 8.666, de 1993;

8.3 Instrumento contratual será retirado no prazo de 05 (cinco) dias úteis, nos termos do art. 64 da Lei 8.666/93.

09 DAS PENALIDADES

9.1 As multas moratória, prevista no Artigo 86 da Lei nº 8.666/93 será calculada pelo percentual de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor dos serviços em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste.

9.2 O **Contratante** somente deixará de aplicar eventual sanção caso seja demonstrada a ocorrência de qualquer circunstância prevista no § 1º do Art. 57 da Lei n.º 8666/93.

9.3 Da aplicação das penalidades definidas neste item, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação.

9.4 A sanção estabelecida no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/93 preconiza que a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, terá prazo até de 2 (dois) anos.

9.5 O valor das multas será descontado dos créditos da **Contratada**, desde já expressamente autorizado.

9.6 Inexecução Total:




 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde





a) Multa de 10% (dez por cento) aplicada sobre o valor do contrato;

9.7 Inexecução Parcial:

a) Multa de 10% (dez pro cento) aplicada sobre a parcela do contrato não executada.

10 DO PAGAMENTO

10.1 O pagamento será efetuado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS), até 30 (trinta) dias após a efetiva execução do serviço do presente Edital à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), mediante apresentação da documentação da empresa (Nota Fiscal/DANFE), atestadas pela SMSA/PMBV e respectivas certidões;

10.2 Na Nota Fiscal/DANFE deverão constar:

Nome: MUNICÍPIO DE BOA VISTA/PREFEITURA MUNICIPAL.

CNPJ: 05.943.030/0001-55

Endereço Palácio 09 de Julho – Rua General Penha Brasil, nº 1011 – Bairro São Francisco – CEP: 69.305-130

10.3 Na ocorrência de rejeição da Nota Fiscal/DANFE, motivada por erro ou incorreções, o prazo para pagamento estipulado acima passará a ser contado a partir da data da sua reapresentação.

10.4 Os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos neste Edital, poderão ser reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos do art. 26, da Lei 8.080/90 e das Normas Gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos;

10.5 A CONTRATANTE poderá deduzir do montante a pagar os valores correspondentes a multas ou indenizações devidas pelo FORNECEDOR, se for o caso;

10.6 A entrega dos comprovantes dos procedimentos executados para efeito de pagamento pela SMSA à empresa contratada deverá apresentar:



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





10.6.1 A Comprovação dos procedimentos executados, serão através de B.P.A (Boletim de Produção Ambulatorial) em formato digital, sempre demonstrando quantidade de procedimentos realizados e valores, juntamente com a G.A.A (Guia de Autorização Ambulatorial) devidamente autorizada pela unidade responsável;

10.7 Caso haja incorreção no faturamento, os documentos de cobrança serão devolvidos para regularização, não cabendo atualização financeira;

10.8 A Nota Fiscal/DANFE deverá ser emitida pela própria CONTRATADA, obrigatoriamente com o número de inscrição do CNPJ apresentado nos documentos de habilitação e da proposta e no Contrato, constando ainda o número da nota de empenho correspondente, não se admitindo Notas Fiscais/DANFE emitidos com outros CNPJ's, mesmo aqueles de filiais ou da matriz;

10.9 Nas Notas Fiscais/DANFE deverão constar, impreterivelmente, o número do processo, o número do empenho, o número do Contrato e Descrição do Objeto conforme proposta;

10.10 Não serão efetuados quaisquer pagamentos à CONTRATADA, enquanto houver pendência de liquidação da obrigação, em virtude de penalidade imposta à CONTRATADA ou inadimplência contratual, inclusive quanto a não apresentação do demonstrativo dos serviços prestados;

10.11 A critério da CONTRATANTE poderão ser utilizados os pagamentos devidos para cobrir possíveis despesas com multas, indenizações ou outras de responsabilidade da CONTRATADA.

11 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1 A despesa correrá a conta da seguinte Dotação Orçamentária:

Fonte de Recurso: 049 – SUS / 001 – RP

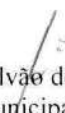
Programa de trabalho: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

12 DAS ALTERAÇÕES

12.1 Este instrumento poderá ser alterado na ocorrência de quaisquer dos fatos estipulados no art. 65, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores;




 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde



00000.0.423967/2018 (VOLUME 1)
DCAR
1935/77
PLS. 72
JUNHO
RUBRICA

12.2 A CONTRATADA obriga-se a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do Contrato e/ou supressões que se fizerem necessárias no quantitativo dos serviços, de conformidade com o art. 65, parágrafos 1º e 2º da Lei nº 8.666/93.

13 DA FISCALIZAÇÃO

13.1 A execução das obrigações contratuais integrante deste instrumento será fiscalizada pelos servidores desta Secretaria Municipal de Saúde, **Sra. Iderlene dos Santos Pereira – Matrícula nº 25402** e Sra. **Elenilde Gomes dos Santos – matrícula 26280** neste ato denominado FISCAL (is), devidamente credenciado, no qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual, dando ciência de tudo ao credenciado (Art. 67, da Lei 8.666/93); **13.2** Esta fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiro, por qualquer irregularidade, não implicando também, corresponsabilidade do CONTRATANTE ou de seus agentes e prepostos (art. 70, da lei nº 8.666/93).

14 DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO

14.1 A rescisão contratual ocorrerá imediata e independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial quando ocorrer às situações previstas nos artigos 77 e 78 da Lei 8.666/93, na forma prescrita nos artigos 79 e 80 do mencionado diploma legal;

14.2 O não cumprimento ou o cumprimento irregular das cláusulas e condições estabelecidas no contrato, por parte da CONTRATADA, assegurará ao CONTRATANTE o direito de dá-lo por rescindido, mediante notificação através de ofício, entregue diretamente ou por via postal, com prova de recebimento, sem ônus de qualquer espécie para a administração. O Credenciado que deseja solicitar o descredenciamento, deverá fazê-lo mediante aviso escrito a ser encaminhado ao Gestor Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

15 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 Aplicam-se, no que couber, a disposição constante da Lei nº 8.078/90 – Código de Defesa do consumidor;

15.2 O contrato poderá ser rescindido, por mútuo interesse entre as partes, atendido a conveniência do contratante, recebendo o contratado o valor correspondente ao objeto

J. G. L.
ANALISADO
JL

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





correspondente, bem como de forma imediata e independentemente de interpretação judicial ou extrajudicial;

15.3 É vedada a subcontratação, cedência ou transferência da execução do objeto, no todo ou em parte, a terceiro, sem prévia e expressa anuência do CONTRATANTE, sob pena de rescisão;

15.4 Os casos omissos e as dúvidas que surgirem quando da execução do contrato, serão resolvidas entre as partes contratantes por meio de procedimentos administrativos.

16 ANEXOS

16.1 Constam como parte integrante deste Edital:

16.2 ANEXO I – TABELA – PROCEDIMENTOS E VALORES;

16.3 ANEXO II - QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL;

16.4 ANEXO III – PLANO OPERATIVO;

16.5 ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL;


16.6 ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE.

16.7 ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR MUNICIPAL

17 INFORMAÇÕES

17.1 Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde, pelo fone (095) 3624-1015 (Departamento de Controle, Avaliação e Regulação – DCAR), situado na Rua Coronel Mota, nº 418 – Centro, CEP. 69.301-120 – Boa Vista – RR.

Boa Vista – RR, 09 de agosto de 2018.


Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal de Saúde




 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde





ANEXO I PROCEDIMENTOS E VALORES

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR SUS UNIT. (RS)	VALOR RP UNIT. (RS)	VALOR TOTAL UNIT. (RS)
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1,77	11,81	13,58 ✓
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77	14,65	16,42 ✓
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	6,36	138,99	145,35 ✓
02.02.09.014-0	DOSAGEM DE SÓDIO E CLORO NO SUOR (COM COLETA)	-	535,56	535,56 ✓

PACIENTE	FASE	VALOR RP POR DOSE (RS)
EM FASE DE MANUTENÇÃO		62,64
TRATAMENTO INICIADO (FASE 2 A 4)	FASE 2	55,81
	FASE 3	55,81
	FASE 4	62,64
NOVOS PACIENTES (FASE 1 A 4)	FASE 1	55,81
	FASE 2	55,81
	FASE 3	55,81
	FASE 4	62,64

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



ANEXO II - A

QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL

Testes alérgicos, espirometria e dosagem de sódio.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QNT PACIENTES MENSAL	QNT PROCEDIMENTOS POR PACIENTE	VALOR MENSAL SUS(R\$)	VALOR MENSAL PRÓPRIO (R\$)	VALOR MENSAL TOTAL (R\$)	VALOR ANUAL SUS (R\$)	VALOR ANUAL RP (R\$)	VALOR ANUAL TOTAL (R\$)
02.02.03.1 15-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	80	18	2.548,80	17.006,40	19.555,20	30.585,60	204.076,80	234.662,40
02.02.03.1	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	20	29	1.026,60	8.497,00	9.523,60	12.319,20	101.964,00	114.283,20
02.11.08.0 05-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	40	1	254,40	5.559,60	5.814,00	3.052,80	66.715,20	69.768,00
02.02.09.0 14-0	DOSAGEM DE SÓDIO E CLORO NO SUOR (COM COLETA)	4	1	-	2.142,24	2.142,24	-	25.706,88	25.706,88
TOTAL		144	49	3.829,80	33.205,24	37.035,04	45.957,60	398.462,88	418.713,60

O quantitativo de procedimentos estimados para o ano de 2018 foi elaborado utilizando como referência o quantitativo informado pelo HCSA através do MEMO 900/2018/Direção Técnica/HCSA e MEMO nº 6605 e 6796/2018/Direção Geral/HCSA/SMSA.



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





ANEXO II - B QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL Imunoterapia

IMUNOTERAPIA					
PACIENTES	FASE	QNT MENSAL PACIENTES	DOSE MENSAL PACIENTES	VALOR RP MENSAL (RS)	VALOR ANUAL (RS)
EM FASE DE MANUTENÇÃO		10	1	626,40	7.516,80
TRATAMENTO INICIADO (FASE 2 A 4)	FASE 2	4	5	1.116,20	13.394,40
	FASE 3	3	5	837,15	10.045,80
	FASE 4	3	5	939,60	11.275,20
NOVOS PACIENTES (FASE 1 A 4)	FASE 1	2	5	558,10	6.697,20
	FASE 2	1	5	279,05	3.348,60
	FASE 3	1	5	279,05	3.348,60
	FASE 4	1	5	313,20	3.758,40
TOTAL		25	36	4.948,75	59.385,00

O quantitativo de procedimentos estimados para o ano de 2018 foi elaborado utilizando como referência o quantitativo informado pelo HCSA através do MEMO 900/2018/Direção Técnica/HCSA.



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





ANEXO III PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de imagem em de Imunologia/Alergologia e Pneumologia, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

1- Justificativa

O município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, possui uma população de 332.020 habitantes (estimativa IBGE 2017), concentrando assim 63,5% da população de Roraima.

Possui 58 (cinquenta e oito) equipes de estratégia de saúde da família instaladas em 35 (trinta e cinco) unidades básicas e 08 (oito) centros especializados.

Na capital encontram-se todas as unidades de saúde de referência em média e alta complexidade do Estado, sendo o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) uma unidade de saúde sob gestão municipal, referência Estadual de pacientes pediátricos, conforme pactuado em CIB-RR

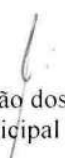
O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), hospital especializado Tipo I, componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Estado de Roraima, referência no atendimento de pacientes pediátricos, oferta aos pacientes da capital, interior e referenciados dos países que fazem fronteira com o Estado de Roraima (Venezuela e República da Guiana), atendimento de urgência, emergência e eletivo em diversas especialidades, entre estas a Imunologia/Alergologia e Pneumologia.

Atualmente estes procedimentos não são disponibilizados na rede própria municipal de saúde e/ou rede credenciada, tornando-se necessário o credenciamento para melhor definição diagnóstica e seguimento nos pacientes pediátricos atendidos no HCSA.

2 - Objetivo Geral

Execução de serviço de Imunologia/Alergologia e Pneumologia, para pacientes atendidos e referenciados do Hospital da Criança São Antônio (HCSA).




 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde





3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso a serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização dos procedimentos objeto do Edital citado anteriormente, 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 a 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 do Município de Boa Vista, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários à realização dos procedimentos relacionados neste edital de credenciamento.

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

São competências e/ou funções da contratada:

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

5 – Controle, Avaliação e Regulação

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 pediátrica residente no estado.



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





A autorização dos exames será de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação (DCAR/SMSA) ou de quem por este seja designado, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado e o agendamento será de responsabilidade da contratada.

Os serviços serão autorizados por meio de G.A.A ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

Os serviços prestados serão mensalmente conferidos pelo Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A. (requisição de exames complementares) ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA não esteja devidamente preenchida e com rasuras.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; e Imagem em formato físico e/ou digital, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada, caso o paciente esteja internado no HCSA o resultado deverá ser entregue neste.

6– Recurso Financeiro

Fonte de Recurso: 049 – SUS / 001 – RP

Programa de trabalho: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

7– Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Procedimentos de Imunologia/Alergologia e Pneumologia	Atender 100% dos exames agendados.

8 - 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


 Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde





atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.

9- Avaliações das Metas Quantitativas e Qualitativas

Será formada uma comissão composta por profissionais da Superintendência da Atenção Especializada e do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação que irão avaliar semestralmente, 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 DCAR.

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 Formulários I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

9.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

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

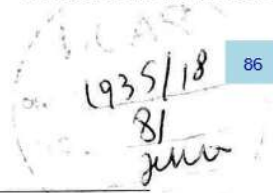
Classificação	% Referência
Excelente	90 à 100 %
Ótimo	80 à 90 %
Bom	70 à 80 %
Razoável	60 à 70 %
Ruim	Abaixo de 60 %

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

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

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





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

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

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



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





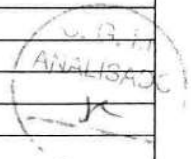
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

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

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

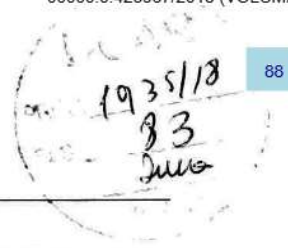


Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

IDADE:	SEXO:
ESCOLARIDADE:	

AMBIÊNCIA

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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOAVEL	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, pelo exame realizado.		
Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.	R\$ _____	



Pontuação: _____

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



90

Parecer do Avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Avaliador



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



ANEXO IV

MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

DECLARAÇÃO ART. 7º, XXXIII, DA CF

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei no 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



92

ANEXO V

MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

Empresa/Entidade _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, em cumprimento ao exigido no Edital de Chamada Pública nº ___/201___ declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua Habilitação, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



ANEXO VI

MODELO

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, que seus proprietários, diretores e sócios não pertencem ao quadro de servidores públicos do Município, nem exercem cargo de chefia e/ou função de confiança na Administração Pública nos moldes do ítem 3.3., II, B.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal



Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO.
 "Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



TERMO DE JUNTADA

Juntamos aos autos do *Processo Nº. 1.935/2018/SMSA – Vol. 01*, que tem como objeto “Credenciamento de Serviço de Imunoterapia e Procedimentos nas especialidades de Imunologia/Alergologia e Pneumonia” os documentos abaixo elencados:

- Memo nº 11535/2018;
- Memo nº 5467/2018;
- Cotação de Preços Fundo Municipal de Saúde.

Boa Vista – RR, 10 de Setembro de 2018.

Jéssica Couto Miranda de Melo
Jéssica Couto Miranda de Melo
 Assessora Técnica – DCAR





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO
Rua Coronel Mota, 418 - São Pedro
CEP 69301120 - Boa Vista - RR
Fone: (95) 3621-1002



MEMO 11535/2018

Boa Vista-RR, 08 de Maio de 2018.

À Senhora
MICHELLY BARBOSA ROSA FILGUEIRAS
Superintendente da Atenção Especializada

Assunto: **Referente ao Memo nº 5467/2018**

Senhora Superintendente,

Considerando a cotação de preços realizada pela Gerência de Compras do Fundo Municipal de Saúde, referente ao Memo nº 5467/2018.

Solicitamos de Vossa Senhoria que seja encaminhado o presente documento ao setor supramencionado para que o mesmo realize cotações de outras empresas a fim de obter um valor de mercado mais fidedigno.

Tal solicitação dá-se em virtude da disparidade dos valores encontrados, fazendo-se necessário outras cotações dos procedimentos.

Atenciosamente,

NASSER LAUREANO SAMPAIO
Diretor do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação

Documento assinado por **NASSER LAUREANO SAMPAIO**, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E CONTROLE (SMSA) em 08/05/2018 09:18:38

Documento aprovado por **NASSER LAUREANO SAMPAIO**, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E CONTROLE (SMSA) em 08/05/2018 09:18:29

O documento pode ser conferido no site <http://civico.pmbv.rr.gov.br> em "Autenticidade de Documentos" informando o código **24906500000115352018**.

Fundo Municipal de Saúde
Recebido em: 08/05/18
Hora: 10h 45
Ass.:



Ao FMS

Para providências

RECEBIDO - DCA/SMSA
Departamento de Controle e Avaliação
Em 04/07/18 às 10:10
du

Miguel F. R. Pinheiro
Supervisor de Atuação Especializada
Lec. nº 029, de 07 de janeiro 2018

08/05/18

A/C:	
<input type="checkbox"/> GAB FMS	<input type="checkbox"/> GACC
<input type="checkbox"/> GEO	<input type="checkbox"/> SLD
<input type="checkbox"/> GEO/DEPLAN	<input type="checkbox"/> GCS
<input type="checkbox"/> GEOT/ED	
PAPA:	
<input type="checkbox"/> ANÁLISE	<input checked="" type="checkbox"/> COMECIMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> PROPOSTA	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> MANEIO/TAÇA	
<input type="checkbox"/> ARQUIVAR	

BOA VISTA 08/05/18

Ao DECAZ 74
06
78
Miguel F. de Carvalho Netto
Gerente de Compras e Serviços-FMS
Decreto nº 0086/P de 16/01/17

RECEBIDO - DCA/SMSA
Departamento de Controle e Avaliação
Em 04/06/18 às 14:45

du

Recebido em 04/07/18
Miguel Netto

Ao DECAZ 04/07/18
Miguel Netto
ve o mmo atualizado





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO
 Rua Coronel Mota, 418 - São Pedro
 CEP 69301120 - Boa Vista - RR
 Fone: (95) 3621-1002



MEMO 5467/2018

Boa Vista-RR, 01 de Março de 2018.

À Senhora
MICHELLY BARBOSA ROSA FILGUEIRAS
 Superintendente da Atenção Especializada

Assunto: **Cotação de preços de Procedimentos de Imunologia/Alergologia e Pneumologia**

Senhora Superintendente,

Considerando a necessidade de abertura de Edital de Credenciamento com o objeto "Contratação de Empresa Especializada para credenciamento de serviço de saúde complementar nas especialidades de Imunologia/Alergologia e Pneumologia para atender aos pacientes atendidos no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA)", solicitamos que seja encaminhado o presente documento ao Fundo Municipal de Saúde para cotação dos procedimentos relacionados no anexo.

Atenciosamente,

NASSER LAUREANO SAMPAIO
 Diretor do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação



Documento assinado por **NASSER LAUREANO SAMPAIO**, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E CONTROLE (SMSA) em 01.03.2018 16:36:08

Documento aprovado por **NASSER LAUREANO SAMPAIO**, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E CONTROLE (SMSA) em 01.03.2018 16:35:58

O documento pode ser conferido no site <http://civico.pmbv.rr.gov.br> em "Autenticidade de Documentos" informando o código **22933200000054672018**

