



ESTADO DO PARANÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO
CNPJ 76.339.688/0001-09
Avenida Vitória nº 251 CEP 84620-000 – Cruz Machado Pr.

AVISO DE REABERTURA

1

CRENCIAMENTO 001/2020

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado – PR torna público que estará recebendo, documentação para o Credenciamento de Unidades Privadas de saúde, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Federal 8.666/93, Lei Estadual nº 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de contrato de Credenciamento de prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas para pacientes em internação e em observação no Hospital Santa Terezinha, mediante as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

Regem o presente processo a Lei Federal nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores.

O recebimento dos protocolos ocorrerão a partir do dia 04/08/2020 as 09:00 (nove) horas até dia 21/08/2020 às 09:30h. O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses contados a partir da primeira publicação do edital, podendo durante seu período de vigência receber novos credenciados que serão classificados nos prazos estimados no edital.

O Edital completo poderá ser obtido pelos interessados na CPL, mediante entrega de um pendrive, de segunda a sexta-feira, no horário de 14:00 às 17:00 horas ou pelo endereço eletrônico <http://www.pmcm.pr.gov.br/>. É necessário que, ao fazer download do Edital, seja informado à Comissão Permanente de Licitação, via e-mail – licitação@pmcm.pr.gov.br - ou via fax – (42)3554-1222, a retirada do mesmo, para que possam ser comunicadas possíveis alterações que se fizerem necessárias. A CPL não se responsabilizará pela falta de informações relativas ao procedimento àqueles interessados que não confirmarem, pelos meios expostos, a retirada do Edital. Quaisquer dúvidas contatar pelos telefones (42) 3554-1222 ramal 244.

Cruz Machado, 03 de Agosto de 2020

Prefeito Municipal



REABERTURA
EDITAL DE CREDENCIAMENTO – Nº 001/2020

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Av. Vitória, 251, Centro, DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, para a prestação de serviços de forma complementar ao SUS, conforme adiante elencada e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

1 – DO OBJETIVO:

1.1. Contratação de Unidades Privadas de saúde, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Federal 8.666/93, Lei Estadual nº 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de contrato de Credenciamento de prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas para pacientes em internação e em observação no Hospital Santa Terezinha, como segue:

Item	Descrição do Material	Un.Med.	Preço
1	18200398 DOSAGEM ACIDO URICO	UN	1,8500
2	18200302 EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	2,2500
3	18200303 EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	2,0100
4	18200304 EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	1,8500
5	18200305 EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	3,5100
6	18200306 EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	3,5100
7	18200307 EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	1,8500
8	18200308 EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	3,6800
9	18202487 EXAME DE CREATININA	UN	1,8500
10	18202488 EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	3,6800
11	18202489 EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (FRAÇÃO)	UN	4,1200
12	18200312 EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	3,6800
13	18200313 EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	3,5100
14	18200314 EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	2,0100
15	18200315 EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	1,8500
16	18202490 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	3,5100
17	18180208 EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	1,8500
18	18202491 DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	7,8600
19	18200317 EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	2,0100
20	18200318 EXAME DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	UN	2,0100
21	18200319 EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	1,8500
22	18202492 EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	1,8500
23	18200320 EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	1,8500
24	18202493 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	2,0100
25	18202494 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	2,0100
26	18200321 EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	3,5100
27	18200322 EXAME DOSAGEM DE UREA	UN	1,8500
28	18200323 EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	2,7300
29	18200324 EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	2,7300
30	18202495 EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	2,7300
31	18202496 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	2,7300
32	18202497 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOSPLASTINA	UN	5,7700
33	18202498 EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA	UN	2,7300



PROTROMBINA				
34	18202499	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO	UN	2,7300
35	18202500	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	1,5300
36	18200328	EXAME HEMATOCRITO	UN	1,5300
37	18180209	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	4,1100
38	18200329	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	4,1100
39	18202501	EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	2,8300
40	18202502	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	16,4200
41	18202503	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	2,8300
42	18202504	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	10,0000
43	18202505	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE	UN	2,8300
44	18202506	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	2,8300
45	18202507	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	UN	18,5500
46	18202508	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	18,5500
47	18202509	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	16,9700
48	18202510	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	18,5500
49	18202511	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	18,5500
50	18202512	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	17,1600
51	18202513	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	18,5500
52	18202514	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	18,5500
53	18202515	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	18,5500
54	18202516	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBEOLA	UN	17,1600
55	18202517	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	UN	13,3500
56	18202518	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VIRUS HEPATITE B	UN	18,5500
57	18202519	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	18,5500
58	18202520	EXAME PESQUISA FATOR REUMATOIDE (WAALERROSE)	UN	4,1000
59	18180210	EXAME TESTE DE VDRL P/SIFILIS	UN	2,8300
60	85010005	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	2,8300
61	18200383	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	1,6500
62	18200292	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	1,6500
63	85010006	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	1,6500
64	18200293	EXAME ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS.ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	3,7000
65	18202521	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS (UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	2,0400
66	18202522	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	10,1500
67	18202523	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	7,8900
68	18202524	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	7,8900
69	18202525	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	8,9700
70	18202526	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	8,9600
71	18202527	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	10,2200
72	18202528	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	10,1500
73	18202529	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	10,4300
74	18200422	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	8,7600
75	85010007	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN	11,6000
76	18200423	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN	8,7100
77	18202530	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	15,6500
78	18202531	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN	17,5300
79	18202532	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN	8,9700
80	18202533	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	35,2200
81	18202534	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	2,2500
82	18200095	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	4,9800
83	18200376	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN	4,2000
84	18202535	BACISLOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENIASE)	UN	4,2000
85	18200075	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	2,8000



86	18202536	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN	5,6200
87	18200010	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	5,6300
88	18200294	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN	4,1900
89	18200340	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	2,8000
90	18202537	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	5,6300
91	18200295	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	1,3700
92	18202538	EXAME PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UN	1,3700
93	18202652	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UN	15,2400
94	18202641	25 HIDROVIT D - EXAME LABORATORIAL	UN	72,0000
95	18202642	FRUTOSAMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	21,0000
96	18202643	CA - 125 - EXAME LABORATORIAL	UN	32,0000
97	18202644	CA - 15-3 - EXAME LABORATORIAL	UN	32,0000
98	18202645	CA - 19-9 EXAME LABORATORIAL	UN	34,0000
99	18202646	PCR - QUANTITATIVO - EXAME LABORATORIAL	UN	24,0000
100	18202647	COOMDS INDIRETO - EXAME LABORATORIAL	UN	13,0000
101	18202648	FAN - EXAME LABORATORIAL	UN	24,0000
102	18202649	ALBUMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	8,0000

1.2. O valor a ser gasto com serviços de exames laboratoriais não poderá exceder o valor total de R\$ 90.000,00;

1.3. O serviço de coleta de exames laboratoriais realizados no Hospital Santa Terezinha será remunerado de acordo com o plano de cargos e salários do Município de Cruz Machado – PR na função de Enfermeiro. O laboratório contratado deverá disponibilizar funcionário (a) para realização de coletas in loco no Hospital Santa Terezinha, quando acionado pela equipe médica ou de enfermagem, devendo comparecer em no máximo 20 minutos para realizar a coleta. Os resultados dos exames solicitados deverão ser disponibilizados a equipe médica com urgência, por se tratar de atendimentos de emergência.

OBJETO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Exames de laboratoriais em medicina interna do Hospital Municipal Santa Terezinha de Cruz Machado-PR.	9.000,00	54.000,00
Serviço de coleta de exames laboratoriais realizado no Hospital Municipal Santa Terezinha a disposição em regime de 24 horas, quando acionado pela equipe médica.	2.781,89	16.691,34

1.4. Os valores mensais de exames foram estipulados através de media realizada nos últimos meses no Hospital Santa Terezinha.

2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

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

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

2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na e/ou acessar o site www.pmcm.pr.gov.br;



2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Prefeitura Municipal e Cruz Machado, situada na Av. Vitória, n.251 Centro, no horário das 09:00 às 11:30h e das 14:00 às 15:00h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras e Licitações.

3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

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

- Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

a) O controle da cota física e financeira dos procedimentos contratados será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que deverá também acompanhar e controlar a demanda encaminhada de acordo com a quantidade física e financeira contratada;

b) Os serviços serão autorizados mediante solicitação médica, em formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (requisição de exames complementares), ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria. Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.



c) Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento Administrativo, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada. Cabe ao Departamento Administrativo informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.

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

e) Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para a equipe médica do Hospital Santa Terezinha (com identificação do usuário e a data de realização do exame), sendo que os resultados também deverão disponibilizados on-line.

f) A contratada deverá realizar as coletas in loco no Hospital Santa Terezinha desta municipalidade, quanto acionado pela equipe médica ou de enfermagem, devendo comparecer em até 20 minutos.

g) 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.

h) São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
 - Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
 - Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
 - Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
 - Manter registro atualizado no CNES;
 - Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo Gestor do SUS;
 - Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
 - Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.
 - Disponibilizar profissional durante 24h (vinte e quatro horas) durante toda a semana (sábados, domingos e feriados) para atendimento de Urgências e Emergências do Hospital Municipal.
 - Realizar as coletas de Urgências e Emergências no Hospital Municipal Santa Terezinha.
- i) Atender o Plano Operativo anexo a este edital na sua íntegra.

5 – DO PAGAMENTO E DOS VALORES

5.1. O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços pelo valor estipulado neste edital, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços juntamente com a relação nominal dos procedimentos.



5.2. Os valores dos exames tomam como referência a Tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM) do SUS. E o mesmo poderá sofrer atualizações.

5.3. O serviço de coleta de exames laboratoriais realizados no Hospital Santa Terezinha será remunerado de acordo com o plano de cargos e salários do Município de Cruz Machado – PR na função de Enfermeiro. O laboratório contratado deverá disponibilizar funcionário (a) para realização de coletas in loco no Hospital Santa Terezinha, quando acionado pela equipe médica ou de enfermagem

7

6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

6.1. A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados será de no máximo R\$ 9.000,00 (nove mil) /mês, totalizando R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais)/para o contrato de seis meses aproximadamente.

6.2. O serviço de coleta de exames laboratoriais realizados no Hospital Santa Terezinha será remunerado de acordo com o plano de cargos e salários do Município de Cruz Machado – PR na função de Enfermeiro, sendo R\$ 2.781,89 (Dois mil setecentos e oitenta e um reais e oitenta e nove centavos), totalizando R\$ 16.691,34 (Dezesseis mil seiscentos e noventa e um reais e trinta e quatro centavos) para 6 (seis) meses.

7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

7.1. Uma vez habilitado o laboratório, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

8 – FORMALIZAÇÃO

8.1. Realizados os procedimentos previstos, o habilitado será convocado para assinatura do instrumento contratual próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

9 – INFORMAÇÕES

9.1. Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (042) 3554-1294 ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (042) 3554-1222 (Departamento de Licitações).

10 – DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO

10.1. O credenciamento ficará disponível a protocolo de participantes do dia 26/03/2020 a 12/04/2020, até as 09:00h, horário em que será realizada sessão pública para avaliação da documentação protocolada.

10.2. O Credenciamento será válido por 12 (doze) meses, contados a partir da primeira publicação do edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da COMISSÃO DE LICITAÇÕES.

10.3. Os novos credenciamentos que ocorrerem após a data do dia 21/08/2020 serão analisados e publicados o resultado de sua classificação em até 10 (dez) dias.

Prefeitura de Cruz Machado, 03 de Agosto de 2020.

PREFEITO MUNICIPAL



REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cruz Machado

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços laboratoriais de análises clínicas, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. 001/2020, anexando a este requerimento os seguintes documentos:

8

- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

Nome/Razão Social: _____

Endereço Comercial _____
CEP _____ Cidade _____ Estado _____
CRF nº. _____ R.G. nº _____ CPF nº _____

Município de _____, _____ de _____ de 2020.

Nome legível e Assinatura do Requerente:



MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

N.º / 2020

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o Município de Cruz Machado, Estado do Paraná, inscrito no CNPJ sob n.º 76.339.688/0001-09, aqui representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Euclides Pasa, portador do CPF n.º 353.180.319-00, residente e domiciliado nesta cidade de Cruz Machado, adiante denominado CONTRATANTE e de outro lado como CONTRATADA,, inscrita no CNPJ sob n.º, situado à rua, representada neste ato por seu(ua) sócio administrador(a) inscrito(a) CPF sob n.º e RG sob número, residente e domiciliado(a) na rua, tem justo e acordado o adiante exposto em cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

OBJETO E VALOR:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS:

CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES

I - DO CONTRATANTE

- Encaminhar as solicitações pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde da Secretaria da Saúde;
- Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Departamento de Administração da Secretaria de Saúde da Secretaria da Saúde;
- Efetuar o pagamento até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços;

II - DA CONTRATADA:

- Realizar os exames requisitados in loco no Hospital Municipal Santa Terezinha, nas urgências e emergências no Hospital Municipal, devidamente equipada;
- Remeter ao final de cada mês ao Departamento de Administração da Secretaria de Saúde as notas fiscais de prestação de serviços;
- Abster-se de cobrar qualquer valor, sob qualquer título, do paciente assistido pelo presente contrato.
- Atender o Plano Operativo, anexo a este edital na sua íntegra.

CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL E PAGAMENTO

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

Parágrafo Primeiro: As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte dotação orçamentária:

CLÁUSULA QUARTA: PRAZO

O presente contrato tem duração de 12 (doze) a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado, a critério das partes, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA QUINTA: RESCISÃO

Constituem motivos para rescisão do presente contrato, o não cumprimento de qualquer das suas cláusulas ou condições, bem como os motivos previstos na Lei 8.666/93.



§ Único - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

CLÁUSULA SEXTA: FORO

As partes elegem o foro da Comarca de União da Vitória - PR para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato. E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

10

Cruz Machado, de de 2020.

Euclides Pasa
Prefeito

Contratada

Testemunhas



MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA DECLARAÇÃO

11

(Razão Social) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº() e no CPF/MF n.º (.....) DECLARA para fins de credenciamento junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Cruz Machado, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações.

Município de _____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura devidamente identificada

Nome:

CPF:



MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

PROPOSTA DE PREÇOS

12

(local e data), de de 2020.

RAZÃO SOCIAL:.....
END.:
CIDADE:ESTADO:
TELEFONE/EMAIL.....CNPJ:.....

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO
REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 001/2020

Prezados Senhores: Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossa proposta de preços, relativa a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, conforme edital de credenciamento:

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS

1	18200398	DOSAGEM ACIDO URICO	UN	1,8500
2	18200302	EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	2,2500
3	18200303	EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	2,0100
4	18200304	EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	1,8500
5	18200305	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	3,5100
6	18200306	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	3,5100
7	18200307	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	1,8500
8	18200308	EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	3,6800
9	18202487	EXAME DE CREATININA	UN	1,8500
10	18202488	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	3,6800
11	18202489	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (FRAÇÃO)	UN	4,1200
12	18200312	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	3,6800
13	18200313	EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	3,5100
14	18200314	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	2,0100
15	18200315	EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	1,8500
16	18202490	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	3,5100
17	18180208	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	1,8500
18	18202491	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	7,8600
19	18200317	EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	2,0100
20	18200318	EXAME DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	UN	2,0100
21	18200319	EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	1,8500
22	18202492	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	1,8500
23	18200320	EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	1,8500
24	18202493	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	2,0100
25	18202494	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	2,0100
26	18200321	EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	3,5100
27	18200322	EXAME DOSAGEM DE UREIA	UN	1,8500



28	18200323	EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	2,7300
29	18200324	EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	2,7300
30	18202495	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	2,7300
31	18202496	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	2,7300
32	18202497	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOSPLASTINA	UN	5,7700
33	18202498	EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	2,7300
34	18202499	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO	UN	2,7300
35	18202500	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	1,5300
36	18200328	EXAME HEMATOCRITO	UN	1,5300
37	18180209	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	4,1100
38	18200329	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	4,1100
39	18202501	EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	2,8300
40	18202502	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	16,4200
41	18202503	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	2,8300
42	18202504	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	10,0000
43	18202505	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE	UN	2,8300
44	18202506	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	2,8300
45	18202507	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	UN	18,5500
46	18202508	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	18,5500
47	18202509	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	16,9700
48	18202510	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	18,5500
49	18202511	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	18,5500
50	18202512	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	17,1600
51	18202513	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	18,5500
52	18202514	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	18,5500
53	18202515	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	18,5500
54	18202516	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBÉOLA	UN	17,1600
55	18202517	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	UN	13,3500
56	18202518	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VIRUS HEPATITE B	UN	18,5500
57	18202519	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	18,5500
58	18202520	EXAME PESQUISA FATOR REUMATOIDE (WAALEROSE)	UN	4,1000
59	18180210	EXAME TESTE DE VDRL P/SIFILIS	UN	2,8300
60	85010005	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	2,8300
61	18200383	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	1,6500
62	18200292	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	1,6500
63	85010006	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	1,6500
64	18200293	EXAME ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS.ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	3,7000
65	18202521	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS (UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	2,0400
66	18202522	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	10,1500
67	18202523	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	7,8900
68	18202524	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	7,8900
69	18202525	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	8,9700
70	18202526	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	8,9600
71	18202527	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	10,2200
72	18202528	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	10,1500
73	18202529	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	10,4300
74	18200422	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	8,7600
75	85010007	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN	11,6000
76	18200423	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN	8,7100
77	18202530	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	15,6500
78	18202531	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN	17,5300
79	18202532	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN	8,9700
80	18202533	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	35,2200



81	18202534	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	2,2500
82	18200095	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	4,9800
83	18200376	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN	4,2000
84	18202535	BACISLOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENIASE)	UN	4,2000
85	18200075	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	2,8000
86	18202536	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN	5,6200
87	18200010	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	5,6300
88	18200294	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN	4,1900
89	18200340	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	2,8000
90	18202537	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	5,6300
91	18200295	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	1,3700
92	18202538	EXAME PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UN	1,3700
93	18202652	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UN	15,2400
94	18202641	25 HIDROVIT D - EXAME LABORATORIAL	UN	72,0000
95	18202642	FRUTOSAMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	21,0000
96	18202643	CA - 125 - EXAME LABORATORIAL	UN	32,0000
97	18202644	CA - 15-3 - EXAME LABORATORIAL	UN	32,0000
98	18202645	CA - 19-9 EXAME LABORATORIAL	UN	34,0000
99	18202646	PCR - QUANTITATIVO - EXAME LABORATORIAL	UN	24,0000
100	18202647	COOMDS INDIRETO - EXAME LABORATORIAL	UN	13,0000
101	18202648	FAN - EXAME LABORATORIAL	UN	24,0000
102	18202649	ALBUMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	8,0000

O prazo de execução dos serviços será de 12(doze) meses a partir da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado se houver interesse.

O prazo de validade da proposta de preços é de 60 (sessenta) dias.

(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)
CPF:



PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

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

15

1- Justificativa

Os exames de análises clínicas são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal, atendidos em casos de urgência e emergência através do Hospital Municipal.

A contratação destes exames através de credenciamento é indispensável, tendo em vista que as cotas dos exames do SUS não atenderem a demanda de procedimentos realizados através da Secretaria de Saúde. Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo às três esferas de governo a responsabilidade por essa assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao município a contratação de exames através de credenciamento.

2 - Objetivo Geral

Execução de exames de análises clínicas a serem prestados aos usuários (pacientes) atendidos no Hospital municipal, desde que autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização de exames de análises clínicas em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde;
- Subsidiar à equipe de profissionais médicos do Hospital Municipal, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterizações da Contratada

4.1. A contratada deverá realizar as coletas in loco no Hospital Santa Terezinha desta municipalidade, quanto acionado pela equipe médica ou de enfermagem, devendo comparecer em até 20 minutos, devendo utilizar seu próprio material para realização das coletas.

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 pelo Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
- Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.
- Disponibilizar profissional durante 24h (vinte e quatro horas) durante toda a semana (sábados, domingos e feriados) para atendimento de Urgências e Emergências do Hospital Municipal.



- Realizar as coletas de Urgências e Emergências no Hospital Municipal Santa Terezinha.

5 – Regulações, Controle, Avaliação e Auditoria

O acompanhamento dos serviços prestados será de responsabilidade do Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado.

Os serviços serão solicitados através de formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro método de registro que venha à ser implantado pela Secretaria de Saúde.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame.

Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada.

Cabe ao Departamento de Administração da Secretaria de Saúde informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.

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

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para a equipe médica do Hospital Municipal (com identificação do usuário e a data de realização do exame).

6 - Meta Quantitativa

Atingir 100% da demanda levantada pela Secretaria de Saúde para o caso específico de atendimento da Atenção Básica Municipal.

7 - Meta Qualitativa

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

8 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma comissão composta por profissionais e conselheiro de saúde que irão avaliar trimestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes nos anexos I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

8.1 – Critérios de Avaliação Qualitativa

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



Classificação	Referência (%)
Excelente	90 a 100%
Ótimo	80 a 90%
Bom	70 a 80%
Razoável	60 a 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.

Caso não seja cumprido o prazo de 30 (trinta) dias de adequação, será aplicada multa pecuniária, correspondente a 1% do valor total do contrato.

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

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

Para subsidiar a avaliação da Comissão, o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, através do Setor Próprio, emitirá trimestralmente Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram contatados, bem como, o dia e horário do contato.

Os usuários contatados deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos. Eventualmente o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde poderá enviar correspondência aos médicos da rede pública municipal solicitando a avaliação técnica dos resultados dos exames apresentados pelos usuários do SUS.

Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços. Caberá a Comissão a emissão de pareceres sobre a avaliação da meta qualitativa.

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



ANEXO I

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

AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS			
	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame, devidamente carimbado e assinado pelo bioquímico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria
			Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados)
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere à 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			Utilização de jaleco pelo profissional responsável pela coleta, devidamente limpo. Utilização de Luvas e seringas descartáveis, abertas na presença do Usuário
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 de exames.

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Cruz Machado, _____ de _____ de 2020.



Assinatura do Avaliador
Unidade

Assinatura do Profissional da