



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

000083

AVISO DE REABERTURA
CREDENCIAMENTO 001/2020

1

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.

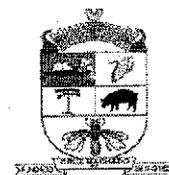
Regem o presente processo a Lei Federal nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores.

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.pmcn.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



000084

REABERTURA
EDITAL DE CREDENCIAMENTO – Nº 001/2020

2

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 SÉRICO | 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 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CRUZ MACHADO PR
Cruz Machado Semeando o Futuro!
ADMINISTRAÇÃO 2017 - 2020



| | | | | |
|----|----------|---|----|---------|
| 33 | 18202498 | EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA | UN | 2,7300 |
| 34 | 18202499 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO | 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 DETEMRINAÇÃO 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 SUPERFÍCII | 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 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 (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 FENITDINA | UN | 35,2200 |
| 81 | 18202534 | EXAME DOSAGEM DE LITIO | UN | 2,2500 |
| 82 | 18200095 | EXAME ANTIBIDGRAMA | 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 |

000085

3



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CRUZ MACHADO PR
Cruz Machado Semeando o Futuro!
ADMINISTRAÇÃO 2017 - 2020



| | | | | |
|-----|----------|---|----|---------|
| 85 | 18200075 | EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM) | UN | 2,8000 |
| 86 | 18202536 | EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO | UN | 5,6280 |
| 87 | 18200010 | EXAME CULTURA PARA BAAR | UN | 3,9300 |
| 88 | 18200294 | EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS | UN | 4,1900 |
| 89 | 18200340 | EXAME MICRDBIOLOGICO 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 LABORATDRIAL | 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 |

086

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.pmcmm.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).

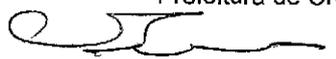
10 – DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO

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



000090

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

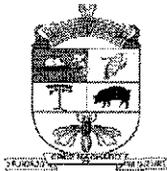
- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente 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: _____



000091

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.



000092

§ 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



000093

MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA DECLARAÇÃO



(Razão Social) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº () e no CPF/MF nº) 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:



000094

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 MUCO-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 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CRUZ MACHADO PR
Cruz Machado Semeando o Futuro!
ADMINISTRAÇÃO 2017 - 2020



000095

| | | | | |
|----|----------|---|----|---------|
| 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 HEMOSSSEDIMENTAÇÃO | 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 VÍRUS 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 (WAALER-ROSE) | 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 ANÁLISE 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 |

13



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CRUZ MACHADO PR
Cruz Machado Semeando o Futuro!
ADMINISTRAÇÃO 2017 - 2020

000096



| | | | | |
|-----|----------|---|----|---------|
| 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.



000098

- 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 |



Assinatura do Avaliador
Unidade

Assinatura do Profissional da

20