



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

1

CRENCIAMENTO 003/2019

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado – PR torna público que estará recebendo a partir do dia 26/03/2019, no horário de 09:00 às 15:00 horas, 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 8.666/93, Lei Estadual 15.608 e as demais 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, 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 26/03/2019 as 09:00 (nove) horas até dia 12/04/2019 às 09:00h. O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, 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, 25 de Março de 2019

Prefeito Municipal



EDITAL DE CREDENCIAMENTO – Nº 003/2019

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Av. Vitória, 251, Centro, até 12 de Abril de 2019, 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:

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, como segue:

Item	Descrição do Material	Un.Med.	Preço Unit. Máximo	
1	18200398 DOSAGEM ACIDO URICO	UN	480,000	1,8500
2	18200302 EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	180,000	2,2500
3	18200303 EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	180,000	2,0100
4	18200304 EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	120,000	1,8500
5	18200305 EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	1.080,000	3,5100
6	18200306 EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	1.080,000	3,5100
7	18200307 EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	1.080,000	1,8500
8	18200308 EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	60,000	3,6800
9	18202487 EXAME DE CREATININA	UN	1.080,000	1,8500
10	18202488 EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	60,000	3,6800
11	18202489 EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (FRAÇÃO)	UN	60,000	4,1200
12	18200312 EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	60,000	3,6800
13	18200313 EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	60,000	3,5100
14	18200314 EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	60,000	2,0100
15	18200315 EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	60,000	1,8500
16	18202490 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	360,000	3,5100
17	18180208 EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	1.080,000	1,8500
18	18202491 DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	120,000	7,8600
19	18200317 EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	60,000	2,0100
20	18200318 EXAME DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UN	60,000	2,0100
21	18200319 EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	1.080,000	1,8500
22	18202492 EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	1.080,000	1,8500
23	18200320 EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	1.080,000	1,8500
24	18202493 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	1.080,000	2,0100
25	18202494 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	1.080,000	2,0100
26	18200321 EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	1.080,000	3,5100
27	18200322 EXAME DOSAGEM DE UREIA	UN	1.080,000	1,8500
28	18200323 EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	1.200,000	2,7300
29	18200324 EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	600,000	2,7300
30	18202495 EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	1.200,000	2,7300
31	18202496 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	600,000	2,7300
32	18202497 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOSPLASTINA	UN	600,000	5,7700
33	18202498 EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	120,000	2,7300
34	18202499 DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO	UN	240,000	2,7300
35	18202500 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	120,000	1,5300
36	18200328 EXAME HEMATOCRITO	UN	1.200,000	1,5300
37	18180209 EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	2.400,000	4,1100
38	18200329 EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	60,000	4,1100
39	18202501 EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	120,000	2,8300
40	18202502 DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	1.080,000	16,4200



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



41	18202503	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	600,000	2,8300
42	18202504	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	120,000	10,0000
43	18202505	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE	UN	120,000	2,8300
44	18202506	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	120,000	2,8300
45	18202507	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCÍ	UN	120,000	18,5500
46	18202508	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	240,000	18,5500
47	18202509	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	600,000	16,9700
48	18202510	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	120,000	18,5500
49	18202511	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	240,000	18,5500
50	18202512	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	240,000	17,1600
51	18202513	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	360,000	18,5500
52	18202514	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	120,000	18,5500
53	18202515	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	120,000	18,5500
54	18202516	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBÉOLA	UN	240,000	17,1600
55	18202517	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	UN	60,000	13,3500
56	18202518	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VÍRUS HEPATITE B	UN	60,000	18,5500
57	18202519	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	240,000	18,5500
58	18202520	EXAME PESQUISA FATOR REUMATOIDE (WAALEROSE)	UN	120,000	4,1000
59	18180210	EXAME TESTE DE VDRL P/SIFILIS	UN	600,000	2,8300
60	85010005	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	600,000	2,8300
61	18200383	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	600,000	1,6500
62	18200292	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	600,000	1,6500
63	85010006	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	600,000	1,6500
64	18200293	EXAME ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS.ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	2.400,000	3,7000
65	18202521	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS (UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	600,000	2,0400
66	18202522	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	60,000	10,1500
67	18202523	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	240,000	7,8900
68	18202524	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	120,000	7,8900
69	18202525	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	120,000	8,9700
70	18202526	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	1.080,000	8,9600
71	18202527	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	60,000	10,2200
72	18202528	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	60,000	10,1500
73	18202529	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	60,000	10,4300
74	18200422	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	600,000	8,7600
75	85010007	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN	600,000	11,6000
76	18200423	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN	240,000	8,7100
77	18202530	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	60,000	15,6500
78	18202531	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN	60,000	17,5300
79	18202532	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN	60,000	8,9700
80	18202533	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	60,000	35,2200
81	18202534	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	60,000	2,2500
82	18200095	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	240,000	4,9800
83	18200376	EXAME BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN	360,000	4,2000
84	18202535	BACIOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSEIASE)	UN	120,000	4,2000
85	18200075	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	120,000	2,8000
86	18202536	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN	360,000	5,6200
87	18200010	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	120,000	5,6300
88	18200294	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN	240,000	4,1900
89	18200340	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	60,000	2,8000
90	18202537	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	60,000	5,6300
91	18200295	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	240,000	1,3700
92	18202538	EXAME PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UN	240,000	1,3700
93	18200098	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO	UN	12,000	350,0000
94	18180360	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL OU DORSAL	UN	12,000	450,0000



OU

95	18180246	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	UN	12,000	480,0000
96	18180256	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE	UN	12,000	480,0000
97	18202467	EXAME DE ULTRASSOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	UN	36,000	550,0000
98	18202539	EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL INCLUI REGIÃO PELVICA	UN	24,000	100,0000
99	18202652	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UN	600,000	15,2400
100	18202641	25 HIDROVIT D - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	72,0000
101	18202642	FRUTOSAMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	21,0000
102	18202643	CA - 125 - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	32,0000
103	18202644	CA - 15-3 - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	32,0000
104	18202645	CA - 19-9 EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	34,0000
105	18202646	PCR - QUANTITATIVO - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	24,0000
106	18202647	COOMDS INDIRETO - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	13,0000
107	18202648	FAN - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	24,0000
108	18202649	ALBUMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	120,000	8,0000
109	18202650	ULTRASSONOGRAFIA REGIÃO INGUINAL	UN	24,000	100,0000
110	18202581	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO	UN	12,000	100,0000
111	18202583	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA	UN	12,000	100,0000
112	18202584	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE	UN	12,000	100,0000
113	18202585	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR/ CADA	UN	12,000	100,0000
114	18202586	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR/ CADA	UN	12,000	100,0000
115	18202587	ULTRASSONOGRAFIA TENDAO AQUILES/CADA	UN	12,000	100,0000
116	18202588	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA	UN	12,000	100,0000
117	18202589	ULTRASSONOGRAFIA PAROTIDAS	UN	12,000	100,0000
118	18202590	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	UN	12,000	100,0000
119	18202591	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	UN	12,000	100,0000
121	18202593	ULTRASSONOGRAFIA AXILAR/CADA	UN	12,000	100,0000
122	18202594	ULTRASSONOGRAFIA MAMAS	UN	12,000	100,0000
123	18202595	ULTRASSONOGRAFIA CAROTIDAS	UN	12,000	200,0000
124	18202596	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE DOPPLER	UN	12,000	180,0000
125	18202597	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL DOPPLER	UN	12,000	180,0000
126	18202598	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA DOPPLER	UN	12,000	180,0000
127	18202599	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL C/ PREPARO	UN	12,000	180,0000
128	18202600	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL DOPPLER	UN	12,000	180,0000
129	18202552	RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE	UN	12,000	590,0000
130	18202553	RESSONANCIA MAGNETICA SEM CONTRASTE	UN	12,000	540,0000
131	18202554	ARTRORESSONANCIA	UN	12,000	650,0000
132	18202555	ANGIORESSONANCIA CRANIO	UN	12,000	600,0000
133	18202556	RESSONANCIA MAGNETICA MAMAS	UN	12,000	600,0000
134	18202557	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO COM CONTRASTE	UN	12,000	400,0000
136	18202559	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUVIDOS	UN	12,000	350,0000
137	18202560	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE	UN	12,000	450,0000
138	18202561	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS FACE	UN	12,000	450,0000
139	18202562	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA	UN	12,000	400,0000
140	18202564	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ÓRBITAS	UN	12,000	450,0000
141	18202565	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PESCOÇO/OROFARINGE	UN	12,000	480,0000
142	18202569	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA QUADRIL	UN	12,000	400,0000
143	18202570	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OMBRO	UN	12,000	400,0000
144	18202571	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO	UN	12,000	400,0000
145	18202572	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	UN	12,000	550,0000
146	18202573	UROTOMOGRAFIA	UN	12,000	550,0000
147	18202574	ANGIOTOMO AORTA ABDOMINAL/ART RENAIIS	UN	12,000	800,0000
148	18202651	RAIO X COM LAUDO OMBRO/MAO/COTOVELO/ESCAPULA/PUNHO.	UN	12,000	50,0000
149	18202592	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	UN	12,000	100,0000

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.

5

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 o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada. Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento Administrativo para posterior envio às Unidades de Saúde.

f) A contratada deve possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade dos materiais, equipamentos e recursos humanos, realizando os exames laboratoriais em sua sede própria.

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 à 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



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.

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

6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados será de no máximo 1.600 (um mil e seiscentos) exames/mês, equivalente a aproximadamente R\$ 34.783,00 (trinta e quatro mil setecentos e oitenta e três reais)/mês, totalizando R\$ 417.396,00 (Quatrocentos e dezessete mil trezentos e noventa e seis reais)/ano aproximadamente.

7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

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

8 – FORMALIZAÇÃO

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

9 – INFORMAÇÕES

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

10 – DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO

O credenciamento ficará disponível a protocolo de participantes do dia 26/03/2019 a 12/04/2019, até as 09:00h, horário em que será realizada sessão pública para avaliação da documentação protocolada.

O Credenciamento será válido por 12 (doze) meses, vigorando a partir da data da publicação deste Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da COMISSÃO DE LICITAÇÕES.

Os novos credenciamentos que ocorrerem após a data do dia 12/04/2019 serão analisados e publicados o resultado de sua classificação em até 10 (dez) dias.

Dê-se-lhe a divulgação prevista na Lei n. 10.520/02. E, para que ninguém alegue ignorância, é o presente Edital publicado em resumo no JORNAL O COMÉRCIO e afixado em local de costume da PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO.

Prefeitura de Cruz Machado, 25 de Março de 2019.

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. 001/2019, 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 2019.

Nome legível e Assinatura do Requerente: _____



MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

N.º / 2019

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:

9

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, na sede de sua clínica e a coleta 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.

Cruz Machado, de de 2019.

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 2019.

Assinatura devidamente identificada

Nome:
CPF:



MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

PROPOSTA DE PREÇOS

12

(local e data), de de 2019.

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

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO
REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 001/2019

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	DOSAGEM ACIDO URICO	UN	
2	EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	
3	EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	
4	EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	
5	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	
6	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	
7	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	
8	EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	
9	EXAME DE CREATININA	UN	
10	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	
11	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (FRAÇÃO)	UN	
12	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	
13	EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	
14	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	
15	EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	
16	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	
17	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	
18	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	
19	EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	
20	EXAME DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UN	
21	EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	
22	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	
23	EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	
24	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	
25	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	



26	EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	
27	EXAME DOSAGEM DE UREA	UN	
28	EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	
29	EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	
30	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	
31	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	
32	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOSPLASTINA	UN	
33	EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	
34	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO	UN	
35	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	
36	EXAME HEMATOCRITO	UN	
37	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	
38	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	
39	EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	
40	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	
41	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	
42	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	
43	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE	UN	
44	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	
45	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	UN	
46	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	
47	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	
48	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	
49	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	
50	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	
51	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	
52	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	
53	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	
54	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBÉOLA	UN	
55	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	UN	
56	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VÍRUS HEPATITE B	UN	
57	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	
58	EXAME PESQUISA FATOR REUMATOIDE (WAALEROSE)	UN	
59	EXAME TESTE DE VDRL P/SIFILIS	UN	
60	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	
61	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	
62	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	
63	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	
64	EXAME ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS.ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	
65	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS (UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	
66	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	
67	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	
68	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	
69	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	
70	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	
71	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	
72	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	
73	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	
74	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	
75	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN	
76	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN	
77	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	
78	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN	
79	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN	
80	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	
81	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	



82	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	
83	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN	
84	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENIASE)	UN	
85	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	
86	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN	
87	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	
88	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN	
89	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	
90	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	
91	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	
92	EXAME PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UN	
93	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO	UN	
94	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU	UN	
95	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	UN	
96	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Pelve	UN	
97	EXAME DE ULTRASSOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	UN	
98	EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL INCLUI REGIÃO PELVICA	UN	
99	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UN	
100	25 HIDROVIT D - EXAME LABORATORIAL	UN	
101	FRUTOSAMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	
102	CA - 125 - EXAME LABORATORIAL	UN	
103	CA - 15-3 - EXAME LABORATORIAL	UN	
104	CA - 19-9 EXAME LABORATORIAL	UN	
105	PCR - QUANTITATIVO - EXAME LABORATORIAL	UN	
106	COOMDS INDIRETO - EXAME LABORATORIAL	UN	
107	FAN - EXAME LABORATORIAL	UN	
108	ALBUMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	
109	ULTRASSONOGRAFIA REGIÃO INGUINAL	UN	
110	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO	UN	
111	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA	UN	
112	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE	UN	
113	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR/ CADA	UN	
114	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR/ CADA	UN	
115	ULTRASSONOGRAFIA TENDAO AQUILES/CADA	UN	
116	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA	UN	
117	ULTRASSONOGRAFIA PAROTIDAS	UN	
118	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	UN	
119	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	UN	
121	ULTRASSONOGRAFIA AXILAR/CADA	UN	
122	ULTRASSONOGRAFIA MAMAS	UN	
123	ULTRASSONOGRAFIA CAROTIDAS	UN	
124	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE DOPPLER	UN	
125	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL DOPPLER	UN	
126	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA DOPPLER	UN	
127	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL C/ PREPARO	UN	
128	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL DOPPLER	UN	
129	RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE	UN	
130	RESSONANCIA MAGNETICA SEM CONTRASTE	UN	
131	ARTRORESSONANCIA	UN	
132	ANGIORESSONANCIA CRANIO	UN	
133	RESSONANCIA MAGNETICA MAMAS	UN	
134	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO COM CONTRASTE	UN	
136	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUVIDOS	UN	
137	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE	UN	
138	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS FACE	UN	
139	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA	UN	
140	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ÓRBITAS	UN	
141	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PESCOÇO/OROFARINGE	UN	



142	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA QUADRIL	UN	
143	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA OMBRO	UN	
144	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA JOELHO	UN	
145	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	UN	
146	UROTOMOGRFIA	UN	
147	ANGIOTOMO AORTA ABDOMINAL/ART RENAI	UN	
148	RAIO X COM LAUDO OMBRO/MAO/COTOVELO/ESCAPULA/PUNHO.	UN	
149	ULTRASSONOGRFIA BOLSA ESCROTAL	UN	

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

O prazo de validade da proposta de preos e de 60 (sessenta) dias.

(assinatura, carimbo e/ou identificaão 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.

16

1- Justificativa

Os exames de análises clínicas são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal. Destacamos que, embora os exames de análises clínicas façam parte da média complexidade, são de fundamental relevância para a qualidade da assistência prestada na atenção básica, já que muitos deles subsidiam o monitoramento da saúde da população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família; das Equipes de Atenção Básica e dos Programas, entre eles, o Programa Mãe Paranaense/Rede Cegonha; Programa de Hipertensos e Diabéticos.

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 atendidos pela rede pública municipal, ou ainda, atendidos pelos municípios de referência, desde que autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- 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 da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterizações da Contratada

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória/Porto União, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários a realização dos exames de análises clínicas.

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

São competências e/ou funções da contratada:

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

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente na área rural do município.

O acompanhamento dos serviços prestados será de responsabilidade do Departamento de 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.

Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio 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 o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento de Administração da Secretaria de Saúde para posterior envio às Unidades de Saúde.

Essa regra tem por objetivo garantir o acompanhamento das gestantes, agilizando a avaliação dos resultados de exames de análises clínicas, favorecendo o diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

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:

18

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:

19

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
			Forro lavável, limpo e claro.
			Paredes limpas e claras



ÁREA FÍSICA BÁSICA		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 2019.

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade



ANEXO II

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

Nome:	
Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Data:

Ambiência:

Indicadores	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	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 pelo profissional responsável pela coleta do material

Indicadores	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de chegada).					
É atencioso e realiza cuidadosamente a coleta.					
Indicadores	Sim			Não	
Sentimento de confiança no profissional que realizou o exame					

Atendimento de Recepção

Indicadores	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	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: _____



Parecer do avaliador:

Cruz Machado, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Avaliador