



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

Edital de Credenciamento nº 002/2019

COMPOSIÇÃO DO EDITAL

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





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

EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 002/2019

A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Rua Coronel Mota, 418, Bairro São Pedro, a partir da sua publicação, DOCUMENTAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS E FILANTRÓPICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, para a prestação de serviços de forma complementar ao SUS, usando como referência os valores da Tabela SIGTAP/SUS e/ou de forma complementar, Recurso Próprio, os procedimentos conforme adiante elencados e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

01 DO OBJETO

1.1 Contratação de Empresas Especializadas na prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva para usuários Renais Crônicos referenciados do ambulatório de nefrologia pediátrica do Hospital da Criança Santo Antonio – HCSA, conforme faixa etária pactuada na Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Roraima – CIB/RR.

02 DA JUSTIFICATIVA DE INEXIGIBILIDADE

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

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

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





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

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

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

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

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

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) é a única unidade hospitalar pediátrica pública no estado de Roraima, referência na oferta de serviços de média e alta complexidade a usuários na faixa etária conforme pactuado na CIB/RR.

Atende pacientes provenientes da capital e demais municípios, além dos referenciados dos países que fazem fronteira com o Estado de Roraima, Venezuela e Guiana.

Oferta atendimento ambulatorial e de urgência e emergência em diversas especialidades, entre elas a nefrologia.

Durante a internação, alguns pacientes com doenças graves podem evoluir com perda da função renal, podendo ser aguda ou crônica.

A insuficiência renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada, (chamada fase terminal da insuficiência renal crônica – IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente, havendo necessidade de TRS para manutenção da vida (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal).

Quando a insuficiência renal não é revertida, agravando o quadro, instala-se o quadro crônico.





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

Quando ocorre a cura ou controle da doença de base que motivou a internação e agravamento do quadro clínico, o paciente pode receber alta, porém com necessidade de continuar a TRS de forma ambulatorial ou domiciliar.

Atualmente a Rede Municipal de Saúde não possui equipamentos próprios, equipe treinada e qualificada, além de materiais específicos necessários para implantação do serviço ambulatorial de TRS nesta rede. Como os pacientes com Doença Renal Crônica, após estabilização do quadro clínico e alta hospitalar necessitam dar continuidade a TRS até reversão da função renal (transplante renal, quando indicado), tal terapia deverá ser ofertada através da rede complementar até a implantação deste serviço.

Por não possuímos o serviço de TRS Ambulatorial para pacientes crônicos, foi elaborado o presente edital, utilizando como parâmetro o quantitativo mínimo mensal de pacientes.

03. DO VALOR ESTIMADO E QUANTITATIVO

3.1 Os procedimentos e valores estão descritos no **anexo I**, assim como os quantitativos estimados de procedimentos mensal e anual no **anexo III** em conformidade com a tabela SIGTAP/SUS e valores complementares.

04. DO ATENDIMENTO

4.1 Os usuários Renais Crônicos serão referenciados do ambulatório de nefrologia pediátrica do Hospital da Criança Santo Antonio – HCSA, conforme faixa etária pactuado na Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Roraima – CIB/RR.

4.2 A Contratada deverá emitir Laudo Médico para Emissão de APAC TRS, em duas vias, o qual deverá ser autorizado na SMSA/DCAR. Posteriormente a Contratada emitirá APAC.





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

05. DAS OBRIGACÕES DA CONTRATADA

- 5.1 Indicar, em até 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato, um preposto que, nos fins de semana e feriados, atenderá prontamente a Secretaria Municipal de Saúde - SMSA, em casos excepcionais e urgentes, com acesso ao serviço móvel celular ou outro meio, que permita o efetivo contato;
- 5.2 Prestar serviços de acordo com as normas legais;
- 5.3 Manter toda a estrutura administrativa, operacional necessárias à execução do contrato bem como registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa;
- 5.4 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.
- 5.5 A CONTRATADA deverá atender as diretrizes do PNH – Programa Nacional de Humanização;
- 5.6 Responsabilizar-se quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;
- 5.7 Adimplir todos os salários e encargos, diretos e indiretos, decorrentes da presente contratação, cabendo à Contratada todo ônus de natureza trabalhista e previdenciária, sem criar qualquer vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Boa Vista;
- 5.8 Assumir a responsabilidade pelos salários, encargos sociais, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas e impostos resultantes do contrato e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir futuramente;
- 5.9 Apresentar a SMSA, sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;
- 5.10 Informar a SMSA sobre eventual alteração de sua razão social; de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu Estatuto ou sobre qualquer outra mudança em relação ao contrato, enviando cópia autenticada;





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

- 5.11 Respeitar a mais ampla e irrestrita fiscalização da comissão de credenciamento e/ou da SMSA/DCAR, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações procedentes, caso ocorram;
- 5.12 Atender aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, não permitindo discriminações de quaisquer espécies mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços;
- 5.13 A CONTRATADA deverá fazer uma declaração informando os dias e os horários acordados com a contratante para atendimento aos usuários do SUS, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente no município;
- 5.14 Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos, prejuízos e/ou atos praticados por seus funcionários em serviço, que vier a causar ao CONTRATANTE aos usuários do SUS ou a terceiros, arcando com toda e qualquer indenização proveniente de danos decorrentes de ação ou omissão, ressaltando-se ainda que mesmo atestando o serviço prestado, subsistirá a responsabilidade da CONTRATADA pela solidez, qualidade e segurança destes serviços;
- 5.15 Informar imediatamente à SMSA, sobre qualquer situação que motive a interrupção de um ou mais serviços prestados aos usuários do SUS;
- 5.16 Fixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 5.17 Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde-Cartão SUS e prestar informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde;
- 5.18 Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços credenciados a realizar, sendo que, o paciente deverá ser atendido no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após a apresentação do Laudo da Emissão de APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) por parte dos usuários do SUS ao prestador;
- 5.19 Não divulgar, sob nenhuma forma, os cadastros e arquivos referentes às Unidades de Saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS que vierem a ter acesso;
- 5.20 Disponibilizar de imediato após a assinatura do contrato, a prestação dos serviços credenciados;



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

- 5.21 Manter sempre atualizado o cadastro dos usuários, assim como os prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 5.22 Apresentar a Nota Fiscal em até 02 (dois) dias úteis após a solicitação pelo setor responsável.
- 5.23 Apresentar mensalmente à SMSA, até o 3º. (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, boletim de produção ambulatorial (BPA) e as APAC's dos serviços prestados ou outros documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo que o retardo na referida entrega implicará automaticamente na inclusão desta à produção do mês subsequente;
- 5.24 Atender o Plano Operativo na sua íntegra bem como adequar-se ao resultado do mesmo, quando necessário, considerando a avaliação de desempenho mediante indicadores de resultado.
- 5.25 A CONTRATADA deve possuir o estabelecimento nos perímetros do Município de Boa Vista-RR, em área urbana cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade mínima de pessoal, de materiais e equipamentos;
- 5.26 A CONTRATADA não poderá alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.
- 5.27 A Contratada deverá manter registrado em prontuário a realização de cada sessão com a assinatura do paciente ou responsável legal;
- 5.28 A Contratada deverá apresentar mensalmente ao DCAR/SMSA até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços o Laudo Médico para Emissão de APAC quando na admissão do paciente na TRS, bem como a APAC autorizada pelo DCAR e atestada pelo médico regulador deste departamento juntamente com o BPA em formato digital para fins de emissão de nota fiscal.
- 5.29 A CONTRATADA deverá possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- 5.30 Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;





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

- 5.31 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;
- 5.32 Relacionar e quantificar os equipamentos, bem como cadastrar os mesmos no CNES;
- 5.33 Os equipamentos ou quaisquer outros materiais que venham a ser necessários para a realização dos procedimentos constantes neste instrumento são de responsabilidade da CONTRATADA e devem estar devidamente cadastrados no CNES;
- 5.34 Administrar o quadro de funcionários, competindo-lhe determinar o cumprimento das obrigações e manter atualizado o cadastro dos mesmos no CNES, quando necessário;
- 5.35 Manter-se, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;
- 5.36 As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes.
- 5.37 Ter capacidade instalada para o atendimento de crianças portadoras de doença renal crônica não hospitalizadas, para faixa etária conforme pactuação em CIB-RR;
- 5.38 Assegurar que os procedimentos sejam realizados por seu próprio pessoal sob a supervisão de um médico nefrologista da CONTRATADA;
- 5.39 Garantir a manutenção dos acessos pérvios, para o procedimento e evitar infecções locais, e, havendo necessidade, realizar curativos no acesso para diálise durante o procedimento;
- 5.40 Emitir laudos e pareceres pertinentes ao objeto da contratação, inclusive na forma de Parecer Técnico, quando solicitado;
- 5.41 Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para contratação;
- 5.42 É de inteira responsabilidade da CONTRATADA a manutenção e reposição de peças das máquinas utilizadas;
- 5.43 Apresentar cronograma anual de manutenção preventiva conforme o manual do fabricante;
- 5.44 Apresentar os laudos de aferição e calibragem das máquinas, no início da prestação dos serviços e conforme período estabelecida na legislação específica;





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

- 5.45 Efetuar correção ou troca do equipamento em caso de pane ou falha;
- 5.46 Para todo paciente novo, deverá em sua admissão a contratada informar, via documento à SMSA, quais exames laboratoriais de rotina serão realizados anualmente, inclusive com período a ser realizado e, caso haja necessidade de realizar outros que não foram apresentados previamente, justificar o motivo da solicitação;
- 5.47 Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente instrumento contratual, sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE.
- 5.48 A CONTRATADA deverá apresentar o Procedimento Operacional Padrão (POP) no início da prestação do serviço e sempre que houver alteração deste.
- 5.49 A CONTRATADA deverá registrar o atendimento/procedimentos dos usuários do SUS objeto deste edital, em prontuário eletrônico a ser fornecido pela CONTRATANTE, conforme interesse deste;
- 5.50 A CONTRATADA é obrigada a corrigir/substituir no prazo de 10 (dez) dias, e às suas expensas, serviços em que se verificam irregularidades;
- 5.51 As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes.
- 5.52 A CONTRATADA será responsável por todo fluxo de atendimento aos usuários, conforme legislação vigente.

06. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 6.1 Exercer, por intermédio do Departamento que solicitou abertura do processo, conforme disposição do artigo 67 da Lei nº 8.666/93, o acompanhamento dos serviços;
- 6.2 A Avaliação das metas qualitativas e quantitativas do Plano Operativo serão revisadas semestralmente;
- 6.3 Revisar o Plano operativo da CONTRATADA observando os critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, a cada 12 (doze) meses;





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

- 6.4 Inspeccionar as instalações das empresas Contratadas, sempre que achar necessário, através dos Técnicos do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação, da Comissão de Credenciamento ou por meio dos fiscais do contrato, conforme estabelecido no Plano Operativo;
- 6.5 Sendo constatadas incorreções no BPA, Notas Fiscais e APACs, o CREDENCIANTE providenciará sua imediata devolução, a fim de que seja reprocessada a correção pelo CREDENCIADO;
- 6.6 Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS;
- 6.7 O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida – pagar os valores constantes ao previstos deste Edital - não transfere para a SMSA/Boa Vista, a obrigação de pagar os serviços ora Contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme: §1º e §2º do Artigo 5º da Portaria nº. 1.286 de 26/10/93;
- 6.8 A CONTRATANTE ficará responsável pela execução dos exames de rotina coletados pela contratada, através da Rede Própria ou credenciado sendo o resultado dos mesmos entregues à CONTRATADA;
- 6.9 Designar no mínimo dois servidores (fiscais do contrato) com prerrogativas técnicas para proceder à verificação de todos os aspectos que envolvam a prestação de serviço, podendo propor alternativas para que os mesmos sejam executados com eficiência e eficácia, sempre que se verificarem falhas;
- 6.9 Cabem aos fiscais do processo, notificar a empresa por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;
- 6.10 Receber as notas fiscais faturadas mensalmente através do setor DCAR, conforme inciso I, b, artigo 73, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações;
- 6.11 Não permitir a execução dos serviços em desacordo com o preestabelecido, conforme o instrumento contratual;
- 6.12 Manter em seu corpo clínico médico nefrologista, para acompanhamento clínico;
- 6.13 Garantir a confecção de acesso para diálise (cateter de Tenckhoff, duplo lúmen, longa permanência, Fístula Arterio-Venosa) nos procedimentos contratados;





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

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

6.15 Efetuar o pagamento de notas fiscais da contratada mensalmente, após devidamente atestada e analisada pelos órgãos controladores até o 30º (trigésimo) dia útil após o recebimento das Notas Fiscais no DCAR.

07 DA HABILITAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

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

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

À
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA/RR
DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº
003/2017

7.3 **RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL COMPLETA DO INTERESSADO** no credenciamento no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da publicação do edital no Diário Oficial do Município.

7.4 Não aparecendo nenhum interessado no credenciamento dentro do prazo estipulado no item 7.3 e, permanecendo a necessidade da Administração Pública, será realizada nova publicação





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

em Diário Oficial divulgando a reabertura do prazo para entrega de envelope com documentação.

7.5 Deverá constar no envelope de credenciamento:

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

7.6 A empresa deverá apresentar:

a) Habilitação jurídica – a ser comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

a.1 Ato Constitutivo (Estatuto ou Contrato Social em vigor), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores e, se for o caso, de procurações que substabeleçam poderes a terceiros;

a.2 Registro Comercial no Caso de empresa individual;

a.3 Certidão Simplificada da Junta comercial;

b) Regularidade Fiscal e Trabalhista - a ser comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

b.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ;





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

b.2 Certificado de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de serviço – FGTS - CRF, fornecida pela Caixa Econômica Federal; demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

b.3 Prova de Regularidade Fiscal para com as Fazendas:

- Federal (Receita Federal e Dívida Ativa);

- Estadual;

- Municipal;

b.4 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

c) Qualificação econômico-financeira – a ser comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

c.1 Certidão Negativa de Pedido de Falência ou Concordata expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica;

c.2 Comprovante de dados bancários (banco, agência, conta corrente, nome do titular) para depósito em nome da pessoa jurídica do proponente;

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

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

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

e.2) Alvará de localização e funcionamento regular;

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





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

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

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

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

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

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

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

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

08 DOS CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DO CREDENCIAMENTO

8.1 Serão consideradas habilitadas e credenciadas as pessoas jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e **inabilitadas** aquelas que não atendam à documentação constante do item 7;

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





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

09. DA VIGÊNCIA

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

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

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

10 DAS PENALIDADES

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

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

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

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

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

10.6 Inexecução Total:

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





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

10.7 Inexecução Parcial:

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

11 DO PAGAMENTO

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

11.2 Na Nota Fiscal/DANFE deverão constar:

Nome: MUNICÍPIO DE BOA VISTA/PREFEITURA MUNICIPAL.

CNPJ: 05.943.030/0001-55

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

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

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

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





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

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

11.6.1 A Comprovação dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva Crônica executados, serão através de B.P.A (Boletim de Produção Ambulatorial) em formato digital, sempre demonstrando quantidade de procedimentos realizados e valores, juntamente com a APAC devidamente autorizada pela unidade responsável;

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

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

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

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

11.11 A critério da CONTRATANTE poderão ser utilizados os pagamentos devidos para cobrir possíveis despesas com

multas, indenizações ou outras de responsabilidade da CONTRATADA.

12 DOTACÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 A despesa correrá a conta da seguinte Dotação Orçamentária:

- a) Fonte de Recurso: 049 – **SUS** / 001 – **RP**
- b) Programa de trabalho: 10.302.0043.2.111 / 10.302.0043.2.111





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

c) Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00 / 3.3.90.39.00

13 DAS ALTERAÇÕES

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

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

14 DA FISCALIZAÇÃO

14.1 A execução das obrigações contratuais integrante deste instrumento será fiscalizada pelos servidores representante da SMSA Sr.^a **Débora da Silva Maia – Matrícula nº 848997** e Sr.^a **Rosimary Silva de Oliveira – Matrícula nº 29970** neste ato denominado FISCAL (is), devidamente credenciado, no qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual, dando ciência de tudo ao credenciado (Art. 67, da Lei 8.666/93);

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

15 DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO

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

15.2 O não cumprimento ou o cumprimento irregular das cláusulas e condições estabelecidas no contrato, por parte da CONTRATADA, assegurará ao CONTRATANTE o direito de dá-lo por





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

rescindido, mediante notificação através de ofício, entregue diretamente ou por via postal, com prova de recebimento, sem ônus de qualquer espécie para a administração. O Credenciado que deseja solicitar o descredenciamento, deverá fazê-lo mediante aviso escrito a ser encaminhado ao Gestor Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

16 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

17 ANEXOS

17.1 Constam como parte integrante deste Edital:

17.2 ANEXO I – TABELA – PROCEDIMENTOS E VALORES;

17.3 ANEXO II – TABELA – QUANTITATIVO ESTIMADO DE PACIENTES;

17.4 ANEXO III - QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL;

17.5 ANEXO IV – PLANO OPERATIVO;





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

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

17.7 ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE;

17.8 ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL.

18 INFORMAÇÕES

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

Boa Vista – RR, 26 de Junho de 2019.

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

Alan Freitas da Rocha
 Superintendente da Atenção Especializada

Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal de Saúde





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

ANEXO I

PROCEDIMENTOS E VALORES

**Tabela I - Grupo 03 (Procedimentos clínicos) - Subgrupo 05 (Tratamento em nefrologia) –
Forma de Organização 01 (Tratamento Dialítico).**

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR SUS VIGENTE	VALOR RP	VALOR TOTAL
03.05.01.020-4	Hemodiálise Pediátrica (Máximo 04 Sessões por Semana)	R\$ 353,88	R\$ 864,50	R\$ 1.218,38

Tabela II - Grupo 07 (Órteses, próteses e materiais especiais) - Subgrupo 02 (Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico) – Forma de Organização 04 (OPM em assistência cardiovascular) e 10 (OPM em nefrologia).

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR SUS VIGENTE	VALOR RP	VALOR TOTAL
07.02.10.004-8	Conjunto de Troca p/DPA (Paciente-Mês c/ Instalação Domiciliar e Manutenção da Máquina Cicladora)	R\$ 2.511,49	R\$ 9.962,51	R\$ 12.474,00
07.02.10.001-3	Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	R\$ 482,34	R\$ 2.707,21	R\$ 3.189,55
07.02.10.002-1	Cateter p/ Subclávia Duplo Lumem p/ Hemodiálise	R\$ 64,76	R\$ 1.015,25	R\$ 1.080,00
07.02.10.003-0	Cateter Tipo Tenckoff/ Similar de Longa Permanência p/ Dpi/Dpac/Dpa	R\$ 149,75	R\$ 1.699,54	R\$ 1.849,29





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

ANEXO II

QUANTITATIVO ESTIMADO DE PACIENTES

**Tabela III - Grupo 03 (Procedimentos clínicos) - Subgrupo 05 (Tratamento em nefrologia)
– Forma de Organização 01 (Tratamento Dialítico)**

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Estimativa de Pacientes	Estimativa Mensal	Estimativa Anual
03.05.01.020-4	Hemodiálise Pediátrica (usuários na faixa etária de 29 dias à 12 anos) (Máximo 04 Sessões por Semana)	04	64	768

Tabela IV - Grupo 07 (Órteses, próteses e materiais especiais) - Subgrupo 02 (Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico) – Forma de Organização 04 (OPM em assistência cardiovascular) e 10 (OPM em nefrologia).

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Estimativa de Pacientes	Estimativa Mensal	Estimativa Anual
07.02.10.004-8	Conjunto de Troca p/ DPA (Paciente-Mês c/ Instalação Domiciliar e Manutenção da Máquina Cicladora)	02	02	24
07.02.10.001-3	Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	18	18	216
07.02.10.002-1	Cateter p/ Subclavia Duplo Lumem p/ Hemodiálise	18	18	216
07.02.10.003-0	Cateter Tipo Tenckoff/ Similar de Longa Permanência p/ Dpi/Dpac/Dpa	18	18	216





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

ANEXO III

QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL

**Tabela III - Grupo 03 (Procedimentos clínicos) - Subgrupo 05 (Tratamento em nefrologia)
– Forma de Organização 01 (Tratamento Dialítico).**

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS MENSAL (R\$)	Valor RP MENSAL (R\$)	VALOR TOTAL MENSAL	VALOR SUS ANUAL	VALOR RP ANUAL	VALOR TOTAL ANUAL
03.05.01.001 -8	Diálise Peritoneal Intermitente DPI (1 Sessão por Semana - Excepcionalidade)	R\$ 22.648,32	R\$ 55.328,00	R\$ 77.976,32	R\$ 271.779,84	R\$ 663.936,00	R\$ 935.715,84
SUBTOTAL		R\$ 22.648,32	R\$ 55.328,00	R\$ 77.976,32	R\$ 271.779,84	R\$ 663.936,00	R\$ 935.715,84

**Tabela IV - Grupo 07 (Órteses, próteses e materiais especiais) - Subgrupo 02 (Órteses,
próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico) – Forma de Organização 04
(OPM em assistência cardiovascular) e 10 (OPM em nefrologia).**

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS MENSAL (R\$)	Valor RP MENSAL (R\$)	VALOR TOTAL MENSAL	VALOR SUS ANUAL	VALOR RP ANUAL	VALOR TOTAL ANUAL
07.02.10.00 4-8	Conjunto de Troca p/DPA (Paciente-Mês c/ Instalação Domiciliar e Manutenção da Máquina Cicladora)	R\$ 5.022,98	R\$ 19.925,02	R\$ 24.948,00	R\$ 60.275,76	R\$ 239.100,24	R\$ 299.376,00
07.02.10.00 1-3	Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	R\$ 8.682,12	R\$ 48.729,78	R\$ 57.411,90	R\$ 104.185,44	R\$ 584.757,36	R\$ 688.942,80





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

07.02.10.00	Cateter p/ Subclavia Duplo	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
2-1	Lumem p/ Hemodiálise	1.165,68	18.274,32	19.440,00	13.988,16	219.291,84	233.280,00
07.02.10.00	Cateter Tipo Tenckoff/ Similar de Longa Permanência p/ Dpi/Dpac/Dpa	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
3-0		2.695,50	30.591,72	33.287,22	32.346,00	367.100,64	399.446,64
SUBTOTAL		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		17.566,28	117.520,84	135.087,12	210.795,36	1.410.250,08	1.621.045,44





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

ANEXO IV
PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O presente PLANO OPERATIVO é um instrumento de avaliação desta SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA-RR, tendo por objetivo, a pactuação de metas e ações de Terapia Renal Substitutiva – TRS, de acordo com o preconizado na Lei 8.080/1990, Portaria GM/MS nº. 3.277/2006, de 22 de dezembro de 2006 e Portaria SAS nº. 432 de 06 de junho de 2006 e RDC/ANVISA nº. 1671, de 30 de maio de 2006, e instrumentalizar a implementação do processo de reestruturação da Política Nacional de Atenção, permitindo o aprimoramento da Instituição no Sistema Único de Saúde – SUS.

Objetiva aperfeiçoar a articulação existente entre A CONTRATADA e a Rede Municipal de Saúde, orientado em especial, pela melhoria dos mecanismos de referência e contra-referência das consultas de especialidade, pela implementação da política de humanização, abrangendo todas as áreas de assistência ambulatoriais, pelo aprimoramento do fórum de negociação com o Gestor Municipal, pela articulação da especialidade médica, e com foco na atenção integral à saúde das pessoas, na faixa etária pactuada na CIB-RR, pelo Planejamento Estratégico participativo com vistas à melhoria do cuidado à saúde.

1- Justificativa

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) é a única unidade hospitalar pediátrica pública no estado de Roraima, referência na oferta de serviços de média e alta complexidade a usuários na faixa etária conforme pactuada na CIB/RR.

Atende pacientes provenientes da capital e demais municípios, além dos referenciados dos países que fazem fronteira com o Estado de Roraima, Venezuela e Guiana.





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

Oferta atendimento ambulatorial e de urgência e emergência em diversas especialidades, entre elas a nefrologia.

Durante a internação, alguns pacientes com doenças graves podem evoluir com perda da função renal, podendo ser aguda ou crônica.

A insuficiência renal aguda é a redução da função renal em horas ou dias. Caracteriza-se principalmente pela diminuição do ritmo de filtração glomerular e/ou do volume urinário, ocorrendo também distúrbio no controle do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido básico, podendo ser revertida com suporte clínico, mas às vezes é necessário iniciar terapia renal substitutiva - TRS (tratamento que exerce as funções dos rins que, quando doentes, não conseguem mais executá-las) para criar condições clínicas que facilitam o tratamento da doença de base, recuperação e/ou retorno da função renal.

Quando a insuficiência renal não é revertida, agravando o quadro, instala-se o quadro crônico.

A insuficiência renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada, (chamada fase terminal de IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente, havendo necessidade de TRS para manutenção da vida (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal).

Quando ocorre a cura ou controle da doença de base que motivou a internação e agravamento do quadro clínico, o paciente pode receber alta, porém com necessidade de continuar a TRS de forma ambulatorial ou domiciliar.

Atualmente a Rede Municipal de Saúde não possui equipamentos próprios, equipe treinada e qualificada, além de materiais específicos necessários para implantação do serviço ambulatorial de TRS nesta rede. Como os pacientes com Doença Renal Crônica, após estabilização do quadro clínico e alta hospitalar necessitam dar continuidade ao TRS até reversão da função renal (transplante renal, quando indicado), tal terapia deverá ser ofertada através da rede suplementar até a implantação deste.

2 - Objetivo Geral





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

Execução de serviço de Terapia Renal Substitutiva de natureza Ambulatorial para usuários pediátricos renais crônicos na faixa etária conforme pactuação em CIB-RR, encaminhados do Hospital da Criança Santo Antônio (referência estadual na faixa etária citada), conforme edital de credenciamento nº 002/2019, a serem prestados aos usuários atendidos pela rede pública municipal de Boa Vista e demais municípios do Estado de Roraima.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso a serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização de Terapia Renal Substitutiva ambulatorial para usuários renais crônicos na faixa etária conforme pactuação em CIB-RR em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do tratamento;
- Propiciar um melhor prognóstico, através da disponibilização dos procedimentos contratados aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde

4 - Caracterização da Contratada

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros do Município de Boa Vista, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários à realização dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva relacionados neste edital de credenciamento.

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

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;





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

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

5 – Controle, Avaliação e Regulação

As solicitações Ambulatoriais serão agendadas conforme disponibilidade da Contratante, e, conforme indicação do serviço de nefrologia do HCSA, em formulário de APAC previamente preenchido e autorizado pelo DCAR.

A autorização das solicitações ambulatoriais será de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação (DCAR) do Município de Boa Vista, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado e o agendamento será de responsabilidade da contratada, se eletivo. Se os usuários estiverem internados no HCSA deverão ser autorizados no setor designado por esta Unidade.

Os serviços serão solicitados e autorizados através de formulário de APAC da Secretaria Municipal de Saúde ou ainda, por outro método de registro que venha a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os serviços prestados serão mensalmente conferidos pelo Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a APAC ou outro método de registro implantado pela Secretaria Municipal de Saúde não esteja devidamente preenchida e com rasuras.

6 – Recurso Financeiro

Programa: 10.302.0043.2.111





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

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recurso: (049) SUS

Programa: 10.302.0043.2.111

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recurso: (001) Próprio

7 – Meta Quantitativa

Serviço Terapia Renal Substitutiva Extra-Hospitalar

Descrição	Meta
Terapia Renal Substitutiva Extra Hospitalar (Díalise Peritoneal e Hemodiálise).	Atender 100% dos procedimentos solicitados

8 - Meta Qualitativa dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva Extra-Hospitalar

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

9 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

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

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

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes





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

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.

9.1 - 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 à 100 %
Ótimo	80 à 90 %
Bom	70 à 80 %
Razoável	60 à 70 %
Ruim	Abaixo de 60 %

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

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

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

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

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





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

FORMULÁRIO I

AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
EXTRA-HOSPITALAR

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

AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, G.A.As, APACs e Laudo Emissão de APAC (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde).





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

		Assegurar a guarda dos prontuários, laudos e resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA		Realiza manutenção predial corretiva.
		Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS		Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se
		Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
HIGIENE		Roupa da maca limpa e trocada diariamente ou
		Avental disponibilizado aos usuários do SUS, limpos e sem cheiro.
ÁREA FÍSICA BÁSICA		Forro lavável, limpo e claro.
		Paredes limpas e claras.
		Piso de fácil limpeza e desinfecção.
		Acesso a cadeirantes e deficientes físicos
		Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes
		Alvará sanitário em dia.
	Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de diálise.	





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

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

FORMULÁRIO II

PLANO OPERATIVO AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO EXTRA-HOSPITALAR

IDADE	SEXO
ESCOLARIDADE	

AMBIÊNCIA

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

ATENDIMENTO MÉDICO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização da diálise (considerado o horário de agendamento)					
É atencioso e explica sobre o procedimento que será realizado e como será realizado.					
Realiza o procedimento com interesse e cuidado.					
Responde as perguntas feitas.					
INDICADORES	SIM		NÃO		
Sentimento de confiança no profissional que realizou o procedimento.					
Apresentação/Identificação do profissional que realizou o procedimento.					



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	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:

Boa Vista, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do Avaliador





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ANEXO V

MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

DECLARAÇÃO ART. 7º, XXXIII, DA CF

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

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

SIM	NÃO

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ANEXO VI

MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

Empresa/Entidade _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, em cumprimento ao exigido no Edital de Credenciamento nº 002/2019 declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua Habilitação, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

ANEXO VII

MODELO

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO

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

Boa Vista – RR, _____ de _____ de _____.

Representante Legal

