



MINUTAL DE EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 03 /2021

- Regido pela Lei Federal nº 8.666/93, artigo 25;
- Inviabilidade de competição – Inexigibilidade de licitação;
- Processo nº 14706/2021;
- Objeto: Credenciamento para prestação do serviço de ultrassonografia para atender de forma complementar a Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR.

RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS E CREDENCIAMENTO

Data: O credenciamento deverá permanecer aberto durante todo o prazo de vigência do edital, habilitando os interessados que satisfaçam às condições exigidas no ato convocatório.

Horário: 08h às 12h e das 14h às 18h

Local: Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretária Municipal de Saúde.

1. PREÂMBULO

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, que se subordinam às normas gerais da Lei nº 8.666

2. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa correrá a conta da seguinte Dotação Orçamentária:

- a) Programa de Trabalho: **10.302.0034.2097**
- b) Elemento de Despesa: **3.3.90.39.00**
- c) Fonte de Recurso: **SUS e PRÓPRIO**

3. OBJETO

Credenciamento para prestação do serviço de ultrassonografia para atender de forma complementar a Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR.





4. OBTENÇÃO DO EDITAL

O edital de Credenciamento estará disponível no site da Prefeitura Municipal de Boa Vista <https://www.boavista.rr.gov.br/prefeitura>, no Diário Oficial do Município de Boa Vista bem como em jornal de grande circulação do Município de Boa Vista.

5. DA IMPUGNAÇÃO E ESCLARECIMENTOS DO EDITAL

Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de Credenciamento, no todo ou em parte, por meio de petição protocolada, devidamente instruída (assinatura, endereço, razão social e telefone para contato), juntamente ao Departamento de Controle, Avaliação e Regulação –SMSA, localizado à Rua Coronel Mota, 418, Centro, Boa Vista-RR, em até 5 dias uteis antes da data designada para o encerramento do prazo de credenciamento, apontando de forma clara, concisa e objetiva os pontos em que tem dúvida.

6. DO LOCAL E CONDIÇÕES DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

A documentação na íntegra deverá ser entregue em envelope lacrado, em horário comercial (08h-12h e 14h-18h) no Departamento de Controle, Avaliação e Regulação –SMSA, localizado à Rua Coronel Mota, 418, Centro, Boa Vista-RR;

7. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

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.

8. HABILITAÇÃO: DOCUMENTAÇÃO

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 03/2021

RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL COMPLETA DO INTERESSADO

8.1 Os documentos emitidos pela empresa deverão estar com timbre da mesma e, quando for necessário, assinados e/ou rubricados bem como datados. 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.

8.2. 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;
- 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 III);

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

e.3) 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.4) 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 objeto, 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) 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;

h) Declaração de que não é Servidor Público Municipal (anexo V) 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.

9. DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

A documentação entregue será analisada por Comissão de Credenciamento em até 05 (cinco) dias úteis a contar do encerramento do prazo de entrega dos documentos. A Comissão de Credenciamento terá seus componentes designados mediante portaria publicada no Diário Oficial do Município de Boa Vista.

10. DOS CRITÉRIOS PARA O CREDENCIAMENTO E PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

10.1 Os exames ou procedimentos poderão ser credenciados por itens de cada grupo, não estando obrigada a CONTRATADA a ofertar todo rol dos referidos grupos;

10.2 Após contratado o serviço, não será possível a CONTRATADA excluir qualquer exame ou procedimento do rol credenciado.

11. DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO





11.1. 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.

11.2. 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;

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

12. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

12.1 Indicar, no ato da 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;

12.2 Prestar serviços de acordo com as normas legais;

12.3 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;

12.4 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.

12.5 Administrar o quadro de funcionários, competindo-lhe determinar o cumprimento das obrigações e manter atualizado o cadastro dos mesmos no CNES, quando necessário;

12.6 Apresentar a SMSA, sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;

12.7 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;

12.8 Respeitar a mais ampla e irrestrita fiscalização da comissão de credenciamento e/ou do DCAR/SMSA, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações procedentes, caso ocorram;

12.9 Atender aos usuários e acompanhantes do Sistema Único de Saúde – SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, não permitindo discriminações de quaisquer espécies mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços;

12.10 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;

12.11 Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços credenciados a realizar, sendo que, o paciente deverá ser atendido no ato da apresentação da Guia de Autorização Ambulatorial (G.A.A) por parte dos usuários do SUS ao prestador, devendo a G.A.A ser retida pela empresa somente após a realização do exame ou procedimento;

12.12 Fixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

12.13 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;

12.14 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;

12.15 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;

12.16 Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente instrumento contratual, sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;

12.17 Disponibilizar de imediato após a assinatura do contrato, a prestação dos serviços credenciados;

12.18 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;

12.19 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;

12.20 Colher na GAA a assinatura do paciente ou de seu representante legal. A validação das Guias será feita através da digitação ou leitura por meio do Sistema SIGSS pelo código de barras impresso;

12.21 Validar até o ultimo dia do mês corrente ao da realização dos serviços, através do sistema SIGSS as G.A.A's dos serviços prestados ou outros documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo que a não validação das G.A.A's no prazo estabelecido implicará no não faturamento da produção.





12.22 Apresentar a Nota Fiscal em até 02 (dois) dias úteis após a solicitação pelo setor responsável;

12.23 Atender o Plano Operativo na sua integra **anexo II**;

12.24 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;

12.25 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;

12.26 A CONTRATADA deverá fazer uma declaração informando os dias, horários e vagas disponíveis acordados com a contratante para atendimento aos usuários do SUS, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente no município, devendo o profissional do laboratório permanecer na unidade durante o período acordado;

12.27 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.

12.28 A CONTRATADA deverá possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;

12.29 Inserir os resultados dos exames em Sistema de Informação a ser fornecido pela CONTRATANTE;

12.30 Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;

12.31 A CONTRATADA deverá apresentar o Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado, sempre que solicitado pela Contratante;

12.32 Entregar os resultados dos exames dos pacientes diretamente a eles ou pessoas autorizadas pelo mesmo diretamente no local da coleta, no estabelecimento credenciado ou por meio de endereço eletrônico e inserir no Sistema de Informação da CONTRATANTE (Prontuário eletrônico).

12.33 O resultado deverá ser entregue em formato e/ou digital no prazo máximo de 03 (três) dias aos usuários do SUS se exames eletivos. Esse prazo começa a ser contado a partir da data de realização destes.

12.34 Os funcionários da CONTRATADA deverão utilizar EPIs (Equipamentos de Proteção Individual);

12.35 A contratada é obrigada a corrigir/substituir no prazo de 10 (dez) dias, e às suas expensas, serviços em que se verificam irregularidades;





12.36 Caso os exames sejam solicitados com urgência e/ou emergência, o prazo máximo de entrega do resultado será em até 24h (vinte e quatro horas) a fim de realizar o tratamento o mais rápido possível;

12.37 As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes.

13 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

13.1 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

14. DOS PREÇOS FIXADOS PELA ADMINISTRAÇÃO

14.1 Os valores SUS dos procedimentos foram todos extraídos da Tabela SIGTAP/SUS, disponível no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> . Os valores de Recurso Próprio foram os aprovados pelo





Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução nº 022/2021 – DOM nº 5405 de 22/06/2021.

14.2 O quantitativo descrito acima teve como base a produção do ano de 2019 com acréscimo de 25%.

15.DO PAGAMENTO

15.1 O pagamento será efetuado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS), em até 30 (trinta) dias após a realização do Serviço do presente Termo de Referência à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), mediante apresentação da documentação da empresa (Nota Fiscal/DANFE), em anexo relatórios do SIGss, Relatório de execução e respectivas certidões;

15.2 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

15.3 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.

15.4 Os preços não sofrerão reajustes;

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

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

15.7 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;

15.8 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.

15.9 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;



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

16. PRAZO DE INÍCIO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços deverão ser prestados de forma imediata após a assinatura do contrato.

17. LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços deverão ser executados na sede ou filial dos prestadores contratados ou em local a ser definido previamente pela CONTRATANTE.

18. DA FISCALIZAÇÃO

18.1 A execução das obrigações contratuais deste instrumento será fiscalizada por servidor (es), doravante denominado(s) FISCAL(IS), designado formalmente, com autoridade para exercer, como representante desta Secretaria, toda e qualquer ação de orientação geral, observando-se o exato cumprimento de todas as cláusulas e condições decorrentes deste instrumento, determinando o que for necessário à regularização das falhas observadas, conforme prevê o art. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e Orientação técnica da CGM 05/2016, Diário Oficial do Município de Boa Vista – nº 4106 de 22 de Fevereiro de 2016;

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

19. DO DESCREDENCIAMENTO

19.1 POR PARTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

19.1.1 A empresa deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

19.1.2 A empresa praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;

19.1.3 Ficar evidenciada a incapacidade da empresa credenciada de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

19.1.4 Por razões de interesse pública de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado da Secretaria Municipal de Saúde;

19.1.5 Em razão de caso fortuito ou força maior;

19.1.6 No caso da decretação de falência ou concordata da empresa credenciada, sua dissolução ou falecimento de todos os seus sócios;

19.1.7 E naquilo que couber, nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.

19.2 POR PARTE DA EMPRESA CREDENCIADA



19.2.1 Mediante solicitação escrita e devidamente justificada à Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

20. DA RESCISÃO

20.1 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;

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

21. DA REVOGAÇÃO/ANULAÇÃO

A Administração poderá anular ou revogar este Edital de Credenciamento, no todo ou em parte, a qualquer tempo, por razões de interesse público.

22. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

22.2 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;

22.3 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;

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

23. ANEXOS

São partes integrantes, indissociáveis e atreladas ao conteúdo deste Edital, os seguintes anexos, cujo teor vincula totalmente os licitantes:

ANEXO I – TABELA – DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS – VALOR UNITÁRIO POR PROCEDIMENTO;





ANEXO II– PLANO OPERATIVO;

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

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE;

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL.

ANEXO VI – MINUTA DE CONTRATO

ANEXO VII – TERMO DE REFERÊNCIA

Boa Vista/RR, 01 de dezembro de 2021.

Lindonn Johnsonn R. Nascimento
Núcleo de Controle de Processos SMSA

Mayron Machado de Oliveira
DEAS/SMSA



ANEXO I VALORES UNITÁRIOS E QUANTITATIVO MENSAL E ANUAL

ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR UNITÁRIO			QUANTITATIVO		VALORES TOTAIS	
			Valor SUS	VALOR RP	VALOR TOTAL	Quantidade Mensal Estimada	Quantidade de Anual Estimada	VALOR TOTAL MENSAL	VALOR TOTAL ANUAL
1	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	24,20	50,12	74,32	05	60	371,60	4.459,20
2	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdômen total	37,95	30,87	68,82	53	636	3.647,46	43.769,52
3	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	24,20	50,12	74,32	13	156	966,16	11.593,92
4	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
5	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
6	02.05.02.009-7	Ultrassonografia de Mamas (bilateral)	24,20	50,12	74,32	71	852	5.276,72	63.320,64
7	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata (via abdominal)	24,20	50,12	74,32	3	36	222,96	2.675,52
8	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (via transretal)	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
9	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de tireoide	24,20	50,12	74,32	5	60	371,60	4.459,20
10	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (extracardiaca)	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
11	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	24,20	50,12	74,32	63	756	4.682,16	56.185,92
12	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler colorido e pulsado	39,60	23,56	63,16	63	756	3.979,08	47.748,96
13	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	24,20	50,12	74,32	6	72	445,92	5.351,04
14	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
15	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	24,20	50,12	74,32	97	1.164	7.209,04	86.508,48
VALOR TOTAL ANUAL								R\$ 334.990,80	

OBS 1: Os valores SUS dos procedimentos foram todos extraídos da Tabela SIGTAP/SUS, disponível no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Os valores de Recurso Próprio foram os aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução nº 022/2021 – DOM nº 5405 de 22/06/2021.

OBS 2: O quantitativo descrito acima teve como base a produção do ano de 2019 com acréscimo de 25%.



ANEXO II

PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de ultrassonografia para atender para atender de forma complementar à Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

1- Justificativa

A Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde está subdividida em 08 (oito) macro áreas (macrorregiões de saúde), possui 34 (trinta e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 60 (sessenta e uma) Equipes de Saúde da Família cadastradas e ativas, 09 (nove) Equipes de Saúde Bucal, 03 (três) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 01 (um) Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Estas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas destas unidades, a depender da capacidade instalada, possuem uma equipe multiprofissional podendo contar com assistente social, cirurgião dentista, psicólogo, biólogo, fisioterapeuta e / ou farmacêutico.

Na Rede Municipal de Atenção Especializada (Secundária e Terciária) possui o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA); Centro de Tratamento e Prevenção de Câncer de Colo e Mama – CPCOM; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; Laboratório de Referência – LRM; Laboratório de Citopatologia – LABCIT; Centro de Recuperação Nutricional Infantil – CERNUTRI e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192/BV.





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

Em Boa Vista encontram-se todas as unidades de saúde de referência em média e alta complexidade do Estado, sendo o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) é uma unidade de saúde sob gestão municipal.

A Prefeitura Municipal de Boa Vista, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de ações de saúde tanto na prevenção como no diagnóstico como parte do que preconiza as diretrizes ministeriais das políticas de saúde tanto na atenção do nível básico, de média e alta complexidade de sua rede.

Com objetivo de fomentar as referidas ações, torna-se necessário a abertura de Edital para credenciamento dos procedimentos de ultrassonografia uma vez que os mesmos são essenciais para apoio diagnóstico e detecção de diversas doenças, possibilitando por meio da visualização da imagem em tempo real, avaliar tecidos, órgãos e outras estruturas internas do corpo.

O procedimento é feito utilizando-se de um condutor que capta as ondas sonoras do corpo e assim é permitido identificar lesões, a presença de líquidos e outras alterações. No caso das ultrassonografias em gestantes possibilita ainda captar os movimentos e batimentos cardíacos do feto e acompanhar todo o desenvolvimento gestacional.

2 - Objetivo Geral

Execução de serviço de ultrassonografia para atender de forma complementar à Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR.

3 - Objetivos Específicos

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





- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde
- Subsidiar a equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterização da Contratada

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

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

São competências e/ou funções da contratada:

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

5 – Controle, Avaliação e Regulação

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

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





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

Os serviços prestados serão mensalmente conferidos pelo Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos

(o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A (requisição de exames complementares) ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA não esteja devidamente preenchida e com rasuras.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; em formato físico e/ou digital, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada ou por meio de endereço eletrônico fornecido pela Contratada.

6 – Recurso Financeiro

Fonte de Recurso: 049 – SUS / 001 – RP

Programa de trabalho: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

7 – Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Prestar o serviço de ultrassonografia	Atender 100% dos exames agendados.

8 - Meta Qualitativa

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

9- Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa





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

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

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

9.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

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

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

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

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

Para subsidiar a visita domiciliar da Comissão, quando houver, o DCAR, emitirá Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram atendidos no Estabelecimento, no período, bem como, o nome dos profissionais médicos que prestaram o atendimento. Os usuários





constantes no Relatório deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos e de diferentes profissionais médicos (caso os serviços sejam prestados por mais de um profissional). Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços.

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

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

FORMULÁRIO I - AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

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

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame e respectiva imagem, devidamente carimbado e assinado pelo médico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao DCAR, para fins de Auditoria.
			Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados, com exceção da imagem).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Realiza manutenção predial corretiva.
			Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS			Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.
			Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.



HIGIENE		Roupa da maca limpa e trocada diariamente ou sempre que necessário, de forma a manter a higiene.
ÁREA FÍSICA BÁSICA		Avental disponibilizado aos usuários do SUS, limpos e sem cheiro
		Forro lavável, limpo e claro.
		Paredes limpas e claras.
		Piso de fácil limpeza e desinfecção.
		Acesso a cadeirantes e deficientes físicos
		Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes
		Alvará sanitário em dia.
	Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.	

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Avaliador
Carimbo

Assinatura do Profissional da Unidade
Carimbo





FORMULÁRIO II - DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

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 do exame (considerado o horário de agendamento)					
É atencioso e realiza perguntas sobre a queixa que originou o exame.					
Examina com interesse e cuidado.					
Responde as perguntas feitas.					
INDICADORES	SIM		NÃO		
Sentimento de confiança no profissional que realizou o exame					
Apresentação/Identificação do profissional que realizou o exame					

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	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 .

Assinatura do Avaliador
Carimbo





ANEXO III
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

CPF





ANEXO IV

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 **03** 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

CPF





ANEXO V
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

CPF





ANEXO VI

MINUTA DO CONTRATO

**TERMO DE CONTRATO QUE
ENTRE SI CELEBRAM O
MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR,
E A EMPRESA.....
PARA OS FINS QUE
ESPECIFICA.**

O **MUNICÍPIO DE BOA VISTA – RR**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no C.G.C./MF sob o nº 05.943.030/0001 – 55, com sede no Palácio 9 de Julho, situada na rua General Penha Brasil nº 1011, nesta cidade, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Secretário, _____, _____, _____, _____, portador do RG nº _____ e inscrito no CPF sob nº _____, residente e domiciliado na Av./Rua _____, nesta Capital, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a Empresa _____, estabelecida na (endereço), inscrita no CNPJ sob o nº _____, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representado pelo seu (cargo), Sr. (nome), (qualificação do(s) representante(s) da CONTRATADA), firmam o presente instrumento, tendo em vista o constante e decidido no **Processo Administrativo nº 14706/2021**, doravante referido por Processo, em consequência do EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº **03**, homologado em _____, por despacho exarado às fls. ___ do Processo, nos termos da Lei nº 8.666/93, à qual as partes se sujeitam, inclusive para os casos omissos, e ainda mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

1.1 Credenciamento para prestação de **serviço de ultrassonografia** para atender os usuários da rede Municipal de Saúde de Boa Vista-RR de acordo com as disposições previstas no Edital de Credenciamento nº **03**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOCUMENTAÇÃO

2.1 – Integram este instrumento, como se nele estivessem transcritos, obedecidos os termos da legislação sobre contratos públicos, os seguintes documentos:

- a) o edital pertinente ao credenciamento nº **03** e seus anexos;
- b) proposta da **CONTRATADA** e





c) demais documentos anexados ao processo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1 – Este contrato terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura, admitida a prorrogação, por meio de termo aditivo, nos termos da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DAS PARTES

4.1 – Além das obrigações resultantes da Lei Federal n. 8.666/93, as partes de obrigarem-se ao cumprimento total do Edital de Credenciamento nº **03**.

CLÁUSULA QUINTA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 A contratada deverá Colher na GAA a assinatura do paciente ou de seu representante legal. A validação das Guias será feita através da digitação ou leitura por meio do Sistema SIGSS pelo código de barras impresso;

5.2 Validar até o ultimo dia do mês corrente ao da realização dos serviços, através do sistema SIGSS as G.A.A's dos serviços prestados ou outros documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo que a não validação das G.A.A's no prazo estabelecido implicará no não faturamento da produção.

5.3 Apresentar a Nota Fiscal em até 02 (dois) dias úteis após a solicitação pelo setor responsável;

CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR DO CONTRATO E QUANTITATIVOS

6.1 – Os serviços executados obedecerão à quantidade e o valor estipulado no **Anexo I do Edital de Credenciamento nº 03**.

6.2 - Será garantido o reequilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos da Lei nº. 8.666/93, mediante tabela demonstrativa de oscilação de mercado apresentada pelo Contratado e devidamente atestada pelo Contratante, ficando a critério do Gestor o seu deferimento.

6.3 - O valor total anual do presente contrato é de R\$ _____ (____), o preço é o constante da proposta da **CONTRATADA**, aceito no credenciamento acima referido, devidamente rubricada pelos representantes das partes contratantes, não podendo, este, sofrer alteração que não estejam enquadradas neste Instrumento Contratual e/ou previstas no art. 65 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PAGAMENTO

7.1 O pagamento será efetuado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS), em até 30 (trinta) dias após a realização do Serviço do presente Termo de Referência à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), mediante apresentação da documentação da empresa (Nota





Fiscal/DANFE), em anexo relatórios do **SIGss, Relatório de execução e respectivas certidões;**

7.2 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

7.3 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.

7.4 Os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos neste Termo de Referência, 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;

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

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

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

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

7.8 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;

7.9 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;

7.10 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;



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

CLÁUSULA OITAVA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1 A despesa correrá a conta da seguinte Dotação Orçamentária:

Fonte de Recurso: SUS/RP

Programa de trabalho: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO E DAS PENALIDADES

9.1 - O descumprimento total ou parcial deste Contrato poderá, garantida a prévia defesa, ocasionar a rescisão do contrato, cancelando a Nota de Empenho, nos termos dos artigos 77 e 78, sem prejuízo do eventual exercício dos direitos previstos no artigo 80 e da aplicação das penalidades estabelecidas nos artigos 86 a 88, todos da Lei n.º 8.666/93.

9.2 - A multa moratória, prevista no artigo 86, da Lei n.º 8.666/93, será calculada pelo percentual de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor dos procedimentos/serviços inexecutados, limitado a 10% (dez por cento) destes.

9.3 - A multa a que se refere o inciso II, do artigo 87, da Lei n.º 8.666/93 será calculada sobre o valor do procedimentos/serviços inexecutados, limitada a 10% (dez por cento) deste.

9.4 - As multas previstas nos parágrafos anteriores são independentes e podem ser cumuladas.

9.5 - O **CONTRATANTE** somente deixará de aplicar eventual sanção caso seja demonstrada a ocorrência de qualquer circunstância previstas no § 1.º, do artigo 57, da Lei n.º 8.666/93.

9.6 - Da aplicação das penalidades definidas nesta cláusula caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação.

9.7 - A sanção estabelecida no inciso IV, do artigo 87, da Lei nº. 8.666/93 é de competência exclusiva do Secretário Municipal, facultada a defesa do interessado no respectivo processo no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após 02 (dois) anos de sua aplicação.

9.9 - O valor das multas será descontado dos créditos da **CONTRATADA**, desde já expressamente autorizado.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA PUBLICAÇÃO

10.1 - A **CONTRATANTE** providenciará a publicação deste contrato, por extrato no DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO, nos termos do Artigo 61, parágrafo único, da Lei Federal n. 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Documento assinado eletronicamente por MAYRON MACHADO DE OLIVEIRA em 06/12/2021 às 11:05

Documento assinado eletronicamente por LINDONN JOHNSONN RODRIGUES NASCIMENTO em 01/12/2021 às 11:36

Conforme decreto municipal nº 114/E de 02 de agosto de 2018 e decreto federal nº 8539, art. 7 de 08 de outubro de 2015

Verifique a autenticidade deste documento em <https://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> informando o código: 88CAFC9





11.1 - Aplicam-se no que couber, as disposições constantes da Lei nº 8.078/90 – Código Defesa Consumidor, quanto à garantia do produto e obrigações do CONTRATANTE;

11.2 - Nenhuma indenização será devida aos licitantes pela elaboração ou pela apresentação de documentos referentes ao presente instrumento;

11.3 - Na contagem dos prazos estabelecidos nesse termo, exclui-se o dia do início e inclui-se o dia do vencimento do Instrumento Contratual, observando que só se iniciam e vencem prazos em dia da Unidade Gestora, decorrentes deste instrumento;

11.4 - Os casos omissos e as dúvidas que surjam quando da execução dos serviços, constantes do Termo de Referência, serão resolvidos pela Contratante que terá foro em Boa Vista – RR.

11.5 - O contrato a ser firmado poderá ser alterado nos casos previstos no art. 65 Lei 8.666/93, desde que haja interesse da Administração, com a apresentação das devidas justificativas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO

12.1 - O foro da cidade de Boa Vista/RR fica designado para tratar de quaisquer questões oriundas do presente instrumento, inadmitindo-se qualquer outro.

E assim, por estarem justos e contratados, firma-se o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas que também assinam.

Boa Vista - RR, ____ de _____ de 2021.

CONTRATANTE:

PELA CONTRATADA:

TESTEMUNHAS:

1. CIC:

2. CIC:



ANEXO VII – TERMO DE REFERÊNCIA

TERMO REFERÊNCIA

01 APRESENTAÇÃO

1.1 Atendendo ao disposto sobre procedimentos para credenciamento, definido pelo Manual de Orientações para Contratações de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde de 2006 e art. 25 da Lei 8.666/1993, bem como demais legislações complementares aplicadas a matéria, elaborou-se o presente Termo de Referência.

02 DO OBJETO

2.1 Credenciamento para prestação do serviço de ultrassonografia para atender de forma complementar a Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR.

03 DA JUSTIFICATIVA DO PROCESSO

A Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde está subdividida em 08 (oito) macro áreas (macrorregiões de saúde), possui 34 (trinta e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 60 (sessenta e uma) Equipes de Saúde da Família cadastradas e ativas, 09 (nove) Equipes de Saúde Bucal, 03 (três) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 01 (um) Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Estas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas destas unidades, a depender da capacidade instalada, possuem uma equipe multiprofissional podendo contar com assistente social, cirurgião dentista, psicólogo, biólogo, fisioterapeuta e / ou farmacêutico.

Na Rede Municipal de Atenção Especializada (Secundária e Terciária) possui o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA); Centro de Tratamento e Prevenção de Câncer de Colo e Mama – CPCOM; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; Laboratório de Referência – LRM; Laboratório de Citopatologia – LABCIT; Centro de Recuperação Nutricional Infantil – CERNUTRI e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192/BV.

A Prefeitura Municipal de Boa Vista, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de ações de saúde tanto na prevenção como no diagnóstico como parte do que preconiza as diretrizes ministeriais das políticas de saúde tanto na atenção do nível básico, de média e alta complexidade de sua rede.

Com objetivo de fomentar as referidas ações, torna-se necessário a abertura de Edital para credenciamento dos procedimentos de ultrassonografia uma vez que os mesmos são essenciais para apoio diagnóstico e detecção de diversas doenças, possibilitando por meio da visualização da imagem em tempo real, avaliar tecidos, órgãos e outras estruturas internas do corpo.

O procedimento é feito utilizando-se de um condutor que capta as ondas sonoras do corpo e assim é permitido identificar lesões, a presença de líquidos e outras alterações. No caso das ultrassonografias em gestantes possibilita ainda captar os movimentos e batimentos cardíacos do feto e acompanhar todo o desenvolvimento gestacional.

O Credenciamento constitui, portanto, importante instrumento que possibilita a participação da iniciativa privada de forma complementar na execução dos serviços de saúde, ampliando a oferta e alcançando de forma mais abrangente os usuários do Sistema Único de Saúde.



Diante do exposto, justificamos o Credenciamento para prestação do serviço de ultrassonografia para atender de forma complementar à Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR.

04 DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ESTIMADOS E QUANTITATIVOS

4.1 Os serviços estimados, valores e quantidade a serem adquiridas deverão estar de acordo com as informações descritas conforme I, e II, deste Termo de Referência.

05 DO LOCAL DE EXECUÇÃO

5.1 Na sede ou filial dos prestadores contratados ou em local a ser definido previamente pela CONTRATANTE, no Município de Boa Vista.

06 DA HABILITAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

6.1 Certificado de registro da empresa no respectivo Órgão de Classe, vigente.

6.2 Apresentar cópia do Alvará Sanitário (vigente) segundo legislação vigente, emitido pela Vigilância sanitária responsável pela fiscalização da respectiva atividade;

6.3 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;

6.4 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 objeto, e nível de satisfação quanto à prestação dos serviços e qualidade;

6.5 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;

6.6 Apresentar Declaração de que os proprietários, Sócios e Diretores não são servidores públicos.

07 DOS CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DO CREDENCIAMENTO

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

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

08 DO PRAZO DE ENTREGA DE PROPOSTA DOS INTERESSADOS

8.1 O credenciamento deverá permanecer aberto durante todo o prazo de vigência do edital, habilitando os interessados que satisfaçam às condições exigidas no ato convocatório.





09 DAS OBRIGAÇÕES GERAIS DA CONTRATADA

9.1 Indicar, no ato da 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;

9.2 Prestar serviços de acordo com as normas legais;

9.3 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;

9.4 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;

9.5 Administrar o quadro de funcionários, competindo-lhe determinar o cumprimento das obrigações e manter atualizado o cadastro dos mesmos no CNES, quando necessário;

9.6 Apresentar a SMSA, sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;

9.7 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;

9.8 Respeitar a mais ampla e irrestrita fiscalização da comissão de credenciamento e/ou do DCAR/SMSA, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações procedentes, caso ocorram;

9.9 Atender aos usuários e acompanhantes do Sistema Único de Saúde – SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, não permitindo discriminações de quaisquer espécies se mantendo a qualidade na prestação dos serviços;

9.10 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;

9.11 Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços credenciados a realizar, sendo que, o paciente deverá ser atendido no ato da apresentação da Guia de Autorização Ambulatorial (G.A.A) por parte dos usuários do SUS ao prestador, devendo a G.A.A ser retida pela empresa somente após a realização do exame ou procedimento;

9.12 Fixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

9.13 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;

9.14 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;



- 9.15** 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;
- 9.16** Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente instrumento contratual, sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;
- 9.17** Disponibilizar de imediato após a assinatura do contrato, a prestação dos serviços credenciados;
- 9.18** 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;
- 9.19** Manter sempre atualizado o cadastro dos usuários, assim como os prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços, pelo prazo estipulado em lei;
- 9.20** Colher na GAA a assinatura do paciente ou de seu representante legal. A validação das Guias será feita através da digitação ou leitura por meio do Sistema SIGSS pelo código de barras impresso;
- 9.21** Validar até o ultimo dia do mês corrente ao da realização dos serviços, através do sistema SIGSS as G.A.A's dos serviços prestados ou outros documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo que a não validação das G.A.A's no prazo estabelecido implicará no não faturamento da produção.
- 9.22** Apresentar a Nota Fiscal em até 02 (dois) dias úteis após a solicitação pelo setor responsável;
- 9.23** Atender o Plano Operativo na sua integra;
- 9.24** 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;
- 9.25** 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;
- 9.26** A CONTRATADA deverá fazer uma declaração informando os dias, horários e vagas disponíveis acordados com a contratante para atendimento aos usuários do SUS, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente no município, devendo o profissional da clínica permanecer na unidade durante o período acordado;
- 9.27** 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;
- 9.28** A CONTRATADA deverá possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- 9.29** Inserir os resultados dos exames em Sistema de Informação a ser fornecido pela CONTRATANTE;
- 9.30** Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- 9.31** A CONTRATADA deverá apresentar o Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado, sempre que solicitado pela Contratante;
- 9.32** Entregar os resultados dos exames dos pacientes diretamente a eles ou pessoas autorizadas pelo mesmo diretamente no local da realização do exame, no estabelecimento credenciado ou por meio de endereço eletrônico e inserir no Sistema de Informação da CONTRATANTE (Prontuário eletrônico);



9.33 O resultado deverá ser entregue em formato impresso e/ou digital no prazo máximo de 03 (três) dias aos usuários do SUS se exames eletivos. Esse prazo começa a ser contado a partir da data de realização destes;

9.34 Os funcionários da CONTRATADA deverão utilizar EPIs (Equipamentos de Proteção Individual);

9.35 A contratada é obrigada a corrigir/substituir no prazo de 10 (dez) dias, e às suas expensas, serviços em que se verificam irregularidades;

9.36 Caso os exames sejam solicitados com urgência e/ou emergência, o prazo máximo de entrega do resultado será em até 24h (vinte e quatro horas) a fim de realizar o tratamento o mais rápido possível;

9.37 As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes.

10 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

10.1 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

11 DA FISCALIZAÇÃO

11.1 A execução das obrigações contratuais deste instrumento será fiscalizada por servidor (es), doravante denominado(s) FISCAL(IS), designado formalmente, com autoridade para exercer, como representante desta Secretaria, toda e qualquer ação de orientação geral, observando-se o exato cumprimento de todas as cláusulas e condições decorrentes deste instrumento, determinando o que for necessário à regularização das



falhas observadas, conforme prevê o art. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e Orientação técnica da CGM 05/2016, **Diário Oficial do Município de Boa Vista – nº 4106 de 22 de Fevereiro de 2016**;

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

12 DAS ALTERAÇÕES

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

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

13 DAS PENALIDADES

13.1 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.

13.2 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.

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

13.4 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.

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

13.6 Inexecução Total:

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

13.7 Inexecução Parcial:

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

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

Tabela 2: Tipos de Infração

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
01	Atrasar na implantação de medidas corretivas exigidas pela SMSA ou na execução de outras obrigações contratuais, por ocorrência;	1

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
02	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do edital e de seus anexos não previstos nesta tabela de multas, por ocorrência;	1
03	Recusar-se a executar serviço determinado pela SMSA, desde que pertinentes às suas atividades, por ocorrência;	2
04	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do edital e seus anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pela SMSA, por item e por ocorrência;	2
05	Deixar de prestar esclarecimentos à Contratante, por ocorrência;	2
06	Deixar de comunicar, por escrito, à Instituição, imediatamente após o fato, qualquer anormalidade ocorrida nos serviços, por fato ocorrido;	3
07	Deixar de designar preposto, por ocorrência;	4
08	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por ocorrência, total ou parcialmente;	4
09	Interromper a realização dos serviços, por ocorrência de paralisação;	5
10	Reter equipamento sem autorização da SMSA	5
11	Deixar de cumprir prazos contratuais, sem a devida justificativa, por ocorrência;	5
12	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências Letais;	6
13	Descumprir as determinações da IN 01, de 19 de janeiro de 2010 – SLTI, que dispõe critérios de sustentabilidade ambiental para os serviços contratados.	6
14	Deixar de fornecer EPI' s (Equipamentos de Proteção Individual), quando exigido em lei ou convenção, aos seus empregados ou deixar de impor penalidades àqueles que se negarem a usá-los, por empregado e por ocorrência.	6

14 DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO

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

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

15 DO PAGAMENTO

15.10 pagamento será efetuado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS), em até **30 (trinta)** dias após a realização do Serviço do presente Projeto Termo de Referência à





Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), mediante apresentação da documentação da empresa (Nota Fiscal/DANFE), em anexo as Ordens de Fornecimento, em 01 (uma) via devidamente atestada pela SMSA/PMBV e das respectivas certidões; 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

15.2 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.

15.3 Os preços não sofrerão reajustes;

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

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

15.6 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;

15.7 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.

15.8 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;

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

16 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

16.1 A despesa correrá a conta da seguinte Dotação Orçamentária:

d) Programa de Trabalho: **10.302.0034.2097**

e) Elemento de Despesa: **3.3.90.39.00**

f) Fonte de Recurso: **SUS e PRÓPRIO**

17 DO VALOR ESTIMADO E QUANTITATIVO

17.1 O valor unitário dos procedimentos no que tange ao recurso SUS consta na Tabela SIGTAP/SUS e Recurso Próprio conforme aprovado pelo Resolução nº 019/2018 do Conselho Municipal de Boa Vista/RR, publicada no DOM nº 4719 de 05 de Setembro de 2018;

17.2 Os quantitativos foram estimados com base no Memo nº 23763/2021 – NUP 135719/2021.

18 DA VIGÊNCIA





18.1 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.

18.2 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;

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

19 DAS CONDIÇÕES GERAIS

19.1A interessada no credenciamento deverá no momento de apresentar a proposta, descrever quais procedimentos do Anexo I que deseja credenciar e indicar a quantidade por item que tem capacidade técnica para realizar, observando as estimativas mensais e anuais;

19.2 Após contratado o serviço, não será possível a CONTRATADA excluir qualquer exame ou procedimento do rol credenciado.

20 DAS INFORMAÇÕES

20.1 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.

21 DOS ANEXOS

21.1 Constatam como parte integrante deste Termo de Referência:

21.2 ANEXO I – VALORES UNITÁRIOS E QUANTITATIVO MENSAL E ANUAL

21.3 ANEXO II – PLANO OPERACIONAL E DECLARAÇÕES

Boa Vista/RR, 16 de novembro de 2021.

Elaborado por:

(ASSINATURA ELETRÔNICA)

Diana Cristina L. de Mendonça

Núcleo de Processos - NC

De Acordo:

(ASSINATURA ELETRÔNICA)

Nasser Laureano Sampaio

Superintendente da Atenção Especializada - Interino

Autorizo:

(ASSINATURA ELETRÔNICA)

Cláudio Galvão dos Santos

Secretário Municipal de Saúde



ANEXO I**VALORES UNITÁRIOS E QUANTITATIVO MENSAL E ANUAL**

ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR UNITÁRIO			QUANTITATIVO		VALORES TOTAIS	
			Valor SUS	VALOR RP	VALOR TOTAL	Quantidade Mensal Estimada	Quantidade de Anual Estimada	VALOR TOTAL MENSAL	VALOR TOTAL ANUAL
1	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdômen Superior	24,20	50,12	74,32	05	60	371,60	4.459,20
2	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdômen total	37,95	30,87	68,82	53	636	3.647,46	43.769,52
3	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	24,20	50,12	74,32	13	156	966,16	11.593,92
4	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
5	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
6	02.05.02.009-7	Ultrassonografia de Mamas (bilateral)	24,20	50,12	74,32	71	852	5.276,72	63.320,64
7	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata (via abdominal)	24,20	50,12	74,32	3	36	222,96	2.675,52
8	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (via transretal)	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
9	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de tireoide	24,20	50,12	74,32	5	60	371,60	4.459,20
10	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (extracardiaca)	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
11	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	24,20	50,12	74,32	63	756	4.682,16	56.185,92
12	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler colorido e pulsado	39,60	23,56	63,16	63	756	3.979,08	47.748,96
13	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	24,20	50,12	74,32	6	72	445,92	5.351,04
14	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	24,20	50,12	74,32	2	24	148,64	1.783,68
15	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	24,20	50,12	74,32	97	1.164	7.209,04	86.508,48
VALOR TOTAL ANUAL								R\$ 334.990,80	
<p>OBS 1: Os valores SUS dos procedimentos foram todos extraídos da Tabela SIGTAP/SUS, disponível no endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Os valores de Recurso Próprio foram os aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução nº 022/2021 – DOM nº 5405 de 22/06/2021.</p> <p>OBS 2: O quantitativo descrito acima teve como base a produção do ano de 2019 com acréscimo de 25%.</p>									



ANEXO II

PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de ultrassonografia para atender para atender de forma complementar à Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

1- Justificativa

A Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde está subdividida em 08 (oito) macro áreas (macrorregiões de saúde), possui 34 (trinta e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 60 (sessenta e uma) Equipes de Saúde da Família cadastradas e ativas, 09 (nove) Equipes de Saúde Bucal, 03 (três) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 01 (um) Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Estas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas destas unidades, a depender da capacidade instalada, possuem uma equipe multiprofissional podendo contar com assistente social, cirurgião dentista, psicólogo, biólogo, fisioterapeuta e / ou farmacêutico.

Na Rede Municipal de Atenção Especializada (Secundária e Terciária) possui o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA); Centro de Tratamento e Prevenção de Câncer de Colo e Mama – CPCOM; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; Laboratório de Referência – LRM; Laboratório de Citopatologia – LABCIT; Centro de Recuperação Nutricional Infantil – CERNUTRI e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192/BV.

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), hospital especializado Tipo I, componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Estado de Roraima, referência no atendimento de pacientes pediátricos, oferta aos pacientes da capital, interior e referenciado dos países que fazem





fronteira com o Estado de Roraima (Venezuela e República da Guiana), atendimento de urgência, emergência e eletivo em diversas especialidades.

Em Boa Vista encontram-se todas as unidades de saúde de referência em média e alta complexidade do Estado, sendo o Hospital da Criança Santo António (HCSA) é uma unidade de saúde sob gestão municipal.

A Prefeitura Municipal de Boa Vista, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de ações de saúde tanto na prevenção como no diagnóstico como parte do que preconiza as diretrizes ministeriais das políticas de saúde tanto na atenção do nível básico, de média e alta complexidade de sua rede.

Com objetivo de fomentar as referidas ações, torna-se necessário a abertura de Edital para credenciamento dos procedimentos de ultrassonografia uma vez que os mesmos são essenciais para apoio diagnóstico e detecção de diversas doenças, possibilitando por meio da visualização da imagem em tempo real, avaliar tecidos, órgãos e outras estruturas internas do corpo.

O procedimento é feito utilizando-se de um condutor que capta as ondas sonoras do corpo e assim é permitido identificar lesões, a presença de líquidos e outras alterações. No caso das ultrassonografias em gestantes possibilita ainda captar os movimentos e batimentos cardíacos do feto e acompanhar todo o desenvolvimento gestacional.

2 - Objetivo Geral

Execução de serviço de ultrassonografia para atender de forma complementar à Rede de Saúde do Município de Boa Vista-RR.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização dos procedimentos objeto do Edital citado anteriormente, em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde





- Subsidiar a equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterização da Contratada

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

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

São competências e/ou funções da contratada:

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

5 – Controle, Avaliação e Regulação

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

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





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

Os serviços prestados serão mensalmente conferidos pelo Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos

(o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A (requisição de exames complementares) ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA não esteja devidamente preenchida e com rasuras.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; em formato físico e/ou digital, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada ou por meio de endereço eletrônico fornecido pela Contratada.

6 – Recurso Financeiro

Fonte de Recurso: 049 – SUS / 001 – RP

Programa de trabalho: 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

7 – Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Prestar o serviço de ultrassonografia	Atender 100% dos exames agendados.

8 - Meta Qualitativa

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

9- Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa



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

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

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

9.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

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

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

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

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

Para subsidiar a visita domiciliar da Comissão, quando houver, o DCAR, emitirá Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram atendidos no Estabelecimento, no período, bem como, o nome dos profissionais médicos que prestaram o atendimento. Os usuários



constantes no Relatório deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos e de diferentes profissionais médicos (caso os serviços sejam prestados por mais de um profissional). Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços.

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

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





FORMULÁRIO I - AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

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

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

Pontuação: _____



Documento assinado eletronicamente por MAYRON MACHADO DE OLIVEIRA em 06/12/2021 às 11:05

Documento assinado eletronicamente por LINDONN JOHNSONN RODRIGUES NASCIMENTO em 01/12/2021 às 11:36

Conforme decreto municipal nº 114/E de 02 de agosto de 2018 e decreto federal nº 8539, art. 7 de 08 de outubro de 2015

Verifique a autenticidade deste documento em <https://portalciadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> informando o código: 88CAFC9



Parecer do avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Avaliador
Carimbo

Assinatura do Profissional da Unidade
Carimbo





FORMULÁRIO II - DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

IDADE:	SEXO:
ESCOLARIDADE:	

AMBIÊNCIA

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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	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 .

Assinatura do Avaliador
Carimbo





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

CPF





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 (___) 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

CPF





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

CPF

