



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 01-115242/2018- PMC
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº001/2019- SMS**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DE CURITIBA**

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba representada pela comissão designada pela Portaria 145/2018, torna público para conhecimento dos interessados, o Edital de chamamento público para o **CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA**, em conformidade com a Lei Federal nº 8666/93, com o Decreto Municipal nº 1251/2018, Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01, nº 02, nº 03, nº 04, nº 05 e nº 06 de 28 de setembro de 2017 e Portaria MS/SAS nº 1.119 de 23 de julho de 2018, de acordo com as seguintes condições:

DO OBJETO

Art. 1º - Este Edital tem por objeto o CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA, mediante contrato. Os Serviços contratados para a Assistência Ambulatorial Especializada e Hospitalar deverão realizar procedimentos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, em vigência.

Art. 2º - Serão contratados procedimentos até o limite da programação física e orçamentária mensal estabelecida para os lotes, conforme ANEXO I, e de acordo com os critérios mínimos para apresentação de propostas para os lotes a seguir:

LOTE 01: DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|
| 0203010019 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA | 1235 | 6,97 | 8.607,95 |
| 0203010035 - EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL) | 1 | 10,65 | 10,65 |
| 0203010043 - EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA | 1 | 35,34 | 35,34 |
| 0203010086 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO | 4753 | 7,30 | 34.696,90 |
| 0203020022 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA | 1 | 43,21 | 43,21 |
| 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | 714 | 24,00 | 17.136,00 |
| 0203020049 - IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | 1 | 92,00 | 92,00 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | | |
|---|-------------|-------|------------------|
| 0203020081 - EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA | 2 | 24,00 | 48,00 |
| DE ATÉ | 6708 | | 60.670,05 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA** devem apresentar proposta para a realização dos procedimentos deste lote, de acordo com a capacidade operacional.
- Os serviços interessados devem oferecer (com reposição) os seguintes materiais que deverão ser entregues mensalmente no Laboratório Municipal de Curitiba, conforme quantitativo pactuado:
 - Lâmina de vidro
 - Frasco com formalina
- Os serviços interessados deverão recolher as lâminas e o material coletado no Laboratório Municipal de Curitiba para análise, conforme fluxo estabelecido pelo gestor.
- Os Códigos Brasileiros de Ocupações – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos são os seguintes:

| | |
|--------|--|
| 221105 | Biólogo |
| 221205 | Biomédico |
| 223415 | Farmacêutico analista clínico |
| 225148 | Médico anatomopatologista |
| 225305 | Médico citopatologista |
| 225335 | Médico patologista clínico / medicina laboratorial |

- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8640-2/01 Laboratórios de anatomia patológica e citológica**.
- O serviço deverá preencher a proposta de oferta dos procedimentos referente ao LOTE 01 no ANEXO IV – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato - **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA**

LOTE 02: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0205020046 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | 2320 | 37,95 | 88.044,00 |
| 0205020054 - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO | 560 | 24,20 | 13.552,00 |
| 0205020070 - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL | 10 | 24,20 | 242,00 |
| 0205020100 - ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL | 20 | 24,20 | 484,00 |
| 0205020143 - ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA | 790 | 24,20 | 19.118,00 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | | |
|---|-------------|-------|-------------------|
| 0205020160 - ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) | 860 | 24,20 | 20.812,00 |
| 0205020186 - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL | 2300 | 24,20 | 55.660,00 |
| 0205020062 - ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO | 60 | 24,20 | 1.452,00 |
| 0205020127 - ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE | 110 | 24,20 | 2.662,00 |
| 0205010040 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER COLORIDO DE VASOS | 200 | 39,60 | 7.920,00 |
| DE ATÉ | 7230 | | 209.946,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de **DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA** podem apresentar proposta para realizar na totalidade os códigos dos procedimentos deste lote ou proposta para realizar no mínimo 03 (três) códigos de procedimentos do lote.
- Para os códigos 0205020046 - ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL e 0205020054 - ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO os serviços deverão executar os procedimentos para a faixa etária de 03 meses a 130 anos.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- O Código Brasileiro de Ocupação – CBO mínimo permitido para a realização e faturamento dos procedimentos é o seguinte:
225320 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
No entanto se o serviço não possuir profissional com o CBO 225320, deve possuir profissional que possua o CBO compatível com o procedimento contratado. A compatibilidade de procedimento e CBO encontra-se disponível no endereço <http://sigtap.datasus.gov.br>.
- Com relação ao procedimento 0205010040 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER COLORIDO DE VASOS a Tabela SIGTAP esclarecemos que a realização do procedimento depende do quantitativo prescrito pelo médico encaminhador e que a quantidade de procedimento realizado, independe da quantidade de vasos estudados.
- Para o procedimento 0205020054 - ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO o serviço deve descrever no laudo as alterações ecográficas do aparelho urinário, atentando ao estabelecido no SIGTAP que **permite a avaliação dos rins, ureteres e bexiga. E no sexo masculino permite a avaliação do volume da próstata**, além da descrição da espessura vesical e resíduo miccional.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 86.40-2/07 Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética e/ou Q.86.4.0-2/05.00 Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia.**
- O serviço deverá preencher a proposta de oferta dos procedimentos referente ao LOTE 02 no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo ANEXO II da Minuta do Contrato - ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

LOTE 03: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0208010017 CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67 | 1 | 457,55 | 457,55 |
| 0208010025 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) | 130 | 408,52 | 56.375,76 |
| 0208010033 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES) | 130 | 383,07 | 52.480,59 |
| 0208010041 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (3 PROJEÇÕES) | 1 | 166,47 | 166,47 |
| 0208010050 CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES | 1 | 114,02 | 114,02 |
| 0208010068 CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO | 1 | 142,57 | 142,57 |
| 0208010076 CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO | 1 | 214,85 | 214,85 |
| 0208010084 CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) | 1 | 176,72 | 176,72 |
| 0208010092 DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL | 1 | 123,93 | 123,93 |
| 0208020012 CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS) | 1 | 133,26 | 133,26 |
| 0208020020 CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES | 1 | 187,93 | 187,93 |
| 0208020039 CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO | 1 | 87,89 | 87,89 |
| 0208020055 CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO) | 1 | 135,38 | 135,38 |
| 0208020063 CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMISOLIDO) | 1 | 135,38 | 135,38 |
| 0208020071 CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO | 1 | 144,22 | 144,22 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | | |
|--|----|----------|-----------|
| 0208020080 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL | 1 | 114,86 | 114,86 |
| 0208020098 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA | 1 | 157,23 | 157,23 |
| 0208020101 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA | 1 | 310,82 | 310,82 |
| 0208020110 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFAGICO | 1 | 135,38 | 135,38 |
| 0208020128 IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL) | 1 | 1.103,26 | 1.103,26 |
| 0208030018 CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES | 4 | 324,54 | 1.298,16 |
| 0208030026 CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO | 14 | 77,28 | 1.081,92 |
| 0208030034 CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO | 1 | 107,30 | 107,30 |
| 0208030042 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO | 1 | 338,70 | 338,70 |
| 0208030050 TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO | 1 | 107,40 | 107,40 |
| 0208040021 CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67 | 1 | 457,55 | 457,55 |
| 0208040030 CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL | 1 | 108,94 | 108,94 |
| 0208040056 CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) | 26 | 133,03 | 3.458,78 |
| 0208040064 CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | 1 | 122,97 | 122,97 |
| 0208040072 CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | 1 | 144,50 | 144,50 |
| 0208040080 DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR | 1 | 63,22 | 63,22 |
| 0208040099 DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL | 1 | 63,22 | 63,22 |
| 0208040102 ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO | 12 | 165,24 | 1.982,88 |
| 0208050019 CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO | 1 | 180,32 | 180,32 |
| 0208050035 CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO) | 63 | 190,99 | 12.032,37 |
| 0208050043 CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67 | 1 | 457,55 | 457,55 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | | |
|--|------------|--------|-------------------|
| 0208060014 CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO) | 1 | 438,01 | 438,01 |
| 0208060022 CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO) | 1 | 205,34 | 205,34 |
| 0208060030 ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL | 1 | 119,16 | 119,16 |
| 0208070010 CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67 | 1 | 457,55 | 457,55 |
| 0208070028 CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO | 1 | 127,51 | 127,51 |
| 0208070036 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECCOES) | 1 | 128,12 | 128,12 |
| 0208070044 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES) | 1 | 130,50 | 130,50 |
| 0208080015 CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA) | 1 | 112,61 | 112,61 |
| 0208080023 DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS) | 1 | 97,37 | 97,37 |
| 0208080031 DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS) | 1 | 54,36 | 54,36 |
| 0208080040 LINFOCINTILOGRAFIA | 1 | 141,33 | 141,33 |
| 0208090010 CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS | 1 | 906,80 | 906,80 |
| 0208090029 CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) | 5 | 66,23 | 331,15 |
| 0208090037 CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) | 1 | 289,43 | 289,43 |
| 0303120053 TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE) | 1 | 468,38 | 468,38 |
| 0303120061 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI) | 3 | 443,70 | 1331,1 |
| 0303120070 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES | 4 | 359,70 | 1798,5 |
| DE ATÉ | 434 | | 142.041,07 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de **DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO**, podem apresentar proposta para realizar na totalidade os códigos dos procedimentos deste lote ou optar em realização de códigos de procedimentos aos quais possuam capacidade técnica e operacional para sua realização.
- O Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos é o seguinte:
225315 - Médico em medicina nuclear
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- Licença Sanitária em vigência, expedida pelo Estado do Paraná, especificamente, para o **ramo de atividade 8640-2/05 Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia.**
- O serviço deverá preencher a proposta de oferta dos procedimentos referente ao LOTE 03 no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO.**

LOTE 04: SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA - TRATAMENTO E EXAMES

TRATAMENTO

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 360 | 6,30 | 2.268,00 |
| 0301040044 - TERAPIA INDIVIDUAL | 600 | 2,81 | 1.686,00 |
| 0301040036 - TERAPIA EM GRUPO | 40 | 6,15 | 246,00 |
| 0301070040 - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO | 800 | 17,67 | 14.136,00 |
| 0301070113 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL | 40 | 10,90 | 436,00 |
| DE ATÉ | 1840 | | 18.772,00 |

EXAMES

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) + | 80 | 21,00 | 1.680,00 |
| 0211070203 – IMITANCIOMETRIA | 80 | 23,00 | 1.840,00 |
| 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) | 140 | 21,00 | 2.940,00 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | | |
|--|------------|-------|-----------------|
| 0211070211 - LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF) | 20 | 26,25 | 525,00 |
| 0211070050 - AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL | 5 | 18,00 | 90,00 |
| 0211070033 - AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE | 5 | 20,13 | 100,65 |
| TOTAL | 330 | | 7.175,65 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA – TRATAMENTO E EXAMES podem optar em realizar os procedimentos somente referentes ao Tratamento ou somente os procedimentos referentes aos Exames, bem como realizar os procedimentos de Tratamento e Exames.
- Os serviços que optarem em realizar os procedimentos de Tratamento devem realizar todos os procedimentos relacionados.
- Os serviços que optarem em realizar os procedimentos de Exames devem realizar todos os procedimentos relacionados, no entanto podem realizar o procedimento 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) ofertando na mesma proporção do procedimento 0211070203 – IMITANCIOMETRIA ou somente o procedimento 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) isolado.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade que contempla de 0 a 130 anos, bem como os demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP
- O serviço interessado deverá atender os pacientes sem restrição de patologias referente à especialidade.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- Quando optar em realizar o Tratamento deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8650-0/06 Atividades de fonoaudiologia**.
- Quando optar em realizar Exames deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8650-0/06 Atividades de fonoaudiologia e/ou 630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares**.
- Quando optar em realizar o **Tratamento** o Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos é o seguinte:
223810 – Fonoaudiólogo
- Quando optar em realizar **Exames** o Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos são os seguintes:
223810 - Fonoaudiólogo
225275 - Médico otorrinolaringologista
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 04 para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA - TRATAMENTO E/OU EXAMES**.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

LOTE 05: SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|
| 0211070033 - AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE | 133 | 40,26 | 5354,58 |
| 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) | 533 | 42,00 | 22.386,00 |
| 0211070092 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA | 76 | 24,75 | 1.881,00 |
| 0211070106 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA | 8 | 46,56 | 372,48 |
| 0211070157 - ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA) | 4 | 93,76 | 375,04 |
| 0211070203 – IMITANCIOMETRIA | 351 | 46,00 | 16.146,00 |
| 0211070211 - LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF) | 504 | 52,50 | 26.460,00 |
| 0211070246 - PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO | 3 | 24,00 | 72 |
| 0211070262 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA | 8 | 93,76 | 750,08 |
| 0211070297 - REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS | 5 | 22,55 | 112,75 |
| 0211070300 - REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS | 2 | 44,36 | 88,72 |
| 0211070319 - SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI | 149 | 8,75 | 1.303,75 |
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 5 | 10,00 | 50 |
| 0301070032 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / B | 477 | 21,68 | 10.341,36 |
| 0301070113 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL | 58 | 10,90 | 632,2 |
| 0701030046 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B | 2 | 700,00 | 1.400,00 |
| 0701030054 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C | 6 | 1.100,00 | 6.600,00 |
| 0701030062 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A | 20 | 525,00 | 10.500,00 |
| 0701030070 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B | 10 | 700,00 | 7.000,00 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | | |
|---|-------------|----------|-------------------|
| 0701030089 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C | 1 | 1.100,00 | 1100 |
| 0701030097 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A | 4 | 525,00 | 2.100,00 |
| 0701030100 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B | 13 | 700,00 | 9.100,00 |
| 0701030119 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C | 2 | 1.100,00 | 2.200,00 |
| 0701030127 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A | 35 | 525,00 | 18.375,00 |
| 0701030135 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B | 1 | 700,00 | 700,00 |
| 0701030143 - APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C | 6 | 1.100,00 | 6.600,00 |
| 0701030178 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA RETROAURICULAR TIPO A | 1 | 500,00 | 500,00 |
| 0701030186 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A | 2 | 525,00 | 1.050,00 |
| 0701030194 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B | 2 | 700,00 | 1.400,00 |
| 0701030208 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C | 2 | 1.100,00 | 2.200,00 |
| 0701030216 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO A | 2 | 525,00 | 1.050,0 |
| 0701030224 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B | 15 | 700,00 | 10.500,00 |
| 0701030232 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C | 3 | 1.100,00 | 3.300,00 |
| 0701030240 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO A | 2 | 525,00 | 1.050,00 |
| 0701030259 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO B | 5 | 700,00 | 3.500,00 |
| 0701030267 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO C | 2 | 1.100,00 | 2.200,00 |
| 0701030275 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A | 41 | 525,00 | 21.525,00 |
| 0701030283 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B | 20 | 700,00 | 14.000,00 |
| 0701030291 - REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C | 11 | 1.100,00 | 12.100,00 |
| 0701030321 - SISTEMA DE FREQUENCIA MODULADA PESSOAL | 1 | 4.500,00 | 4.500,00 |
| DE ATÉ | 2525 | | 230.875,96 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados neste lote **deverão possuir habilitação do Ministério da Saúde como 2204 - Centro de Reabilitação Auditiva em Média Complexidade ou 2205 - Centro de Reabilitação Auditiva em Alta Complexidade.**
- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA **devem realizar na totalidade os procedimentos referidos neste lote, de acordo com a habilitação.**
- Os serviços interessados deverão garantir o atendimento integral dos usuários por meio de: diagnóstico - consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual - AASI, Sistema de Frequência Modulada e Terapia Fonoaudiológica, com reposição de molde auricular e de AASI.
- Os serviços deverão possuir a seguinte equipe multiprofissional:
Médico Otorrinolaringologista
Fonoaudiólogo
Assistente Social
- O serviço deverá possuir estrutura física e equipamentos compatíveis para atendimento multiprofissional em Reabilitação Auditiva e consultórios para atendimento individualizado.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8650-0/06 Atividades de fonoaudiologia e/ou 8630-5/03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas e/ou 630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares.**
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:
223810 – Fonoaudiólogo, 225275 - Médico otorrinolaringologista
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta no ANEXO IV – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento, LOTE 05, apresentando o quantitativo referente à disponibilidade mensal de oferta do procedimento 0211070092 AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA (para usuários de 4 a 130 anos) e a disponibilidade mensal de oferta do procedimento 0211070106 AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA, sendo este procedimento **exclusivo para serviço com Habilitação 2205 - Centro de Reabilitação Auditiva em Alta Complexidade** para o atendimento de usuários de 0 a 3 anos ou paciente acima desta faixa etária com afecções associadas. O proponente também deverá preencher adequadamente todos os requisitos estabelecidos no referido anexo para análise da capacidade instalada, equipamentos e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

LOTE 06: SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENÍASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0201010372 BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES | 20 | 25,83 | 507,99 |
| 0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | 18 | 24,00 | 438,00 |
| 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 506 | 10,00 | 5.060,00 |
| 0303080116 FOTOTERAPIA COM FOTOSENSIBILIZAÇÃO (POR SESSAO) | 28 | 8,00 | 224,00 |
| 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | 3 | 32,40 | 97,20 |
| 0401010040 ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA | 6 | 11,84 | 71,04 |
| 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA | 1 | 23,16 | 23,16 |
| 0401010074 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA | 19 | 12,46 | 236,74 |
| 0401010090 FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS | 168 | 11,84 | 1.989,12 |
| 0401010104 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO | 1 | 11,84 | 11,84 |
| 0401010120 RETIRADA DE LESAO POR SHAVING | 5 | 19,79 | 98,95 |
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 100 | 6,30 | 630,00 |
| 0417010052 - ANESTESIA REGIONAL | 5 | 22,27 | 111,35 |
| DE ATÉ | 880 | | 9.499,39 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENÍASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE **devem realizar na totalidade os procedimentos do lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.86.3.0-5/01.00 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- O serviço de Atenção Integral em Hanseníase deve possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como código 158 – 002 - SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM HANSENIASE - SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM HANSENIASE TIPO II, **atendendo a Portaria nº 594 de 29 de outubro de 2010.**
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 06 - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENIASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE** para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:
225135 - Médico dermatologista,
223605 - Fisioterapeuta geral,
225148 - Médico anatomopatologista
225335 - Médico patologista clínico / medicina laboratorial,
223505 – Enfermeiro,
223905 - Terapeuta ocupacional
- O procedimento de 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) poderá ser executado por serviço terceiro, apresentar contrato com o serviço terceiro.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENIASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE.**

LOTE 07: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL, ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS

➤ **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL:**

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0209010037 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | 600 | 48,16 | 28.896,00 |
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 600 | 10,00 | 6.000,00 |
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 600 | 6,3 | 3.780,00 |
| 0417010060 SEDACAO | 600 | 15,15 | 9.090,00 |
| 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA | 600 | 0,63 | 378,00 |
| DE ATÉ | 600 | 80,24 | 48.144,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados deverão realizar todos os procedimentos de ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL
- Oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento 0209010037 – ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA deverá ser executado por profissional com Código Brasileiro de Ocupação:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|--------|---|
| 225165 | Médico gastroenterologista |
| 225220 | Médico cirurgião do aparelho digestivo |
| 225310 | Médico em endoscopia |
| 225320 | Médico em radiologia e diagnóstico por imagem |

- O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA deverá ser executado por profissional - CBO 225165 – Médico gastroenterologista e CBO – 225220 – Médico cirurgião do aparelho digestivo.
- O procedimento 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) deverá ser executado por profissional – CBO – 223505 – Enfermeiro.
- A realização do procedimento 0209010037 – ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA deve ser executado sob SEDAÇÃO código 0417010060, esta deverá ser executada por profissional – CBO – 225151 - Médico anesthesiologista.
- O valor para repasse dos procedimentos de **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL** é de **R\$ 80,24** para a realização de todos os procedimentos contemplando a atenção integral ao paciente.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8640-2/09 Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos.**
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta referente ao LOTE 07 – **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL, ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS** no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento o quantitativo mensal do procedimento 0209010037 – ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA. A distribuição dos outros procedimentos deste lote será proporcional ao quantitativo mensal do procedimento ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA proposto.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL, ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS.**

➤ **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS**

- Os serviços interessados deverão realizar todos os procedimentos de ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS
- Para complementação da assistência ao paciente após a realização de procedimento de ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL, quando houver necessidade, o serviço deverá realizar os procedimentos abaixo;
- O procedimento de 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) poderá ser executado por serviço terceiro e o serviço interessado deverá apresentar o contrato com este serviço.

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---------------------------------------|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0201010372 - BIOPSIA DE PELE E PARTES | 360 | 25,83 | 9.298,80 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | | |
|---|-------------|-------|------------------|
| MOLES | | | |
| 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | 360 | 24,00 | 8.640,00 |
| 0303070048 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO | 30 | 49,5 | 1.485,00 |
| 0303070056 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO | 30 | 47,25 | 1.417,50 |
| 0407010254 - RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA | 180 | 29,84 | 5.371,20 |
| 0407010319 - TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELASTICA DE LESAO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO | 50 | 51,75 | 2.587,50 |
| 0407010327 - TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESOES NAO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA | 50 | 51,75 | 2.587,50 |
| 0202080218 - PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | 360 | 4,33 | 1.558,80 |
| DE ATÉ | 1420 | | 32.946,30 |

LOTE 08: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA: COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL – COLONOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS

➤ **COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL**

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | 100 | 112,66 | 11.266,00 |
| 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 100 | 10,00 | 1.000,00 |
| 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 100 | 6,30 | 630,00 |
| 0417010060 SEDACAO | 100 | 15,15 | 1.515,00 |
| DE ATÉ | 100 | 144,11 | 14.411,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados deverão realizar todos os procedimentos de **COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL**.
- Oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento 0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) deve ser executado por profissional com Código Brasileiro de Ocupação – CBO:
 - 225165 Médico gastroenterologista
 - 225280 Médico coloproctologista



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

225310 Médico em endoscopia
225320 Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

- O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA deverá ser executado por profissional - CBO 225165 – Médico gastroenterologista, CBO – 225280 – Médico coloproctologista e 225220 – Médico cirurgião do aparelho digestivo.
- O procedimento 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) deverá ser executado por profissional – CBO – 223505 – Enfermeiro.
- A realização do procedimento 0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) deve ser executado sob SEDAÇÃO código 0417010060, este deverá ser executado por profissional – CBO – 225151 - Médico anesthesiologista.
- O valor para repasse dos procedimentos de **COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL** é de **R\$ 144,11** para a realização de todos os procedimentos contemplando a atenção integral ao paciente.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta referente ao LOTE 08 - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL e COLONOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTO** no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento, o quantitativo mensal do procedimento 0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA). A distribuição dos outros procedimentos deste lote será proporcional ao quantitativo mensal do procedimento COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) proposto.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8640-2/09 Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL e COLONOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTO.**

➤ **COLONOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS**

- Os serviços interessados deverão realizar todos os procedimentos de **COLONOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS.**
- Para complementação da assistência ao paciente após a realização de procedimento de COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL, quando houver necessidade o serviço deverá realizar os procedimentos abaixo;
- O procedimento de 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) poderá ser executado por serviço terceiro e o serviço interessado deverá apresentar o contrato com este serviço.

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0407020390 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE | 60 | 13,63 | 817,80 |
| 0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL | 60 | 18,46 | 1.107,60 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | | |
|---|------------|-------|-----------------|
| ANAL | | | |
| 0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | 60 | 24,00 | 1.440,00 |
| DE ATÉ | 180 | | 3.365,40 |

LOTE 09: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA: RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL - RETOSSIGMOIDOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS

➤ **RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL**

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 100 | 10,00 | 1.000,00 |
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 100 | 6,30 | 630,00 |
| 0209010053 – RETOSSIGMOIDOSCOPIA | 100 | 23,13 | 2.313,00 |
| 0417010060 SEDACAO | 100 | 15,15 | 1.515,00 |
| DE ATÉ | 100 | 54,58 | 5.458,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados deverão realizar todos os procedimentos de **RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL**;
- Oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento 0209010053 – RETOSSIGMOIDOSCOPIA deverá ser executado por profissional com Código Brasileiro de Ocupação – CBO:
 - 25165 Médico gastroenterologista
 - 225280 Médico coloproctologista
 - 225310 Médico em endoscopia
 - 225320 Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
- O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA deverá ser executado por profissional - CBO 225165 – Médico gastroenterologista, CBO – 225280 – Médico coloproctologista e 225220 – Médico cirurgião do aparelho digestivo.
- O procedimento 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) deverá ser executado por profissional – CBO – 223505 – Enfermeiro.
- O valor para repasse dos procedimentos do lote **RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL** é de **R\$ 54,58** para a realização de todos os procedimentos contemplando a atenção integral ao paciente.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta referente ao LOTE 09 - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ENDOSCOPIA - RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL e RETOSSIGMOIDOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento o quantitativo mensal do procedimento 0209010053 – RETOSSIGMOIDOSCOPIA. A distribuição dos outros procedimentos deste lote será proporcional ao quantitativo mensal do procedimento RETOSSIGMOIDOSCOPIA proposto.

- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8640-2/09 Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA - RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL e RETOSSIGMOIDOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS.**

➤ **RETROSSIGMOIDOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS**

- Os serviços interessados deverão realizar todos os procedimentos de **RETROSSIGMOIDOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS;**
- Para complementação da assistência ao paciente após a realização de procedimento de RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL, quando houver necessidade o serviço deverá realizar os procedimentos abaixo;
- O procedimento de 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) poderá ser executado por serviço terceiro e o serviço interessado deverá apresentar o contrato com este serviço.

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0407020390 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/PÓLIPOS DO RETO/COLO SIGMOIDE | 60 | 13,63 | 817,80 |
| 0201010046 BIOPSIA DE ÂNUS E CANAL ANAL | 60 | 18,46 | 1107,60 |
| 0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | 60 | 24,00 | 1.440,00 |
| DE ATÉ | 180 | | 3.365,40 |

LOTE 10: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA – DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0211020060 TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO | 200 | 30,00 | 6.000,00 |
| 0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA | 200 | 39,94 | 7.988,00 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | | | |
|---------------|--|------------|-------|------------------|
| 0205010040 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS | 40 | 39,60 | 1.584,00 |
| DE ATÉ | | 440 | | 15.572,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de CARDIOLOGIA, **devem realizar na totalidade os procedimentos deste lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:

0211020060 - TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO

225120 Médico cardiologista

0205010040 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

225120 Médico cardiologista

225320 Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

225115 Médico angiologista

225203 Médico em cirurgia vascular

0205010032 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA

225120 Médico cardiologista

225320 Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

- Com relação ao procedimento 0205010040 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS a Tabela SIGTAP esclarecemos que a quantidade de procedimento realizado, independe da quantidade de vasos estudados.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a contratação dos procedimentos referente ao LOTE 10 - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA** no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.86.4.0-2/08.00 Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos e/ou 86.40-2/07 Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA.**

LOTE 11: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA - ELETROENCEFALOGRAMA

- **0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 150 | 10,00 | 1.500,00 |
| 0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) | 150 | 25,00 | 3.750,00 |
| 0417010060 – SEDACAO | 50 | 15,15 | 757,50 |
| DE ATÉ | 200 | | 6.007,50 |

➤ **021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)**

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 150 | 10,00 | 1.500,00 |
| 0417010060 – SEDACAO | 150 | 15,15 | 2.272,50 |
| 021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) | 150 | 25,00 | 3.750,00 |
| DE ATÉ | 150 | | 7.522,50 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

Os serviços poderão preencher o ANEXO IV Lote 11 PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA - ELETROENCEFALOGRAMA apresentando proposta de quantitativo pra realizar todos os códigos referentes ao lote de ELETROENCEFALOGRAMA ou optar por realizar somente o (s) código (s) de interesse deste lote.

➤ **0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)**

- Os serviços interessados em realizar o procedimento 0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) **devem realizar na totalidade os procedimentos vinculados a este código.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA e 0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) deverão ser executado por profissional - CBO 225112 – Médico Neurologista.
- O valor para repasse dos procedimentos do lote compreende a realização do código 0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) e código 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA para a atenção integral ao paciente, com repasse no **valor de R\$ 35,00.**
- A realização do procedimento pode ser executado sob SEDAÇÃO código 0417010060, quando necessário, que deverá ser executado por profissional CBO 225151 - Médico anesthesiologista.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- O serviço interessado deverá atender os pacientes com idade 15 a 130 anos, bem como respeitar os atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
 - O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento no LOTE 11 no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
 - Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares.**
 - A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA ELETROENCEFALOGRAMA.**
- **021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)**
- Os serviços interessados em realizar o procedimento 021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) devem realizar na totalidade os procedimentos vinculados a este código.
 - A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
 - O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA e 021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) deverão ser executados por profissional - CBO 225112 – Médico Neurologista.
 - O valor para repasse dos procedimentos do lote é **de R\$ 35,00** que compreende a realização do código 021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG), código 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 - A realização do procedimento pode ser executado sob SEDAÇÃO código 0417010060, quando necessário, que deverá ser executado por profissional CBO 225151 - Médico anestesiológico.
 - O serviço interessado deverá atender os pacientes com idade 0 a 15 anos, bem como respeitar os atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
 - O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento no LOTE 11 no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
 - Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares.**
 - A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA ELETROENCEFALOGRAMA.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**LOTE 12: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA –
POLISSONOGRAFIA**

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 10 | 10,00 | 100,00 |
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 10 | 6,30 | 63,00 |
| 0211050105 - POLISSONOGRAFIA | 10 | 125,00 | 1.250,00 |
| DE ATÉ | 10 | 141,30 | 1.413,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar o procedimento 0211050105 - POLISSONOGRAFIA **devem realizar na totalidade os procedimentos deste lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA e 0211050105 - POLISSONOGRAFIA deverão ser executados por profissional - CBO 225112 – Médico Neurologista.
- O procedimento 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) deverá ser executado por profissional – CBO – 223505 – Enfermeiro.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- O valor para repasse do procedimento do lote POLISSONOGRAFIA é de **R\$ 141,30** para a realização de todos os procedimentos do lote contemplando a atenção integral ao paciente.
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao LOTE 12 - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA-NEUROLOGIA – POLISSONOGRAFIA** no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA – NEUROLOGIA POLISSONOGRAFIA.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**LOTE 13: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA -
ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)**

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 50 | 10,00 | 500,00 |
| 0211050083 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) | 50 | 27,00 | 1.350,00 |
| DE ATÉ | 50 | 37,00 | 1.850,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar o procedimento 0211050083 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) **devem realizar na totalidade os procedimentos deste lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA e 0211050083 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) deverão ser executados por profissional - CBO 225112 – Médico Neurologista ou 225160 - Médico fisiatra.
- Com relação ao procedimento 0211050083 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) esclarecemos que a quantidade de procedimento realizado, independe da quantidade de músculos e/ou nervos estudados.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- O valor para repasse dos procedimentos do lote 0211050083 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) é de **R\$ 37,00** para a realização de todos os procedimentos do lote contemplando a atenção integral ao paciente.
- O serviço interessado deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao **LOTE 13 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)** no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - NEUROLOGIA - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG).**

LOTE 14: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - UROLOGIA - AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 35 | 10,00 | 350,00 |
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS | 35 | 6,30 | 220,50 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | | |
|--|-----------|--------------|---------------|
| DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | | | |
| 0211090018 - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA | 35 | 7,62 | 266,70 |
| DE ATÉ | 35 | 23,92 | 837,20 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar o procedimento 0211090018 - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA **devem realizar na totalidade os procedimentos deste lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA e 0211090018 - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA deverão ser executados por profissional - CBO 225285 – Médico urologista.
- O procedimento 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) deverá ser executado por profissional – CBO – 223505 – Enfermeiro.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- O valor para repasse dos procedimentos do lote AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA é de **R\$ 23,92** para a realização de todos os procedimentos do lote contemplando a atenção integral ao paciente.
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao LOTE 14 - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA-UROLOGIA - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA** no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8630-5/03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas e/ou 8630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares e/ou 8630-5/01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - UROLOGIA - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA.**

LOTE 15: SAÚDE DA MULHER

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0204030030 MAMOGRAFIA | 140 | 22,50 | 3.150,00 |
| 0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO | 4630 | 45,00 | 208.350,00 |
| 0205020097 ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL | 788 | 24,20 | 19.069,60 |
| DE ATÉ | 5558 | | 230.569,60 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos **SAÚDE DA MULHER** devem **realizar todos os procedimentos deste lote**.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O serviço interessado deverá atender as pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- **A condicionante** para a apresentação de proposta é de que para a oferta de cada 06 (seis) 0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO o serviço deverá ofertar 01 (uma) 0205020097 ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:
 - 225320 Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
 - 225250 Médico ginecologista e obstetra
 - 225255 Médico mastologista
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao LOTE 15 – Saúde da Mulher no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8640-2/05 Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia**.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **Saúde da Mulher**.

LOTE 16: SAÚDE DO HOMEM - VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|--|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (acesso do paciente) | 40 | 10,00 | 400,00 |
| 0409040240 VASECTOMIA | 40 | 306,47 | 12.258,80 |
| 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL (AMBULATORIAL) | 3 | 12,97 | 38,91 |
| 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL (HOSPITALAR) | 2 | 203,06 | 406,12 |
| 0202090264 PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) | 40 | 4,80 | 192,00 |
| 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (consulta de retorno para acompanhamento após a realização do procedimento 0202090264) | 40 | 10,00 | 400,00 |
| DE ATÉ | 165 | | 13.695,83 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos do lote Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar deverão **possuir Habilitação pelo Ministério da Saúde código 1902 – Vasectomia.**
- Os serviços interessados em realizar os procedimentos Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar **devem realizar na totalidade os procedimentos deste lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento do procedimento 0409040240 VASECTOMIA:
225225 - Médico cirurgião geral, 225285 - Médico urologista
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento do procedimento 0202090264 PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA):
221105 – Biólogo, 221205- Biomédico, 223415 - Farmacêutico analista clínico, 225335 - Médico patologista clínico / medicina laboratorial.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento do procedimento 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL.
 - 225225 - Médico cirurgião geral,
 - 225285 - Médico urologista
 - 225125 - Médico clínico
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao LOTE 16 – Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.86.1.0-1/01.00 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar.**

LOTE 17: SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

VALOR TOTAL PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO LOTE: R\$ 55.000,00

- **Procedimentos Clínicos: Programação Orçamentária mensal de até R\$ 15.000,00 para a realização de até 2.300 procedimentos/mês**

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|--|-----------------------|
| 0301010072 | Consulta Medica em Atenção Especializada (para avaliação de médico) | 10,00 |
| 0301010048 | Consulta De Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (para avaliação de Fisioterapeuta, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Assistente Social) | 6,30 |
| 0301010072 | Consulta Medica em Atenção Especializada (para | 10,00 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|------------|--|-------|
| | atendimento de médico) | |
| 0301010048 | Consulta De Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (para atendimento de enfermeiro) | 6,30 |
| 0302060014 | Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais Sem Complicações Sistêmicas | 4,67 |
| 0302060022 | Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais com Complicações Sistêmicas | 6,35 |
| 0302050027 | Atendimento Fisioterapêutico Nas Alterações Motoras | 4,67 |
| 0301040044 | Terapia Individual (para atendimento de terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo) | 2,81 |
| 0301040036 | Terapia em Grupo (para atendimento de terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo) | 6,15 |
| 0301070113 | Terapia Fonoaudiologia Individual (para atendimento de fonoaudiólogo de pacientes com CID compatíveis ao procedimento) | 10,90 |

- **Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção - Programação Orçamentária mensal de até R\$ 35.000,00 para a realização dos seguintes procedimentos referente à concessão estimada de 88 produtos/mês.**

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|---|-----------------------|
| 0701010010 | Andador fixo / articulado em alumínio c/quatro ponteiros | 130,00 |
| 0701010029 | Cadeira de rodas adulto/infantil (tipo padrão) | 571,90 |
| 0701010037 | Cadeira de rodas p/banho com assento sanitário | 230,00 |
| 0701010045 | Cadeira de rodas para tetraplégico - tipo padrão | 1.170,00 |
| 0701010053 | Calçados anatômicos c/palmilhas p/pé neuropáticos (par) | 419,20 |
| 0701010061 | Calçados ortopédicos confeccionados sob medida até o nº 45 (par) | 170,30 |
| 0701010070 | Calçados ortopédicos pré-fabricados c/palmilhas até nº 45 (par) | 99,75 |
| 0701010088 | Calçados sob medida p/compensação de discrepância de membros inferiores a partir do nº 34 | 299,00 |
| 0701010096 | Calçados sob medida p/compensação de encurtamento até o nº 33 (par) | 239,40 |
| 0701010100 | Carrinho dobrável p/transporte de criança com deficiência | 764,50 |
| 0701010118 | Bengala canadense regulável em altura (par) | 79,95 |
| 0701010126 | Muleta axilar regulável de madeira (par) | 53,20 |
| 0701010134 | Muleta axilar tubular em alumínio regulável na altura (par) | 79,95 |
| 0701010142 | Palmilhas confeccionadas sob medida (par) | 130,20 |
| 0701010150 | Palmilhas p/pés neuropáticos, confeccionadas sob medida para adultos ou crianças (par) | 170,30 |
| 0701010169 | Palmilhas p/sustentação dos arcos plantares até o nº. 33 (par) | 43,89 |
| 0701010177 | Palmilhas p/sustentação dos arcos plantares números acima de 34 (par) | 65,00 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | |
|------------|---|----------|
| 0701020016 | Órtese / Cinta LSO tipo Putti (baixa) | 195,00 |
| 0701020024 | Órtese / Cinta TLSO tipo Putti (alto) | 159,60 |
| 0701020032 | Órtese / Colete CTLSO tipo milwaukee | 910,00 |
| 0701020040 | Órtese / Colete tipo Williams | 319,20 |
| 0701020059 | Órtese / Colete TLSO tipo Knight | 260,00 |
| 0701020067 | Órtese cruromaleolar infantil em polipropileno p/imobilização de joelho em extensão, articulada | 209,70 |
| 0701020075 | Órtese cruromaleolar p/limitação dos movimentos do joelho | 130,00 |
| 0701020083 | Órtese cruropodálica c/distrator p/genuvalgo/genuvaro (infantil e adolescente) | 250,80 |
| 0701020091 | Órtese dinâmica pélvico-crural tipo Atlanta/Toronto | 520,00 |
| 0701020105 | Órtese dinâmica suropodálica tipo mola de codeville (unilateral) | 119,70 |
| 0701020113 | Órtese estática imobilizadora axilo-palmar tipo aeroplano | 290,00 |
| 0701020121 | Órtese genupodálico em polipropileno tipo Sarmiento | 299,00 |
| 0701020130 | Órtese HCTO tipo Minerva imobilizadora cervical c/apoio torácico (colar) | 150,00 |
| 0701020148 | Órtese metálica cruropodálica adulto | 948,00 |
| 0701020156 | Órtese metálica cruropodálica (infantil e adolescente) | 520,00 |
| 0701020164 | Órtese metálica suropodálica (infantil) | 139,70 |
| 0701020172 | Órtese pélvico-podálica de descarga isquiática | 598,50 |
| 0701020180 | Órtese pévico-podálica metálica com ou sem apoio isquiático (infantil e adolescente) | 600,00 |
| 0701020199 | Órtese pélvico-podálica metálica para adulto com ou sem apoio isquiático | 1.197,00 |
| 0701020202 | Órtese rígida p/luxação congênita do quadril | 500,40 |
| 0701020210 | Órtese suropodálica articulada em polipropileno (infantil) | 159,60 |
| 0701020229 | Órtese suropodálica s/articulação em polipropileno (adulto) | 180,60 |
| 0701020237 | Órtese suropodálica s/articulação em polipropileno (infantil) | 130,00 |
| 0701020245 | Órtese suropodálica metálica (adulto) | 180,60 |
| 0701020253 | Órtese suropodálica unilateral articulada em polipropileno (adulto) | 200,00 |
| 0701020261 | Órtese suspensório de pavlix | 66,50 |
| 0701020270 | Órtese tipo sarmiento para úmero | 159,60 |
| 0701020288 | Órtese TLSO / colete tipo Boston | 598,50 |
| 0701020296 | Órtese TLSO / tipo colete em metal tipo Jewett | 372,40 |
| 0701020300 | Órtese TLSO corretiva toraco-lombar em polipropileno | 319,20 |
| 0701020318 | Órtese TLSO tipo colete / jaqueta de risser | 780,00 |
| 0701020326 | Órtese torácica colete dinâmica de compressão torácica | 239,40 |
| 0701020601 | Tábua (prancha) para transferência | 75,00 |
| 0701020610 | Cinta para transferências | 150,00 |
| 0701020628 | Almofada de assento para prevenção de úlceras de pressão em células de ar | 995,00 |
| 0701020636 | Almofada de assento para cadeira de rodas para prevenção de úlceras de pressão – simples | 17,38 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|------------|---|--------|
| 0701020644 | Mesa de atividades para cadeira de rodas (tábua mesa) | 150,00 |
| 0701020652 | Bengala de 4 pontas | 49,90 |

➤ **Procedimentos para adaptação de Cadeira de Rodas**

Portaria GM/MS 1272 de 25/06/2013

Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|---|-----------------------|
| 0701010266 | Adaptação do assento para deformidades do quadril | 136,34 |
| 0701010274 | Adaptação de encosto para deformidades de tronco | 132,00 |
| 0701010282 | Adaptação de apoio de pés da cadeira de rodas | 62,50 |

- **Incentivo Financeiro mensal, proveniente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal da Saúde no Bloco da Média e Alta Complexidade – Bloco MAC, para procedimentos de Adaptações e Manutenções de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção não contempladas nos procedimentos 0701010266, 0701010274 e 0701010282.**

Repasso mensal de R\$ 5.000,00, conforme Portaria GM/MS 2109 de 21/09/2012 para a realização dos seguintes procedimentos:

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR UNITÁRIO |
|---------------|---|-----------------------|
| 0701010185 | Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção | 0,00 |
| 0701010193 | Manutenção de OPM Auxiliares de Locomoção | 0,00 |
| 0701020571 | Adaptação de OPM Ortopédica | 0,00 |
| 0701020580 | Manutenção de OPM Ortopédica | 0,00 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos do lote SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA **devem realizar na totalidade os procedimentos de Reabilitação Física, Órteses, Meios Auxiliares de Locomoção, Adaptações e Manutenções referidos neste lote.**
- Os serviços interessados deverão garantir o atendimento integral dos usuários por meio de: diagnóstico, consultas, avaliação funcional, tratamento clínico, terapias, orientação, seleção, prescrição, concessão e adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, bem como a habilitação/reabilitação ao uso dos produtos.
- Os serviços deverão possuir a seguinte equipe multiprofissional:
Médico Ortopedista ou Fisiatra ou Neurologista
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Terapeuta Ocupacional
Psicólogo
Assistente Social
Enfermeiro (opcional)
- O serviço deverá possuir estrutura física e equipamentos compatíveis para atendimento multiprofissional em Reabilitação Física e consultórios para atendimento individualizado.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- Para a confecção e adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, os serviços interessados poderão contar com serviço terceirizado, apresentando contrato com o serviço.
- Os serviços devem oferecer a garantia quanto Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção de até 18 meses.
- As Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção deverão ser entregues aos usuários com as devidas adaptações conforme características físicas e necessidades.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 225112 | Médico neurologista |
| 225270 | Médico ortopedista e traumatologista |
| 225160 | Médico fisiatra |
| 223505 | Enfermeiro |
| 223605 | Fisioterapeuta geral |
| 223810 | Fonoaudiólogo |
| 223905 | Terapeuta ocupacional |
| 251510 | Psicólogo clínico |
| 251605 | Assistente social |

- O serviço deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.87.1.1-5/03.00 ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES E/OU Q.86.3.0-5/03.00 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS E/OU Q.86.5.0-0/04.00 ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA E/OU Q.86.5.0-0/06.00 ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E/OU Q.86.5.0-0/03.00 ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE E/OU Q.86.5.0-0/05.00 ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL E/OU Q.88.0.0-6/00.00 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEM ALOJAMENTO.**
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 17 - SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA para análise da capacidade instalada e estrutura para a distribuição da efetiva programação.
- A legislação pertinente encontra-se na Minuta do Contrato e o fluxo operacional, assistencial e administrativo encontra-se descrito no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.**

LOTE 18: SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO;
SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE;
SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO:**

QUADRO A:

| PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO MENSAL PROPOSTA | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|--|--------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301070075 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (ATENDIMENTO MULTIPROFISISONAL) | 18.980 | 17,67 | 335.376,60 |

- **ESTIMULAÇÃO PRECOCE**

QUADRO B1:

PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO MULTIPROFISISONAL EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE.

| PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO MENSAL PROPOSTA | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|--|--------------------------|----------------|---------------------------------|
| 0301070075 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR - Avaliação Multiprofissional – Estimulação Precoce | 300 | 17,67 | 5.301,00 |
| 0301070075 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR – Tratamento Multiprofisisonal | 2400 | 17,67 | 42.408,00 |
| | 2700 | | 47.709,00 |

QUADRO B2:

PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM ALTA DO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE COM NECESSIDADE DE ATENÇÃO EM UMA TERAPIA OU ACOMPANHAMENTO MÉDICO E PARA PACIENTES QUE NA AVALIAÇÃO INICIAL FOR IDENTIFICADO A NECESSIDADE DE TERAPIA ÚNICA OU PARA ATENDIMENTO E ORIENTAÇÕES EM GRUPO:

| | | | |
|---|-----|------|---------|
| 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - (para atendimento de enfermeiro, nutricionista) | 30 | 6,3 | 189,00 |
| 0301040044 - TERAPIA INDIVIDUAL - (para atendimento de terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social) | 120 | 2,81 | 337,20 |
| 0302060049 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO - (para atendimento de fisioterapeuta) | 220 | 6,35 | 1397,00 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | | |
|---|------------|-------|-----------------|
| 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - (para atendimento médico) | 30 | 10 | 300,00 |
| 0301070113 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (para atendimento de pacientes com CID F900) | 40 | 10,90 | 436,00 |
| 0301040036 - TERAPIA EM GRUPO - (para atendimento de terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social) | 20 | 6,15 | 123,00 |
| 010101002-8 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 20 | 2,7 | 54,00 |
| TOTAL | 480 | | 2.836,20 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados neste lote poderão optar em realizar procedimentos referente à Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo ou Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce ou somente Estimulação Precoce.
- Para a Estimulação Precoce o acesso do usuário, depois de efetivado o contrato, deverá ocorrer através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, para atendimento de crianças de 0 a 3 anos.
- O acesso para o atendimento referente à Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo, com ou sem oferta para Estimulação Precoce, será para usuários matriculados nas Escolas de Educação Especial que se credenciarem.
- Os **serviços interessados em realizar os procedimentos de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo**, ou seja, atender paciente com Deficiência Intelectual associada ou não aos Transtornos do Espectro do Autismo ou Transtornos do Espectro do Autismo associado ou não à Deficiência Intelectual, bem como se estes estiverem associados a múltiplas deficiências, devem preencher somente a **Proposta A** do ANEXO IV – Vistoria Técnica Lote 18 deste Edital. A proposta referente Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo compreende realização do procedimento que consta no Quadro A acima.
- Os **serviços interessados em realizar os procedimentos de Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo**, conforme associações descritas acima, e **Estimulação Precoce** devem preencher a **Proposta A e Proposta B1 associada ou não à Proposta B2** do ANEXO IV – Vistoria Técnica Lote 18 deste Edital. A proposta referente Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce compreendem o atendimento dos procedimentos que constam no Quadro A, B1 e B2 acima.
- Os **serviços interessados em realizar os procedimentos somente de Estimulação Precoce** devem preencher a **Proposta B1 associada ou não à Proposta B2** do ANEXO IV – Vistoria Técnica Lote 18 deste Edital. A proposta para Estimulação Precoce compreende o atendimento dos procedimentos que constam no Quadro B1 e B2 acima.
- Os serviços interessados deverão garantir o atendimento integral dos usuários por meio de atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, entre as quais se destacam: estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; reabilitação/habilitação, visando, entre outras, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social, e de aprendizado.
- Os serviços deverão obrigatoriamente possuir a seguinte equipe multiprofissional:
Médico Neurologista ou Psiquiatra



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Fonoaudiólogo
Psicólogo
Terapeuta Ocupacional
Fisioterapeuta (obrigatório para serviços interessados em Estimulação Precoce)

Opcional:
Assistente Social
Pedagogo
Musicoterapeuta
Enfermeiro
Nutricionista

- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:

| | |
|--------|-----------------------|
| 225112 | Médico neurologista |
| 225133 | Médico psiquiatra |
| 223810 | Fonoaudiólogo |
| 251510 | Psicólogo clínico |
| 223905 | Terapeuta ocupacional |
| 223605 | Fisioterapeuta geral |
| 251605 | Assistente social |
| 223505 | Enfermeiro |
| 239415 | Pedagogo |
| 226305 | Musicoterapeuta |
| 223710 | Nutricionista |
- O serviço interessado deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.88.0.0-6/00.00 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEM ALOJAMENTO e/ou Q.87.2.0-4/99.00 Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente APAE e/ou S.94.3.0-8/00.00 Atividades de associações de defesa de direitos sociais e/ou Q.86.3.0-5/03.00 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas.**
- O serviço deverá possuir recursos humanos, estrutura física e equipamentos compatíveis para atendimento multiprofissional em Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce com consultórios para atendimento especializado.
- Preencher adequadamente o ANEXO IV do Edital - Vistoria Técnica Lote 18 **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE** deste Edital. No item 3 do ANEXO IV – Vistoria Técnica o serviço poderá relacionar o nome do mesmo profissional na Proposta A e na Proposta B1 e B2, no entanto deve apresentar a carga horária semanal disponível do profissional para cada proposta.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV do Edital – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 18 para análise da capacidade instalada, equipamentos e estrutura para a distribuição da efetiva programação.
- A legislação pertinente encontra-se na Minuta do Contrato do Lote 18 e o fluxo operacional, assistencial e administrativo encontra-se descrito no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE.**

LOTE 19: PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR

- **Disponibilidade de 24 leitos em Pediatria Clínica, com recurso de até R\$ 72.000,00, para o atendimento de procedimentos hospitalares de Pediatria em Média Complexidade.**

| Área de Atuação | Leitos SUS disponibilizados mensal |
|---------------------------------|------------------------------------|
| PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE | 24 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR **devem apresentar a disponibilidade de leitos em Pediatria Clínica para o atendimento da demanda.**
- O acesso do paciente ao serviço se dará através da Central de Leitos.
- O serviço deverá dispor de sala repouso/observação – pediátrica – Ambulatorial.
- O serviço deverá dispor de sala de cirurgia e sala de recuperação - Hospitalar
- O serviço deverá dispor de sala de atendimento pediátrico em urgência e emergência.
- O serviço deverá dispor de serviço para diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos, laboratório clínico e por imagem, no entanto estes serviços podem ser terceirizados.
- O serviço deverá dispor de serviço de fisioterapia hospitalar.
- O serviço deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8630-5/01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos e/ou 8610-1/01 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto socorro e unidades para atendimento a urgências.**
- O Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos encontra-se disponível no endereço <http://sigtap.datasus.gov.br>.
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 19 - PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR para análise da capacidade instalada e estrutura para a distribuição da efetiva programação.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

LOTE 20: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA- TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---|---------------------------|----------------|---------------------------------|
| 020601009-5- TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) | 30 | 2.107,22 | 63.216,60 |
| 0417010060 - SEDACAO | 10 | 15,15 | 151,50 |
| 0417010052 - ANESTESIA REGIONAL | 05 | 22,27 | 111,35 |
| DE ATÉ | 45 | | 63.479,45 |

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - 020601009-5- TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)** devem realizar na totalidade os procedimentos deste lote.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O procedimento **020601009-5- TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)** deverá ser executado por profissional com Código Brasileiro de Ocupação (CBO):
 - 225315 Médico em medicina nuclear
 - 225320 Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
- O procedimento 0417010060 – SEDACAO deverá ser executado por profissional com Código Brasileiro de Ocupação (CBO):
 - 225151 Médico anesthesiologista
- O procedimento 0417010052 - ANESTESIA REGIONAL deverá ser executado por profissional com Código Brasileiro de Ocupação (CBO):
 - 225151 Médico anesthesiologista
 - 225225 Médico cirurgião geral
 - 225230 Médico cirurgião pediátrico
- Os serviços interessados deverão atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- Os serviços interessados deverão atender o estabelecido pelo Ministério da Saúde na Portaria MS/SAS 1340 de 01/12/2014.
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao LOTE 20 - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)** no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.86.4.0-2/04.00 SERVIÇOS DE TOMOGRAFIA OU Q.86.4.0-2/07.00 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM SEM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, EXCETO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)**.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Parágrafo Primeiro: Os procedimentos deverão ser executados atendendo aos atributos estabelecidos pelo Ministério da Saúde no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP publicado no site www.sigtap.datasus.gov.br.

Parágrafo Segundo: A população a ser atendida é de usuários do Sistema Único de Saúde de Curitiba do Município de Curitiba e de outros Municípios do Estado do Paraná, conforme Plano Diretor de Pactuação vigente, referenciados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE ou através da Central de Leitos.

DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO (PRAZOS)

Art. 3º - Para conhecimento dos interessados que no período compreendido entre **28/03/2019 a 27/05/2019**, no horário das 9 às 12 horas e das 14 às 17 horas, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba receberá a documentação para **CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA**, na sede da Secretaria Municipal da Saúde/Prefeitura Municipal de Curitiba à Rua Francisco Torres, 830, térreo, Setor de Protocolo, nesta Capital, em conformidade com as condições deste edital.

Os interessados em participar do presente CREDENCIAMENTO, deverão entregar até o dia, horário e endereço citados, envelope fechado e lacrado contendo os documentos exigidos, no qual deverá constar em sua parte externa e frontal o seguinte:

À SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA.
NOME DO SERVIÇO INTERESSADO:
Nº DO LOTE:
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 01-115242/2018 - PMC
LOCAL: Rua Francisco Torres, 830 - Setor de Protocolo, Térreo, nesta Capital.
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA:

A abertura dos envelopes será realizada, conforme cronograma abaixo, na sede da Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria Municipal da Saúde, situada na Rua Francisco Torres, 830, no Auditório Convenções ou no Auditório Mezanino, conforme o Lote de interesse, para a qual se solicita a presença de todos.

| | |
|--|---|
| Lote 01: Diagnóstico por Anatomia Patológica | Dia 03/06/2019 às 09:00 horas Auditório Convenções |
| Lote 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia | Dia 10/06/2019 às 08:30 horas Auditório Convenções |
| Lote 03: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo | Dia 06/06/2019 às 14:00 horas Auditório Mezanino |
| Lote 04: Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia - TRATAMENTO e EXAMES | Dia 04/06/2019 às 13:00 horas Auditório Convenções |
| | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | |
|--|---|
| Lote 05: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva | Dia 04/06/2019 às 14:40 horas Auditório Convenções |
| Lote 06: Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade | Dia 04/06/2019 às 10:00 horas Auditório Convenções |
| Lote 07: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos | Dia 04/06/2019 às 08:00 horas Auditório Convenções |
| Lote 08: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral; Colonoscopia - Demais Procedimentos | Dia 04/06/2019 às 08:30 horas Auditório Convenções |
| Lote 09: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral; Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos | Dia 04/06/2019 às 09:00 horas Auditório Convenções |
| Lote 10: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Cardiologia | Dia 06/06/2019 às 15:40 horas Auditório Mezanino |
| Lote 11: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Eletroencefalograma 0211050040 - Eletroencefalograma em vigília e sono espontâneo c/ ou s/ fotoestímulo (EEG) 021105003-2 - Eletroencefalograma em sono induzido c/ ou s/ medicamento (EEG) | Dia 06/06/2019 às 09:00 horas Auditório Mezanino |
| Lote 12: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Polissonografia | Dia 06/06/2019 às 09:40 horas Auditório Mezanino |
| Lote 13: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroneuromiograma (ENMG) | Dia 06/06/2019 às 10:20 horas Auditório Mezanino |
| Lote 14: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa | Dia 31/05/2019 às 08:00 horas Auditório Mezanino |
| Lote 15: Saúde da Mulher | Dia 10/06/2019 às 10:10 horas Auditório Convenções |
| Lote 16: Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial | Dia 31/05/2019 às 08:30 horas |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | |
|---|---|
| e Hospitalar | Auditório Mezanino |
| Lote 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física | Dia 31/05/2019 às 09:30 horas Auditório Mezanino |
| Lote 18: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce. | Dia 07/06/2019 às 13:30 horas Auditório Convenções |
| Lote 19: Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar | Dia 04/06/2019 às 16:10 horas Auditório Convenções |
| Lote 20: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) | Dia 06/06/2019 às 11:00 horas Auditório Mezanino |

As dúvidas, informações ou outros elementos necessários ao perfeito entendimento do presente edital deverão ser encaminhados por escrito até 05 (cinco) dias úteis antes do prazo final para a entrega da documentação e, serão dirimidos pela Comissão de Credenciamento em até 2 (dois) dias úteis anteriores ao mesmo prazo, no endereço eletrônico: editais@sms.curitiba.pr.gov.br.

Parágrafo Primeiro: Os interessados em participar em mais de 01 (um) lote deverão entregar documentos separados em 01 (um) envelope fechado e lacrado, contendo todos os documentos exigidos, para cada lote de interesse.

Parágrafo Segundo: Após o período compreendido entre **28/03/2019 a 27/05/2019** os interessados em participar do processo de chamamento público para CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA poderão apresentar a documentação exigida neste Edital a qualquer tempo, observando os requisitos de participação, ficando a cargo da Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público designada pela Portaria nº 145 de 2018 efetuar a avaliação, conforme as condições estabelecidas no presente Edital, após a efetiva homologação dos serviços habilitados no processo que apresentaram a documentação no período entre **28/03/2019 a 27/05/2019**. Ressalta-se que programação de procedimentos atenderá até o limite estabelecido no Artigo 2º e a distribuição conforme estabelecido no Artigo 27 do presente Edital, ou seja, se os serviços interessados que apresentaram a documentação no período **28/03/2019 a 27/05/2019** forem habilitados para absorver toda a programação estabelecida neste Edital não haverá programação de procedimentos disponíveis para serviços que apresentarem documentação após o período **28/03/2019 a 27/05/2019**.

DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Art. 4º O presente CHAMAMENTO PÚBLICO destina-se a suprir as necessidades da Secretaria Municipal da Saúde, devendo sua despesa para o exercício de 2019 onerar a seguinte dotação orçamentária:

33001.10302.0001.2003.339039.3.1.496



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º - Os serviços poderão apresentar a documentação exigida para credenciamento referente a um único lote ou para mais lotes, e poderão solicitar credenciamento para a execução na totalidade ou parcial dos procedimentos de cada lote, no entanto para certos lotes existe a exigência da execução dos procedimentos na totalidade, os critérios encontram-se descritos no Art. 2º do presente Edital de Chamamento.

Parágrafo Único: Os interessados que participarem do certame deverão aceitar os valores de referência à prestação dos serviços constantes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP e estes serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde, os quais são publicados em portaria.

Art. 6º - Os estabelecimentos de saúde interessados em participar deste processo de chamamento público deverão encaminhar todos os documentos exigidos neste Edital, no prazo estabelecido, independentemente de estarem atualmente prestando serviço ao SUS – Curitiba.

Art. 7º - O Gestor Municipal do Sistema Único de Saúde dará preferência para participação complementar no Sistema, às entidades públicas e filantrópicas sem fins lucrativos.

Parágrafo Único: Nos moldes preceituados no Título VI, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, tendo em vista que o objetivo do presente chamamento público de credenciamento é a compra de serviços de saúde, celebrar-se-á contrato administrativo.

Art. 8º - Eventual modificação neste Edital terá divulgação da mesma forma dada ao texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido.

Art. 9º - A convocação pública para credenciamento de SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA observará as seguintes etapas:

I - Publicação do Aviso de Chamamento Público, em pelo menos um meio de comunicação de ampla circulação, nesta Capital, também na imprensa oficial – Diário Oficial do Município e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC);

II - Recebimento das documentações dos interessados, relativas à habilitação jurídica, regularidade fiscal, qualificação econômico-financeira e técnica; em via original ou em fotocópia simples. Quando apresentada em fotocópia simples o serviço deverá apresentar a documentação original para que seja validada pela Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público. Não sendo possível apresentar o documento original, poderá ser apresentada fotocópia autenticada. Também poderão apresentar documentos emitidos pela Internet os quais não necessitam de autenticação em cartório, sendo a autenticidade conferida pela Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público.

III - Avaliação da documentação de habilitação, divulgação do resultado da habilitação e decurso do prazo de 5 (cinco) dias úteis para interposição de eventuais recursos da habilitação.

IV - Realização das vistorias técnicas, conforme **ANEXO IV** deste Edital, por Equipe Técnica, especificamente constituída para este fim, nos Estabelecimentos de Saúde habilitados na fase documental com validação conforme **ANEXO V**.

V - Análise dos documentos e do parecer técnico referido no inciso anterior, pela Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público, com divulgação dos resultados e decurso do prazo de 5 (cinco) dias úteis para interposição de eventuais recursos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

VI - Celebração dos contratos de prestação de serviços entre os Estabelecimentos de Saúde e o Gestor Municipal.

Parágrafo Único – No caso do **Inciso V** do presente artigo, a documentação técnica apresentada pelo serviço participante deverá estar em concordância com os itens exigidos na vistoria.

DA DOCUMENTAÇÃO

Art. 10 – A documentação relativa à **habilitação jurídica**, conforme o caso consistirá em:

- I. 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;
- II. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- III. Documentos do (s) responsável (eis) da Empresa pela assinatura do Contrato apresentando o RG e CPF;
- IV. Registro no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, em se tratando de entidade filantrópica e sem fins lucrativos.

Art. 11 - A documentação relativa à **regularidade fiscal** consistirá em:

- I. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), demonstrando que a empresa encontra-se em situação cadastral ativa;
- II. Prova de Regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal (art. 29, inciso III da Lei nº 8666/93). A exigência de que trata este item assim resume:
 - a) Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional;
 - b) Certidão de Regularidade dos Tributos Estaduais, expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda (Certidão de Regularidade com a Dívida Ativa de Tributos Estaduais);
 - c) Certidão ou Certidões de Regularidade de todos os Tributos Municipais, expedida pela Prefeitura Municipal (Tributos Mobiliários e Imobiliários).
- III. Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, expedida pela CEF, conforme Decreto nº 2.291, de 21 de novembro de 1986;
- IV. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) expedido pelo TRT (Tribunal Regional do Trabalho).

Parágrafo Único: Todas as certificações e documentos devem estar dentro do prazo de validade.

Art. 12 - A documentação relativa à **qualificação econômico-financeira** consistirá em Certidão Negativa de Falência ou Concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física.

Art. 13 - A documentação relativa à **qualificação técnica** consistirá em:

- I. Registro ou inscrição do Estabelecimento de Saúde no respectivo Conselho Regional do Exercício Profissional válido, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
- II. Identificação do responsável técnico, com o registro no respectivo Conselho Regional do Exercício Profissional válido, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
- III. Alvará de Localização em vigência, expedido exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o ramo de atividade conforme estabelecido no Art. 2º nos **Critérios Mínimos para Apresentação de Propostas**, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
- IV. Licença Sanitária vigente, expedida exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o ramo de atividade conforme estabelecido no Art. 2º nos **Critérios**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Mínimos para Apresentação de Propostas**, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
- V. Certificado de regularidade do estabelecimento emitida pelo Conselho Regional do Exercício Profissional, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
 - VI. Comprovante de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
 - VII. Registo ou inscrição na entidade profissional competente, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
 - VIII. Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do serviço, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional do Exercício Profissional, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
 - IX. Registro ou inscrição do profissional responsável técnico na entidade profissional competente, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
 - X. Certificado de especialidade do responsável técnico pelo serviço a ser contratado devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento, e o RG e CPF;
 - XI. Certificado de especialidade dos profissionais devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento;
 - XII. **O ANEXO IV** deste Edital, devidamente preenchido, para cada Lote de interesse para o Credenciamento;
 - XIII. Declaração da inexistência de superveniência de fato impeditivo de habilitação, nos termos do Art. 32, parágrafo 2º da Lei 8.666/93 que não foi declarado inidôneo e nem está suspenso em nenhum órgão público: federal, estadual e municipal assinada por seu representante legal conforme modelo descrito no **ANEXO II** deste Edital;
 - XIV. Declaração informando que não possui em seu quadro funcional menores de dezoito anos executando trabalho no período noturno, perigoso ou insalubre e nem menores de 16 anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos (Art. 27 inciso V da Lei Federal nº 8.666/93), conforme modelo descrito no **ANEXO III** deste Edital.

Art. 14 - O Estabelecimento de Saúde participante deverá apresentar um índice dos documentos, conforme disposição descrita no Edital, para cada Lote de interesse indicando a página onde estão localizados os mesmos, devendo toda a documentação estar numerada.

DAS DILIGÊNCIAS E VISTORIAS

Art. 15 - A Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público, se necessário, promoverá diligência destinada a esclarecer ou a complementar as informações apresentadas, nos termos do art. 43 §3º da Lei nº 8.666/93, bem como designará equipe técnica específica para proceder vistorias junto aos estabelecimentos de saúde aprovados na fase documental de habilitação.

Parágrafo Único – A comissão poderá consultar, na página eletrônica do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, o cadastro de fornecedores impedido de licitar e contratar com a Administração Pública, de que trata a Instrução Normativa TCE/PR nº 37 de 19 de dezembro de 2009, ou outros cadastros similares, promovendo a desclassificação do licitante incluso em tais cadastros.

DO PROCEDIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Art. 16 - É do interesse dessa administração que o maior número de serviços se interesse pelo chamamento público, sem óbices quanto ao credenciamento de vários interessados. As condições instituídas permitirão que mais de um estabelecimento possa firmar o credenciamento com a Secretaria Municipal da Saúde por serem serviços de natureza contínua, não podendo haver interrupção da oferta deste tipo de serviço ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 17 – Após a data da reunião para abertura dos envelopes referente aos documentos de habilitação solicitados no presente Edital, a Comissão de Acompanhamento do processo de



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Chamamento Público analisará os documentos no prazo máximo de até 2 (dois) meses, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da Comissão.

Art. 18 - Os documentos de habilitação apresentados pelos estabelecimentos participantes no certame serão avaliados pela Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público, sendo que somente os considerados aprovados nessa fase serão submetidos à vistoria técnica.

Art. 19 - Na hipótese de verificação de alguma divergência com as condições exigidas no edital, durante a vigência do prazo para análise dos documentos, a Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público concederá o prazo de até **10 (dez) dias úteis**, para apresentação ou complementação de documentos em desconformidade.

Parágrafo Único - O prazo contará a partir da solicitação formal da Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público, **através de Ofício ou E-mail**.

Art. 20 - Após a análise dos documentos a Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público publicará a relação dos estabelecimentos declarados aptos no Diário Oficial do Município e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Parágrafo Único – Os estabelecimentos que não forem considerados aptos poderão apresentar recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de publicação do resultado, nos termos do artigo 109 da Lei nº 8.666/93, o qual deverá ser protocolado na Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 21 - A Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público designará equipe técnica específica para realizar as vistorias nos estabelecimentos aprovados na fase de habilitação documental, devendo esta vistoria realizar-se atendendo aos quesitos constantes no **ANEXO IV** do presente edital, que será validado conforme **ANEXO V** deste Edital. O **ANEXO V** deste Edital embasará a Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público na Fase da Vistoria Técnica, quanto aos estabelecimentos aptos e inaptos ao credenciamento, bem como para estabelecer a Programação Física e Orçamentária do Serviço Credenciado.

Art. 22 - Após as vistorias técnicas a Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público publicará a relação dos estabelecimentos declarados aptos no Diário Oficial do Município e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Parágrafo Único – Os estabelecimentos que não forem considerados aptos poderão apresentar recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de publicação do resultado, nos termos do artigo 109 da Lei nº 8.666/93, o qual deverá ser protocolado na Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 23 - Após a análise dos documentos e dos relatórios das vistorias técnicas, os estabelecimentos considerados aprovados nas duas etapas serão declarados aptos à assinatura dos contratos. A relação dos estabelecimentos declarados aptos será publicada no Diário Oficial do Município e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Parágrafo Primeiro – Os estabelecimentos que não forem considerados aprovados poderão apresentar recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de publicação do resultado, nos termos do artigo 109 da Lei nº 8.666/93, o qual deverá ser protocolado na Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo Segundo – Interposto o recurso, será comunicado aos demais participantes que poderão impugná-lo no prazo de cinco (5) dias úteis.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Parágrafo Terceiro - A Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público fará a avaliação do recurso, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, devendo promover a sua respectiva publicação no Diário Oficial Eletrônico – Atos do Município.

Art. 24 - A Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público emitirá ata circunstanciada com todas as informações inerentes à avaliação dos documentos apresentados pelo estabelecimento interessado, bem com da vistoria técnica no estabelecimento.

DA APROVAÇÃO

Art. 25 - Será considerado apto para o credenciamento o Estabelecimento de Saúde que:

- I. For aprovado na fase de habilitação documental, conforme os Artigos 10, 11, 12 e 13 do presente Edital.
- II. Obter relatório com parecer favorável pela equipe técnica e estar com a documentação técnica de conformidade com a vistoria técnica efetuada no estabelecimento.
- III. Obter, da Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público, parecer favorável ao credenciamento, face o cumprimento de todos os quesitos acima.

Parágrafo Único – Os estabelecimentos considerados aptos celebrarão contrato com a finalidade de SERVIÇO PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA, de acordo com o Lote de interesse para o Credenciamento, para realização de procedimentos referidos no Artigo 2º deste edital e de acordo o Documento Descritivo Anual 2019/2020. A programação será estabelecida após avaliação da capacidade instalada e dos requisitos preenchidos no **ANEXO IV** deste edital, com validação da vistoria técnica conforme **ANEXO V**, este último embasará a Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público quanto a distribuição da Programação Física e Orçamentária ao Serviço Credenciado, considerando a necessidade do Gestor Municipal.

Art. 26 – Os estabelecimentos habilitados deverão atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES em vigência, para formalização do contrato.

DA DISTRIBUIÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DE PROCEDIMENTOS:

Art. 27 – Para o rateio da programação dos serviços a direção municipal do SUS/Curitiba dará preferência às entidades beneficentes de assistência social (entidades filantrópicas) e às sem fins lucrativos até o limite de sua capacidade (artigos 24 e 25 da Lei 8080/90, artigo 7º da Lei 12.101/09 e art. 199, parágrafo 1º Constituição da República Federativa do Brasil/88).

Parágrafo Primeiro – Os procedimentos serão rateados entre os serviços que vierem a ser credenciados, após análise e parecer da vistoria técnica referente a avaliação da capacidade instalada com base na quantidade proposta e da disponibilidade da carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS, bem como dos requisitos estabelecidos no **ANEXO IV** deste edital e da necessidade do Gestor Municipal, atendendo aos critérios estabelecidos no **Art. 2º** conforme lote de interesse para o Credenciamento.

Parágrafo Segundo – Para a distribuição dos procedimentos será utilizado um percentual proporcional a ser definido pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba apreciado pela Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público, a fim de garantir a isonomia na prestação de serviço entre todos os credenciados empatados.

Parágrafo Terceiro: Conforme Artigo 16 é do interesse dessa administração que o maior número de serviços se interesse pelo chamamento público, sem óbices quanto ao credenciamento de vários interessados.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 28 – O montante mensal para a execução dos procedimentos de SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA é de até R\$ 1.640.539,10 (hum milhão seiscentos e quarenta mil quinhentos e trinta e nove reais e dez centavos) e para 12 (doze) meses o montante é de até R\$ 19.686.469,20 (dezenove milhões seiscentos e oitenta e seis mil quatrocentos e sessenta e nove reais e vinte centavos), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, correspondendo:

I - Lote 01: Diagnóstico por Anatomia Patológica

Programação orçamentária mensal de até R\$ 60.670,05 (sessenta mil seiscentos e setenta reais e cinco centavos) com valor anual de até R\$ 728.040,60 (setecentos e vinte e oito mil quarenta reais e sessenta centavos) para a programação física mensal de até 6.708 (seis mil setecentos e oito) procedimentos.

II - Lote 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia

Programação orçamentária mensal de até R\$ 209.946,00 (duzentos e nove mil novecentos e quarenta e seis reais) com valor anual de até R\$ 2.519.352,00 (dois milhões quinhentos e dezenove mil trezentos e cinquenta e dois reais) para a programação física mensal de até 7.230 (sete mil duzentos e trinta) procedimentos.

III- Lote 03: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo

Programação orçamentária mensal de até R\$ 142.041,07 (cento e quarenta e dois mil quarenta e um reais e sete centavos) com valor anual de até R\$ 1.704.492,84 (hum milhão setecentos e quatro mil quatrocentos e noventa e dois reais e oitenta e quatro centavos) para a programação física mensal de até 434 (quatrocentos e trinta e quatro) procedimentos.

IV - Lote 04: Serviço de Atenção Especializada Em Fonoaudiologia – Tratamento e Exames

Programação orçamentária mensal para TRATAMENTO de até R\$ 18.772,00 (dezoito mil setecentos e setenta e dois reais) com valor anual de até R\$ 225.264,00 (duzentos e vinte e cinco mil duzentos e sessenta e quatro reais) para a programação física mensal de até 1.840 (hum mil oitocentos e quarenta) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para EXAMES de até R\$ 7.175,65 (sete mil cento e setenta e cinco reais e sessenta e cinco centavos) com valor anual de até R\$ 86.107,80 (oitenta e seis mil cento e sete reais e oitenta centavos) para a programação física mensal de até 330 (trezentos e trinta) procedimentos.

V - Lote 05: Serviço De Atenção Especializada À Pessoa Com Deficiência Auditiva

Programação orçamentária mensal de até R\$ 230.875,96 (duzentos e trinta mil oitocentos e setenta e cinco reais e noventa e seis centavos) com valor anual de até R\$ 2.770.511,52 (dois milhões setecentos e setenta mil quinhentos e onze reais e cinquenta e dois centavos) para a programação física mensal de até 2.525 (dois mil quinhentos e vinte e cinco) procedimentos.

VI - Lote 06: Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade

Programação orçamentária mensal de até R\$ 9.499,39 (nove mil quatrocentos e noventa e nove reais e trinta e nove centavos) com valor anual de até R\$ 113.992,68 (cento e treze mil novecentos e noventa e dois reais e sessenta e oito centavos) para a programação física mensal de até 880 (oitocentos e oitenta) procedimentos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

VII - Lote 07: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos

Programação orçamentária mensal para Esofagogastroduodenoscopia - **Atenção Integral de até R\$ 48.144,00 (quarenta e oito mil cento e quarenta e quatro reais)** com valor anual **de até R\$ 577.728,00 (quinhentos e setenta e sete mil setecentos e vinte e oito reais)** para a programação física mensal de até 600 (seiscentos) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos **de até R\$ 32.946,30 (trinta e dois mil novecentos e quarenta e seis reais e trinta centavos)** com valor anual **de até R\$ 395.355,60 (trezentos e noventa e cinco mil trezentos e cinquenta e cinco reais e sessenta centavos)** para a programação física mensal de até 1.420 (hum mil quatrocentos e vinte) procedimentos.

VIII - Lote 08: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral – Colonoscopia - Demais Procedimentos

Programação orçamentária mensal para Colonoscopia - Atenção Integral **de até R\$ 14.411,00 (quatorze mil quatrocentos e onze reais)** com valor anual **de até R\$ 172.932,00 (cento e setenta e dois mil novecentos e trinta e dois reais)** para a programação física mensal de até 100 (cem) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Colonoscopia - Demais Procedimentos **de até R\$ 3.365,40 (três mil trezentos e sessenta e cinco reais e quarenta centavos)** com valor anual **de até R\$ 40.384,80 (quarenta mil trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta centavos)** para a programação física mensal de até 180 (cento e oitenta) procedimentos.

IX - Lote 09: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral - Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos

Programação orçamentária mensal para Retossigmoidoscopia - Atenção Integral **de até R\$ 5.458,00 (cinco mil quatrocentos e cinquenta e oito reais)** com valor anual **de até R\$ 65.496,00 (sessenta e cinco mil quatrocentos e noventa e seis reais)** para a programação física mensal de até 100 (cem) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos **de até R\$ 3.365,40 (três mil trezentos e sessenta e cinco reais e quarenta centavos)** com valor anual **de até R\$ 40.384,80 (quarenta mil trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta centavos)** para a programação física mensal de até 180 (cento e oitenta) procedimentos.

X - Lote 10: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Cardiologia

Programação orçamentária mensal **de até R\$ 15.572,00 (quinze mil quinhentos e setenta e dois reais)** com valor anual **de até R\$ 186.864,00 (cento e oitenta e seis mil oitocentos e sessenta e quatro reais)** para a programação física mensal de até 440 (quatrocentos e quarenta) procedimentos.

XI - Lote 11: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroencefalograma

Programação orçamentária mensal para 0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) **de até R\$ 6.007,50 (seis mil e sete reais e cinquenta centavos)** com valor anual **de até R\$ 72.090,00 (setenta e dois mil e noventa reais)** para a programação física mensal de até 200 (duzentos) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para 021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) **de até R\$ 7.522,50 (sete mil quinhentos e vinte e dois reais e cinquenta centavos)** com valor anual **de até R\$ 90.270,00 (noventa mil e duzentos e setenta reais)** para a programação física mensal de até 150 (cento e cinquenta) procedimentos.

XII - Lote 12: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Polissonografia

Programação orçamentária mensal **de até R\$ 1.413,00 (hum mil quatrocentos e treze reais)** com valor anual **de até R\$ 16.956,00 (dezesesseis mil novecentos e cinquenta e seis reais)** para a programação física mensal de até 10 (dez) procedimentos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

XIII - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Lote 13: Neurologia - Eletroneuromiograma (ENMG)

Programação orçamentária mensal de até R\$ 1.850,00 (hum mil oitocentos e cinquenta reais) com valor anual de até R\$ 22.200,00 (vinte e dois mil e duzentos reais) para a programação física mensal de até 50 (cinquenta) procedimentos.

XIV - Lote 14: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa

Programação orçamentária mensal de até R\$ 837,20 (oitocentos e trinta e sete reais e vinte centavos) com valor anual de até R\$ 10.046,40 (dez mil quarenta e seis reais e quarenta centavos) para a programação física mensal de até 35 (trinta e cinco) procedimentos.

XV - Lote 15: Saúde da Mulher

Programação orçamentária mensal de até R\$ 230.569,60 (duzentos e trinta mil quinhentos e sessenta e nove reais e sessenta centavos) com valor anual de até R\$ 2.766.835,20 (dois milhões setecentos e sessenta e seis mil oitocentos e trinta e cinco reais e vinte centavos) para a programação física mensal de até 5.558 (cinco mil quinhentos e cinquenta e oito) procedimentos.

XVI - Lote 16: Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar

Programação orçamentária mensal de até R\$ 13.695,83 (treze mil seiscentos e noventa e cinco reais e oitenta e três centavos) com valor anual de até R\$ 164.349,96 (cento e sessenta e quatro mil trezentos e quarenta e nove reais e noventa e seis centavos) para a programação física mensal de até 165 (cento e sessenta e cinco) procedimentos.

XVII - Lote 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

Programação orçamentária mensal de até R\$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil) com valor anual de até R\$ 660.000,00 (seiscentos e sessenta mil) para a programação física mensal de até 2.300 (dois mil e trezentos) procedimentos de Reabilitação Física e 88 (oitenta e oito) procedimentos de Órteses, Meios Auxiliares de Locomoção, bem como para a realização de adaptações e manutenções dos produtos.

XVIII - Lote 18: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce.

Programação orçamentária mensal para Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo de até R\$ 335.376,60 (trezentos e trinta e cinco mil trezentos e setenta e seis reais e sessenta centavos) com valor anual de até R\$ 4.024.519,20 (quatro milhões vinte e quatro mil quinhentos e dezenove reais e vinte centavos) para a programação física mensal de até 18.980 (dezoito mil novecentos e oitenta) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Estimulação Precoce de até R\$ 50.545,20 (cinquenta mil quinhentos e quarenta e cinco reais e vinte centavos) com valor anual de até R\$ 606.542,40 (seiscentos e seis mil quinhentos e quarenta e dois reais e quarenta centavos) para a programação física mensal de até 3.180 (três mil cento e oitenta) procedimentos.

XIX - Lote 19: Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar

Programação orçamentária mensal de até R\$ 72.000,00 (setenta e dois mil reais) com valor anual de até R\$ 864.000,00 (oitocentos e sessenta e quatro mil reais) para a disponibilização mensal de até 24 (vinte e quatro) leitos.

XX - Lote 20: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)

Programação orçamentária mensal de até R\$ 63.479,45 (sessenta e três mil quatrocentos e setenta e nove reais e quarenta e cinco centavos) com valor anual de até R\$ 761.753,40



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

(setecentos e sessenta e um mil setecentos e cinquenta e três reais e quarenta centavos) para a programação física mensal de até 45 (quarenta e cinco) procedimentos.

DO PAGAMENTO

Art. 29 - O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a) A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente no mês da realização do procedimento.
- b) Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura mensal dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI) e/ou Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC) e/ou Autorização de Internação Hospitalar – AIH, conforme lote de interesse. Somente poderá ser realizado o registro no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC) quando o procedimento não permitir o registro em BPAI ou APAC.
- c) É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos no mês da efetiva realização obedecendo às normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- d) A apresentação do quantitativo de procedimentos efetivamente realizados deverá obedecer até o valor total da programação orçamentária pactuada, bem como atentar para o quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS.
- e) A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e/ou Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- f) Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados, de acordo com o lote de interesse para o credenciamento.
- g) O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- h) Após o processamento da fatura poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- i) Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- j) Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

DA FORMALIZAÇÃO DO CONTRATO

Art. 30 - Nos contratos celebrados para a prestação de serviços de assistência à saúde com entidades privadas com ou sem fins lucrativos e filantrópicos, o Município de Curitiba estabelecerá as cláusulas necessárias para a formalização do ajuste, com referência a:

I - O objeto e seus elementos característicos, descrevendo a natureza e a quantidade dos serviços a serem executados, com observância do limite orçamentário financeiro;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

II - O regime de execução ou a forma de fornecimento do serviço, através da programação de procedimentos, bem como a programação físico e financeira a ser distribuída pelo Gestor Municipal, observando os critérios de necessidade do Gestor, disponibilidade físico-financeira, capacidade operacional do serviço contratado e Legislação do SUS

III - O preço e as condições de pagamento, observando-se:

- a. Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração de serviços, o gestor Municipal do SUS obedecerá às diretrizes do Ministério da Saúde quanto à descrição dos itens e valores de remuneração, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS em vigência;
- b. Os estabelecimentos de Saúde receberão, mensalmente, através da Secretaria Municipal de Saúde, uma importância referente à execução dos procedimentos contratados e programados, efetivamente prestados, conforme valores unitários dos procedimentos tendo como referencia o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP;
- c. Os serviços avançados serão submetidos às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS/Ministério da Saúde.
- d. Os serviços devem obedecer aos requisitos da Resolução RDC/ANVISA nº 50, de 20/03/2002, ou outra que venha substituí-la, quanto às normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária em vigor, com vistas a garantir as condições físicas adequadas ao atendimento da clientela.
- e. Os serviços a serem contratados deverão:
 - Atender a Resolução RDC/ANVISA nº 63 de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle dos riscos aos usuários do SUS e o meio ambiente;
 - Atender a Resolução RDC/ANVISA nº 36 de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
- f. A efetivação do pagamento dos valores devidos aos prestadores de serviço se dará na forma prevista na legislação específica, sendo que o pagamento já citado ocorrerá em conformidade com os recursos repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde ao Município de Curitiba através do Fundo Municipal da Saúde.

IV - O prazo, fixando:

- a. A data de início da prestação dos serviços, depois de cumpridas as exigências para a contratação e posterior assinatura dos instrumentos.
- b. O prazo de vigência dos ajustes firmados para a prestação dos serviços será de 12 meses, a partir da data da sua assinatura, podendo prorrogar-se, sucessivamente, por igual período até um máximo de 60 meses, mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes, para cada período de prorrogação, desde que não haja comunicação formal em contrário por quaisquer das partes. Para a prorrogação do contrato a Secretaria Municipal da Saúde tomará como base o monitoramento e a avaliação de desempenho anual do serviço contratado.

V - Os direitos e responsabilidades das partes.

VI - As penalidades em caso de descumprimento do contrato.

Art. 31 - A minuta de contrato é parte integrante do presente Edital, **ANEXO VII** deste Edital.

Art. 32 - Aos proprietários, administradores e dirigentes da entidade ou serviço contratado é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com o art. 26 §4º da Lei Federal 8080/90.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Art. 33 - Não poderão participar da presente licitação empresa que tenha dirigente, sócio, responsável técnico ou legal que seja servidor público, funcionário, empregado ou ocupante de cargo comissionado na Administração Pública Direta ou Indireta de qualquer esfera.

a) Conforme a Lei Orgânica do Município de Curitiba:

“Art. 98. Nenhum servidor ou seu cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, poderá ser diretor, proprietário, controlador ou integrar conselho de empresa fornecedora ou que realize qualquer modalidade de contrato com o Município, sob pena de demissão. (NR) (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 15, de 20 de dezembro de 2011);”

Parágrafo único. A vedação a que se refere o caput, aplica-se desde o período em que se inicia a fase interna do processo licitatório. (NR) (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 15, de 20 de dezembro de 2011);”

b) Para melhor entendimento (companheiro ou parente em linha reta,) verificar **TABELA DE GRAUS DE PARENTESCO** no quadro abaixo:

| LINHA COLATERAL FEMININA | | | LINHA RETA | LINHA COLATERAL MASCULINA | | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | Trisavô(ó) 4º grau | | | |
| | | | Bisavô(ó) 3º grau | | | |
| Tia-avó 4º grau | | | Avô(ó) 2º grau | | | Tio-avó 4º grau |
| Filha da Tia-avó 5º grau | Tia 3º grau | | Pai-mãe Sogro(a) 1º grau | | Tio 3º grau | Filho do Tio-avó 5º grau |
| Neto da Tia-avó 6º grau | Prima 4º grau | Irmã Cunhado 2º grau | EU (candidato) cônjuge | Irmão Cunhada 2º grau | Primo 4º grau | Neto do Tio-avó 6º grau |
| Bisneto da Tia-avó 7º grau | Filho da Prima 5º grau | Sobrinha 3º grau | Filho(a) 1º grau | Sobrinho 3º grau | Filho do Primo 5º grau | Bisneto do Tio-avó 7º grau |
| Trineto da Tia-avó 8º grau | Neto da Prima 6º grau | Neto da Irmã 4º grau | Neto(a) 2º grau | Neto do Irmão 4º grau | Neto do Primo 6º grau | Trineto do Tio-avó 8º grau |
| | Bisneto da Prima 7º grau | Bisneto da Irmã 5º grau | Bisneto(a) 3º grau | Bisneto do Irmão 5º grau | Bisneto do Primo 7º grau | |
| | Trineto da Prima 8º grau | Trineto da Irmã 6º grau | Trineto(a) 4º grau | Trineto do Irmão 6º grau | Trineto do Primo 8º grau | |

FONTE: <http://www.tre-sp.gov.br>

Art. 34 - Na identificação da Pessoa Jurídica contratada deverá ser incluída, obrigatoriamente, a indicação do endereço do estabelecimento de saúde onde serão prestados os procedimentos contratados mediante apresentação de alvará de localização e licença sanitária, bem como se exigirá a remessa em 30 dias, pela entidade contratada, de eventuais alterações de sua razão social, controle acionário, composição nominal da diretoria e dos órgãos de deliberação superior e intermediária, contrato social ou ato constitutivo, e mudança de endereço.

DAS PENALIDADES

Art. 35 - A inobservância pelo contratado de cláusula ou obrigação constante deste instrumento, ou de dever originado de norma legal, ou regulamentada pertinente, autorizará o contratante, garantida a prévia defesa a aplicar em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e na Lei Municipal n.º 8962/96, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 1150/97 alterado pelo Decreto Municipal nº 245/04 e Decreto Municipal nº 1251/2018, assim discriminadas:

- I. Advertência;
- II. Multa;
- III. Suspensão temporária da realização dos serviços;
- IV. Descredenciamento, implicando na rescisão do presente, após o devido processo legal;
- V. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Município;
- VI. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Parágrafo Primeiro - As sanções previstas nos incisos I, V e VI desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com o inciso II.

Parágrafo Segundo - Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para interpor recurso dirigido à Secretária Municipal da Saúde de Curitiba.

Parágrafo Terceiro - A imposição das sanções previstas nas Leis acima mencionadas dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ocorreu e dela será notificado a **CONTRATADA**, de acordo com as disposições da legislação do Sistema Municipal de Auditoria do SUS.

DO PROCESSO DE CHAMAMENTO PÚBLICO E CREDENCIAMENTO

Art. 36 - O procedimento para o chamamento público e posterior credenciamento das entidades interessadas em celebrar o contrato com o SUS-Curitiba será iniciado com a abertura de processo administrativo, devidamente autuado, protocolado e numerado, contendo a autorização respectiva, a indicação do seu objeto, do recurso para sua despesa, e, ainda:

- I. Ato de designação da Comissão de Credenciamento;
- II. Regulamento e respectivos anexos;
- III. Comprovante da publicação do aviso de convocação pública;
- IV. Pareceres técnicos ou jurídicos emitidos acerca do processo de licitação;
- V. Original ou cópia autenticada da documentação apresentada pelas entidades interessadas em firmar o contrato;
- VI. Atas, relatórios e deliberações da Comissão de Credenciamento;
- VII. Recursos eventualmente apresentados pelos interessados e respectivas manifestações e decisões;
- VIII. Atos de adjudicação e homologação dos interessados credenciados;
- IX. Termo de contrato;
- X. Despacho de anulação ou de revogação do processo de chamamento público, quando for o caso, fundamentado circunstancialmente.

Parágrafo Único – Farão ainda parte integrante do processo:

- a. Autorização para a licitação, expedida pela Secretária Municipal da Saúde;
- b. Indicação da fonte do recurso para sua despesa.

Art. 37 - Os recursos que venham a ser apresentados objetivando a aprovação do credenciamento do estabelecimento recorrente deverão ser dirigidos à Comissão de Credenciamento.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 - Conforme art. 49 da Lei 8666/93 - A autoridade competente para a aprovação do procedimento somente poderá revogar a licitação por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

Parágrafo Único - A anulação do procedimento licitatório por motivo de ilegalidade não gera obrigação de indenizar, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 59 desta Lei.

Art. 39 - Qualquer cidadão é parte legítima para denunciar qualquer irregularidade na prestação de serviços ou no faturamento.

Parágrafo Único – O credenciado que não mantiver as condições exigidas pelo presente Edital será descredenciado, observadas as demais regras estabelecidas.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Art. 40 – Os serviços credenciados deverão garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratados aos usuários do SUS.

Parágrafo Único – Fica proibido ao serviço credenciado ofertar qualquer procedimento contratado com o Sistema Único de Saúde – SUS ao usuário em caráter particular e de plano de saúde suplementar.

Art. 41 – Os serviços deverão garantir a acessibilidade ao tratamento de pacientes com limitação funcional temporária ou permanente, de acordo com a legislação vigente.

Art. 42 - O ato de descredenciamento far-se-á sem prejuízo das penalidades previstas, assegurando-se o contraditório e a ampla defesa.

Art. 43 - O presente edital de chamamento vigorará por 12 (doze) meses podendo ser prorrogado nos termos dos parágrafos 1º e 2º do artigo 126 do Decreto Municipal nº 1251/2018.

Parágrafo Primeiro - Na hipótese mencionada neste artigo, o edital deverá ser publicado na imprensa oficial e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba, no mínimo, a cada 12 meses.

Parágrafo Segundo - O edital poderá prever a possibilidade de sua prorrogação, que poderá ocorrer mediante justificativa da autoridade competente, se mantidas as razões da inexigibilidade de licitação e os demais requisitos para credenciamento previstos neste Decreto, observados os critérios de distribuição de serviços estabelecidos no instrumento convocatório e os contratos já firmados.

Art. 44 - O presente contrato terá vigência por 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato, podendo ser prorrogado a critério das partes e nos termos do artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93 e demais alterações.

Curitiba, 28 de março de 2019.

Estely Cândida de Lara
Presidente da Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO I DO EDITAL

**PROGRAMAÇÃO FÍSICA E ORÇAMENTÁRIA PARA O CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE
CURITIBA**

| LOTE | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL DE ATÉ | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL DE ATÉ | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL DE ATÉ |
|---|---|---|--|
| Lote 01: Diagnóstico por Anatomia Patológica | 6708 | 60.670,05 | 728.040,60 |
| Lote 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia | 7230 | 209.946,00 | 2.519.352,00 |
| Lote 03: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo | 434 | 142.041,07 | 1.704.492,84 |
| Lote 04: Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia - TRATAMENTO | 1840 | 18.772,00 | 225.264,00 |
| Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – EXAME | 330 | 7.175,65 | 86.107,80 |
| Lote 05: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva | 2525 | 230.875,96 | 2.770.511,52 |
| Lote 06: Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade | 960 | 9.499,39 | 113.992,68 |
| Lote 07: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, | 600 | 48.144,00 | 577.728,00 |
| Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos | 1420 | 32.946,30 | 395.355,60 |
| Lote 8: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral; | 100 | 14.411,00 | 172.932,00 |
| Colonoscopia - Demais Procedimentos | 180 | 3.365,40 | 40.384,80 |
| Lote 9: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral; | 100 | 5.458,00 | 65.496,00 |
| Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos | 180 | 3.365,40 | 40.384,80 |
| Lote 10: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – Diagnóstico em Cardiologia | 440 | 15.572,00 | 186.864,00 |
| Lote 11: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Eletroencefalograma | 200 | 6.007,50 | 72.090,00 |
| 0211050040 - Eletroencefalograma em vigília e sono espontâneo c/ ou s/ fotoestímulo (EEG) | | 7.522,50 | 90.270,00 |
| 021105003-2 - Eletroencefalograma em sono induzido c/ ou s/ medicamento (EEG) | 150 | | |
| Lote 12: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Polissografia | 10 | 1.413,00 | 16.956,00 |
| Lote 13: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroencefalograma (ENMG) | 50 | 1.850,00 | 22.200,00 |
| Lote 14: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa | 35 | 837,20 | 10.046,40 |
| Lote 15: Saúde da Mulher | 5558 | 230.569,60 | 2.766.835,20 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | | |
|--|------------------|---------------------|----------------------|
| Lote 16: Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar | 165 | 13.695,83 | 164.349,96 |
| Lote 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física | 2388 | 55.000,00 | 660.000,00 |
| Lote 18: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce. | 18.980 | 335.376,60 | 4.024.519,20 |
| | 3180 | 50.545,20 | 606.542,40 |
| Lote 19: Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar | 24 LEITOS | 72.000,00 | 864.000,00 |
| Lote 20: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) | 45 | 63.479,45 | 761.753,40 |
| TOTAL | | 1.640.539,10 | 19.686.469,20 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO II DO EDITAL

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: _____

C.N.P.J. _____

ENDEREÇO: _____

À COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CHAMAMENTO PÚBLICO
Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA no Lote nº XX - XXX declaramos, para todos os fins de direito, a inexistência de superveniência de fato impeditivo da habilitação, nos termos do artigo 32, parágrafo 2º da Lei n.º 8.666/93 e de que não foi declarada inidônea e nem está suspensa em nenhum Órgão Público Federal, Estadual ou Municipal.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba _____ de _____ de 2019.

Assinatura devidamente identificada do representante legal da empresa proponente (apontado no contrato social ou procuração com poderes específicos).



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO III DO EDITAL

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: _____

C.N.P.J. _____

ENDEREÇO _____

À COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE CHAMAMENTO PÚBLICO
Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para a participação no CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA no Lote nº XX - XXX declaramos, para todos os fins de direito, que não possuímos em nosso quadro funcional menores de dezoito anos, executando trabalho no período noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de dezesseis anos em qualquer trabalho salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (artigo 27, inciso V da Lei Federal n.º 8.666/93).

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba _____ de _____ de 2019.

Assinatura devidamente identificada do representante legal da empresa proponente (apontado no contrato social ou procuração com poderes específicos).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

Lote 01 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTO | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|------------------------------|
| 0203010019 - EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA | |
| 0203010035 - EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL) | |
| 0203010043 - EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA | |
| 0203010086 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO | |
| 0203020022 - EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA | |
| 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO | |
| 0203020049 - IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | |
| 0203020081 - EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|------------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de arquivo para fichas de requisição do exame citopatológico do colo do útero (solicitação do exame), resultados dos exames originais manuscritos, laudos e lâminas (positivas e negativas) | |
| Espaço suficiente para o preparo e a armazenagem das amostras | |
| Área para processamento da amostra devidamente ventilada | |
| | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|--------------------------------|--------------|
| Microscópio ótico de luz clara | |
| Coradora automática de lâminas | |
| | |
| | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM/NÃO |
|-----------------------------|---------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Químicos | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO IV DO EDITAL

Lote 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTO | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|-------------------------------------|
| 0205020046 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | |
| 0205020054 - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO | |
| 0205020070 - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL | |
| 0205020100 - ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL | |
| 0205020143 - ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA | |
| 0205020160 - ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) | |
| 0205020186 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | |
| 0205020062 - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO | |
| 0205020127 - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE | |
| 0205010040 - ULTRASSONOGRAFIA DOPLER COLORIDO DE VASOS | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade Médica | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|------------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de atendimento individualizado com Sanitário adaptado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |

| Área Externa | SIM/NÃO |
|--|---------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos de Diagnósticos por Imagem | Quantitativo |
|---|--------------|
| Ultrassom Doppler Colorido | |
| Ultrassom Convencional | |
| Ultrassom Ecografo | |
| | |
| | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM/NÃO |
|-----------------------------|---------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 03: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTO | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|-------------------------------------|
| 0208010017 CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67 | |
| 0208010025 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) | |
| 0208010033 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES) | |
| 0208010041 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (3 PROJEÇÕES) | |
| 0208010050 CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES | |
| 0208010068 CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | |
|--|--|
| 0208010076 CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO | |
| 0208010084 CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) | |
| 0208010092 DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL | |
| 0208020012 CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MÍNIMO 5 IMAGENS) | |
| 0208020020 CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES | |
| 0208020039 CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO | |
| 0208020055 CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO) | |
| 0208020063 CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (SEMISÓLIDO) | |
| 0208020071 CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GÁSTRICO | |
| 0208020080 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL | |
| 0208020098 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA | |
| 0208020101 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA | |
| 0208020110 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO | |
| 0208020128 IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL) | |
| 0208030018 CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES | |
| 0208030026 CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO | |
| 0208030034 CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO / ESTÍMULO | |
| 0208030042 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO | |
| 0208030050 TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISÓTOPO | |
| 0208040021 CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67 | |
| 0208040030 CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL | |
| 0208040056 CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) | |
| 0208040064 CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | |
| 0208040072 CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | |
| 0208040080 DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR | |
| 0208040099 DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL | |
| 0208040102 ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO | |
| 0208050019 CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO | |
| 0208050035 CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO) | |
| 0208050043 CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GALIO 67 | |
| 0208060014 CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO) | |
| 0208060022 CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRANSITO LÍQUORICO) | |
| 0208060030 ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL | |
| 0208070010 CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GALIO 67 | |
| 0208070028 CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO | |
| 0208070036 CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJECÇÕES) | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|--|--|
| 0208070044 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOS) | |
| 0208080015 CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA) | |
| 0208080023 DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO(C/ RADIOISOTOPOS) | |
| 0208080031 DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS) | |
| 0208080040 LINFOCINTILOGRAFIA | |
| 0208090010 CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS | |
| 0208090029 CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) | |
| 0208090037 CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) | |
| 0303120053 TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE) | |
| 0303120061 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI) | |
| 0303120070 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES | |
| TOTAL | |

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade Médica | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|------------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Sala de Repouso/Observação – Indiferenciado | |
| Sala de Enfermagem (Serviços) | |
| Clinicas Indiferenciado | |
| Clinicas Especializadas | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| Área Externa | SIM/NÃO |
|--|---------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos de Diagnósticos por Imagem | Quantitativo |
|---|--------------|
| Gama Câmara | |
| Esteira Ergométrica | |
| Eletrocardiografo | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|--|------------|
| Bomba de Infusão | |
| Oxímetro | |
| Monitor de Pressão Não-Invasivo | |
| Monitor de ECG | |
| Desfibrilador | |
| Aspirador | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |
| Respirador / Ventilador | |
| Contrato com serviço de Urgência e Emergência | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM/NÃO |
|-----------------------------|---------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Químicos | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Radioativos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

Lote 04 - SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA

TRATAMENTO E EXAMES

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Recursos Humanos:

PROPOSTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

PROPOSTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PARA EXAMES:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. Quantitativo de EXAMES propostos para o credenciamento:

| PROCEDIMENTO | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|------------------------------|
| 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) + 0211070203 – IMITANCIOMETRIA (será considerada a mesma proporção) | |
| 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) | |
| 0211070211 - LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF) | |
| 0211070050 - AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL | |
| 0211070033 - AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE | |

5. Infraestrutura Operacional:

TRATAMENTO:

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|------------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Sala para atendimento em grupo | |
| | |
| | |

EXAMES:

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | SIM/NÃO |
|--|---------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|------------------------|--|
| Sala de arquivo / SAME | |
| | |
| | |

| Área Externa | Quantidade |
|--|-------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos TRATAMENTO | Quantitativo |
|---|---------------------|
| Recursos lúdicos | |
| Material de escritórios (folhas de papel, lápis preto e colorido, borracha, apontador, tesoura, entre outros) | |
| Canudos, Língua de sogra, bexiga, espátulas | |
| Bolinha de isopor, bolinha de ping pong | |
| Livros de história | |
| Demais materiais específicos para abordagem fonoaudiológica de acordo com o quadro apresentado (especificar) | |
| | |
| | |

| Equipamentos EXAMES | Quantitativo |
|---------------------------------|---------------------|
| IMITANCIOMETRO | |
| CABINE ACUSTICA | |
| AUDIOMETRO DE UM CANAL | |
| AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS | |
| IMITANCIOMETRO MULTIFREQUENCIAL | |
| SISTEMA DE CAMPO LIVRE | |
| | |
| | |

6- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM/NÃO |
|------------------------------------|----------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

Lote 05 - Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTO | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO PARA PACIENTES NOVOS |
|---|---|
| 0211070092 AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA (para usuários de 4 a 130 anos) | |
| 0211070106 AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA (exclusivo para serviços com Habilitação 2205 - Centro de Reabilitação Auditiva em Alta Complexidade, sendo o atendimento de usuários de 0 a 3 anos <i>ou paciente acima desta faixa etária com afecções associadas</i>) | |

4. Recursos Humanos:

Carga Horária dos profissionais destinada a avaliação de pacientes novos mensal (procedimentos 0211070092 e 0211070106):



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

Carga Horária dos demais profissionais que compõe equipe multiprofissional:

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

5. Infraestrutura Operacional:

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|------------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Sala de atendimento em grupo | |
| | |
| | |

| Área Externa | SIM/NÃO |
|--|---------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

6. Equipamentos

| Equipamentos de Audiologia | Quantitativo |
|---|---------------------|
| IMITANCIOMETRO | |
| CABINE ACUSTICA | |
| AUDIOMETRO DE UM CANAL | |
| AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS | |
| IMITANCIOMETRO MULTIFREQUENCIAL | |
| AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE (instrumentos básicos: guizo – 50 dB, guizo 5 – 75 dB, sino – 82 dB, black-black – 92 dB, agogô grande – 100 dB e tambor – 110dB) | |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO | |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO TRONCO ENCEFALICO DE CURTA, MEDIA E LONGA LATÊNCIA | |
| GANHO DE INSERCAO | |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES | |
| HI-PRO | |
| SISTEMA COMPLETO DE REFORÇO VISUAL (VRA) | |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORCAO | |
| EQUIPAMENTOS PARA TESTES PERCEPTUAIS | |
| CONJUNTOS PARA TESTE DE DIFERENTES MODELOS DE AASI, HARDWARE, SOFTWARE E PERIFÉRICOS PARA ATIVAÇÃO, MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DE ELETRODOS | |
| | |
| | |
| | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM/NÃO |
|------------------------------------|----------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

4- Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|------------|
| Sala de Pequena Cirurgia | |
| Sala de Enfermagem (Serviços) | |
| Sala de Curativo | |
| Sala de Cirurgia Ambulatorial | |
| Clinicas Especializadas | |
| S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuário de Paciente) | |
| Central de Esterilização de Materiais | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sanitário Adaptado | |
| | |
| | |

| Área Externa | SIM/NÃO |
|--|---------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

5- Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|-----------------------|--------------|
| Microscópio Cirúrgico | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|--|------------|
| Bomba de Infusão | |
| Oxímetro | |
| Monitor de Pressão Não-Invasivo | |
| Monitor de ECG | |
| Desfibrilador | |
| Aspirador | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |
| Respirador / Ventilador | |
| Contrato com serviço de Urgência e Emergência | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|----------------------------|--|
| Equipamento de Fototerapia | |
| | |
| | |
| | |

6- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM/NÃO |
|------------------------------------|----------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Químicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 07: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL,
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - DEMAIS PROCEDIMENTOS

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|--|------------------------------|
| 0209010037 –ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|------------|
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Central de Esterilização de Materiais | |
| Sala de Recuperação (em condições de acomodação com segurança e conforto durante o reestabelecimento do paciente) | |

| Recursos Materiais (conforme RDC 06 de 10 de março de 2013) | Quantidade |
|--|------------|
| Termômetro | |
| Esfigmomanômetro | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso com alarme | |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) | |
| Aspirador | |
| Suporte para fluido endovenoso | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| Conforme RDC 06 de 10 de março de 2013: | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Possui equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésia/sedação com segurança? | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|----------------------|---------------------|
| Endoscópio Digestivo | |
| | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|---|-------------------|
| Respirador / Ventilador | |
| Monitor de ECG | |
| Contrato com Serviço de Urgência e Emergência | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Químicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 08: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA
COLONOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL – COLONOSCOPIA DE MAIS PROCEDIMENTOS

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL ROPOSTO |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|------------|
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Central de Esterilização de Materiais | |
| Sala de Recuperação (em condições de acomodação com segurança e conforto durante o reestabelecimento do paciente) | |

| Recursos Materiais (conforme RDC 06 de 10 de março de 2013) | Quantidade |
|--|------------|
| Termômetro | |
| Esfigmomanômetro | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso com alarme | |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) | |
| Aspirador | |
| Suporte para fluido endovenoso | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |

| Conforme RDC 06 de 10 de março de 2013 | SIM / NÃO |
|--|-----------|
| Possui equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésia/sedação com segurança? | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|---------------------|---------------------|
| Endoscópio | |
| | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|---|-------------------|
| Respirador / Ventilador | |
| Monitor de ECG | |
| Contrato com Serviço de Urgência e Emergência | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Químicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 09: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

**DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA
RETOSSIGMOIDOSCOPIA - ATENÇÃO INTEGRAL
RETOSSIGMOIDOSCOPIA – DEMAIS PROCEDIMENTOS**

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 0209010053 – RETOSSIGMOIDOSCOPIA | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|------------|
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Central de Esterilização de Materiais | |
| Sala de Recuperação (em condições de acomodação com segurança e conforto durante o reestabelecimento do paciente) | |

| Recursos Materiais (conforme RDC 06 de 10 de março de 2013) | Quantidade |
|--|------------|
| Termômetro | |
| Esfigmomanômetro | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso com alarme | |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) | |
| Aspirador | |
| Suporte para fluido endovenoso | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |

| Conforme RDC 06 de 10 de março de 2013 | SIM / NÃO |
|--|-----------|
| Possui equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésia/sedação com segurança? | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| *Equipamentos | Quantitativo |
|----------------------|---------------------|
| Endoscópio | |
| | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|---|-------------------|
| Respirador / Ventilador | |
| Monitor de ECG | |
| Contrato com Serviço de Urgência e Emergência | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Químicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 10: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|-------------------------------------|
| 0211020060 TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO | |
| 0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA | |
| 0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|------------|
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de observação | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|-----------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|--|--------------|
| Ultrassom Doppler Colorido | |
| Ultrassom Convencional | |
| Ultrassom Ecografo | |
| Esteira Ergométrica | |
| Bicicleta Ergométrica | |
| Eletrocardiógrafo | |
| Oxímetro | |
| Monitor de pressão | |
| Computador Central (que deverá controlar o funcionamento do ergômetro e demais equipamentos periféricos (oxímetro, monitor de pressão). | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|--|-------------------|
| Termômetro | |
| Esfigmomanômetro | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso com alarme | |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) | |
| Aspirador | |
| Suporte para fluido endovenoso | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |
| Respirador / Ventilador | |
| Monitor de ECG | |
| Contrato com Serviço de Urgência e Emergência | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Químicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO IV DO EDITAL

**LOTE 11: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
NEUROLOGIA - ELETROENCEFALOGAMA**

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|--|-------------------------------------|
| 0211050040 - ELETROENCEFALOGAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) | |
| 021105003-2 - ELETROENCEFALOGAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|------------|
| Sala de atendimento individualizado com Sanitário | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|-----------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|---------------------|--------------|
| Eletroencefalógrafo | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|---|------------|
| Termômetro | |
| Esfigmomanômetro | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso com alarme | |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) | |
| Aspirador | |
| Suporte para fluido endovenoso | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|---|--|
| a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |
| Respirador / Ventilador | |
| Monitor de ECG | |
| Contrato com Serviço de Urgência e Emergência | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 12: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

NEUROLOGIA - POLISSONOGRAFIA

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|------------------------------|------------------------------|
| 0211050105 – POLISSONOGRAFIA | |

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|-------------------|
| Sala de atendimento individualizado | |
| Quarto adaptado sem ruídos | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|---------------------|---------------------|
| Polissonógrafo | |
| | |
| | |
| | |
| | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 13: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

NEUROLOGIA - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

Nome Fantasia: _____

Razão Social: _____

N.º C.N.P.J.: _____

Nº CNES: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Pessoa de referência para contato: _____

2. Responsável Técnico:

Nome: _____ CBO: _____

N.º do Registro no Conselho de Classe: _____

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|-------------------------------------|
| 0211050083 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|-------------------|
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|---------------------|---------------------|
| Eletromiógrafo | |
| | |
| | |
| | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 14: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
UROLOGIA - AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|------------------------------|
| 0211090018 - AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA | |

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|-------------------|
| Sala de atendimento individualizado com Sanitário | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|----------------------------|---------------------|
| Equipamento de Urodinâmica | |
| | |
| | |
| | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 15: SAÚDE DA MULHER

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|---|------------------------------|
| 0204030030 MAMOGRAFIA | |
| 0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO | |
| 0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | |

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|-------------------|
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|-------------------------------|---------------------|
| Ultrassom Doppler Colorido | |
| Ultrassom Convencional | |
| Mamógrafo Computadorizado | |
| Mamógrafo com Comando Simples | |
| Mamógrafo com Estereotaxia | |
| | |
| | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 16: SAÚDE DO HOMEM - VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTOS | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|-----------------------|------------------------------|
| 0409040240 VASECTOMIA | |

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. Infraestrutura Operacional:

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|-------------------|
| Sala de atendimento individualizado com Sanitário | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Sala de Repouso/Observação – Indiferenciado | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Leito Cirúrgico – Nefrologiaurologia | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|---------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|--|-------------------|
| Termômetro | |
| Esfigmomanômetro | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso com alarme | |
| Oxigênio a 100% (cem por cento) | |
| Aspirador | |
| Suporte para fluido endovenoso | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |
| Respirador / Ventilador | |
| Monitor de ECG | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Químicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|--|------------------------|
| | Médico Ortopedista ou Fisiatra ou Neurologista | |
| | Enfermeiro (opcional) | |
| | Fisioterapeuta | |
| | Fonoaudiólogo | |
| | Terapeuta Ocupacional | |
| | Psicólogo | |
| | Assistente Social | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

4. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|-------------------|
| Consultório Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia | |
| Ginásio | |
| Consultório de Enfermagem | |
| Box de eletroterapia | |
| Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico funcional | |
| Sala de Triagem | |
| Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil/ adulto | |
| Sala de atendimento individual | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

5. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|---|---------------------|
| Barras paralelas | |
| Rolo de posicionamento | |
| Andador adulto e infantil | |
| Escada linear para marcha | |
| Tábua proprioceptiva | |
| Estimulador tátil | |
| Tablado para fisioterapia | |
| Muletas canadenses regulável | |
| Muletas axilares em alumínio com regulagem de altura | |
| Bengalas | |
| Cadeiras de rodas | |
| Ultra som para fisioterapia frequência 1 e 3 MHz contínuo e pulsado | |
| Laser | |
| FES | |
| TENS estimulador transcutâneo | |
| Infravermelho com pedestal e rodízios | |
| Recursos lúdicos | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|---|--|
| Material de escritórios (folhas de papel, lápis preto e colorido, borracha, apontador, tesoura, entre outros) | |
| Canudos, Língua de sogra, bexiga, espátulas | |
| Bolinha de isopor, bolinha de ping pong | |
| Livros de história | |
| Demais materiais específicos para abordagem fonoaudiológica de acordo com o quadro apresentado (especificar) | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Garantia de cuidado para prevenção de ocorrência de agravos adicionais inerente às condições dos pacientes atendidos. Lei 13146 06/07/2015 Capítulo III Artigo 18 Parágrafo III. Equipamentos para Manutenção de Vida | Quantidade |
|---|------------|
| Ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso | |
| Aspirador portátil | |
| Esfigmomanômetro | |
| Termômetro | |
| Contrato com Serviço de Urgência e Emergência | |

6- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|-----------------------------|-----------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 18:

- SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO;
- SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE;
- SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE.

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Recursos Humanos:

PROPOSTA A:

SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

PROPOSTA B1:

SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE
(Para Avaliação e Tratamento Multiprofissional em Estimulação Precoce):

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

PROPOSTA B2:

SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE
(Para Atendimento de Pacientes em Alta do Atendimento Multiprofissional em Estimulação Precoce com Necessidade de Atenção em uma Terapia ou Acompanhamento Médico e para Pacientes que na Avaliação Inicial for Identificado a necessidade de Terapia Única ou para Atendimento e Orientações em Grupo):

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

Observação: o mesmo profissional pode ser relacionado na **Proposta A e Proposta B1 e B2**, no entanto deve ser apresentada a carga horária semanal disponível para cada proposta, para o devido cálculo da capacidade instalada e distribuição da programação.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Infraestrutura Operacional:

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|-------------------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de atendimento individualizado / Clinicas Especializadas | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Outros Consultórios não Médicos | |
| Sala de Nebulização | |
| Sala de Enfermagem (Serviços)/ Sala De Curativo | |
| Sala para atendimento em grupo | |
| | |
| | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

5. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|---|---------------------|
| Tatame Divã baixo tablado | |
| Espaldar Barra de Ling sem regulador | |
| Cama elástica trampolim | |
| Aparelho de som | |
| Aquecedor | |
| Rolo de posicionamento | |
| Andador adulto e infantil | |
| Escada linear para marcha | |
| Estimulador tátil | |
| Cadeiras de rodas | |
| Recursos lúdicos | |
| Material de escritórios (folhas de papel, lápis preto e colorido, borracha, apontador, tesoura, entre outros) | |
| Canudos, Língua de sogra, bexiga, espátulas | |
| Bolinha de isopor, bolinha de ping pong | |
| Livros de história | |
| Demais materiais específicos para abordagem de acordo com o quadro apresentado (especificar): | |
| | |
| | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| Garantia de cuidado para prevenção de ocorrência de agravos adicionais inerente às condições dos pacientes atendidos. Lei 13146 06/07/2015 Capítulo III Artigo 18 Parágrafo III. Equipamentos para Manutenção de Vida | Quantidade |
|--|-------------------|
| Ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara | |
| Estetoscópio | |
| Oxímetro de pulso | |
| Aspirador portátil | |
| Esfigmomanômetro | |
| Termômetro | |
| Contrato com Serviço de Urgência e Emergência | |

6- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 19: PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE - HOSPITALAR

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| | QUANTITATIVO DISPONIBILIZADO MENSAL |
|--------|-------------------------------------|
| LEITOS | |

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|---------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|--|-------------------|
| Sala de atendimento individualizado com Sanitário | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Sala Repouso/Observação – Pediátrica Ambulatorial | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Leito Pediatria Clínica | |
| Sala de Recuperação – Hospitalar | |
| Sala de Cirurgia – Hospitalar | |
| Clinicas Especializadas – Ambulatorial | |
| Sala de Atendimento Pediátrico – Urgência e Emergência | |

| Área Externa | SIM / NÃO |
|--|------------------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos | Quantitativo |
|------------------------|---------------------|
| Eletrocardiógrafo | |
| Raio X de 100 a 500 mA | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|---|-------------------|
| Bomba de Infusão | |
| Respirador/Ventilador | |
| Reanimador Pulmonar/AMBU | |
| Monitor de Pressão Não-Invasivo | |
| Monitor de Pressao Invasivo | |
| Monitor de ECG | |
| Equipamento de Fototerapia | |
| Incubadora | |
| Desfibrilador | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | SIM / NÃO |
|------------------------------------|------------------|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Químicos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV DO EDITAL

LOTE 20: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)

VISTORIA TÉCNICA

1. Identificação do Estabelecimento:

| |
|--|
| Nome Fantasia: _____ |
| Razão Social: _____ |
| N.º C.N.P.J.: _____ |
| Nº CNES: _____ |
| Endereço: _____ |
| CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ |
| Telefone: _____ e-mail: _____ |
| Pessoa de referência para contato: _____ |

2. Responsável Técnico:

| |
|--|
| Nome: _____ CBO: _____ |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: _____ |

3. Quantitativo proposto para o credenciamento:

| PROCEDIMENTO | QUANTITATIVO MENSAL PROPOSTO |
|--|------------------------------|
| 020601009-5 - TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

4. Recursos Humanos:

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

| Nome do Profissional | Especialidade Médica | *Carga Horária Semanal |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Infraestrutura Operacional

| Atendimento (Unidade/Ambiente) | Quantidade |
|---|------------|
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | |
| Sala de atendimento individualizado | |
| Sanitário adaptado | |
| Sala de espera/recepção | |
| Sala de arquivo / SAME | |
| Sala de Repouso/Observação – Indiferenciado | |
| Sala de Enfermagem (Serviços) | |

| Área Externa | SIM/NÃO |
|--|---------|
| Área externa com acessibilidade ao serviço | |

6. Equipamentos

| Equipamentos de Diagnósticos por Imagem | Quantitativo |
|---|--------------|
| PET/CT | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Equipamentos para manutenção da vida | Quantidade |
|--------------------------------------|------------|
| Bomba de Infusão | |
| Oxímetro | |
| Monitor de Pressão Não-Invasivo | |
| Monitor de ECG | |
| Desfibrilador | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|--|--|
| Aspirador | |
| Carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. | |
| Respirador / Ventilador | |
| Contrato com serviço de Urgência e Emergência | |

7- Rejeitos:

| Coleta Seletiva de Resíduos | |
|------------------------------------|--|
| Resíduos Comuns | |
| Resíduos Químicos | |
| Resíduos Biológicos | |
| Resíduos Radioativos | |

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

(Nome completo, Função/Cargo, Carimbo e Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO V DO EDITAL

VISTORIA TÉCNICA – 2019

O documento abaixo será preenchido no momento da vistoria por equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde – SMS para validação do documento Vistoria Técnica no serviço:

1. Identificação do Estabelecimento: _____
2. Lote nº _____
3. Data da vistoria: ____ / ____ / ____.
4. Dados da vistoria técnica no serviço:

Recursos Humanos:

Infraestrutura Operacional:

Equipamentos:

Rejeitos:

Encaminhamentos:

Profissional (ais) Responsável (eis) pela Vistoria:

(Nome completo, cargo, matrícula e assinatura)

Responsável do estabelecimento:

(Nome completo, cargo, matrícula e assinatura)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO VI DO EDITAL

Portaria MS/SAS nº 1.119 de 23 de julho de 2018

Torna obrigatória a inserção da informação de formalização de contrato entre os estabelecimentos de saúde e o gestor de saúde para prestação de serviços no âmbito do SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 13.650, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009; e altera as Leis nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.429, de 2 de junho de 1992;

Considerando o Título VI - Da Participação Complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o Capítulo IV - Do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Título VII - Dos Sistemas de Informação da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e

Considerando a necessidade de promover a racionalização do uso da informação de formalização contratual do estabelecimento junto à gestão local do SUS no CNES, resolve:

Art. 1º Fica obrigatória a inserção da informação de formalização de contrato entre os estabelecimentos de saúde e o gestor de saúde para prestação de serviços no âmbito do SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

§ 1º Inclui a informação de formalização de contrato, na seção módulo básico, caracterização do estabelecimento de saúde, do CNES.

§ 2º Os Estabelecimentos de Saúde, de Natureza Jurídica dos grupos 2 - Entidades Empresariais, 3 - Entidades sem Fins Lucrativos e 4 - Pessoas Físicas deverão informar obrigatoriamente, se há formalização de contrato junto ao gestor de saúde quando prestar serviços de saúde no âmbito do SUS.

§ 3º Exclui a seção Convênio/Contrato/TCEP do CNES.

Art. 2º Os gestores terão o prazo de 03 (três) competências, a partir da implementação das alterações definidas nesta portaria, para adequar as informações dos estabelecimentos no CNES, que passam a ser inconsistentes após o fim do prazo.

Art. 3º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS), formalizar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a operacionalização desta Portaria no CNES.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor a partir da disponibilização das versões dos sistemas que contemplem as modificações realizadas pelo DATASUS/SE, conforme cronograma disponível no site <http://cnes.saude.gov.br>.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO VII DO EDITAL

MINUTA DO CONTRATO REFERENTE AO LOTE 01 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA.

Contrato nº **XXX** que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE CURITIBA**, através da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e **XXX** para a execução de procedimentos em **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA** ao Sistema Único de Saúde – SUS de Curitiba.

Aos XXXX dias do mês de XXXX do ano de dois mil e dezenove, nesta Cidade de Curitiba, Capital do Estado do Paraná, no Palácio 29 de Março, presentes de um lado o Município de Curitiba, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pela Secretária Municipal da Saúde, **MÁRCIA CECÍLIA HUÇULAK**, CPF/MF nº 491.908.659-87 e de outro lado a XXXX, doravante denominado simplesmente de **CONTRATADO**, CNPJ/MF nº XXXX, representada neste ato pelo seu XXXX, CPF/MF nº XXXX, tendo em vista o contido no EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO XXX/2019-SMS, no Processo nº 01-115242/2018, no que dispõe a Constituição Federal em especial o artigo 196 da Seção II Da Saúde; na Lei n.º 8.080/90, na Lei Federal n.º 8.666/93, no Decreto Municipal nº. 1251/2018, nas Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01, 02, 03 e 05 de 28 de setembro de 2017, nas Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, Ministério da Saúde 2016, no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, Ministério da Saúde 2016, na Portaria nº 1.119 de 23 de julho de 2018 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie, resolvem celebrar o presente contrato de Prestação de Serviços de **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA**, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS - SIGTAP, mediante cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Tem o presente por objeto a contratação de Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos e legislação vigente, conforme o quantitativo pactuado no ANEXO I.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses e inicia-se a partir da data da assinatura do instrumento.

Parágrafo Primeiro

Ao fim do prazo acima mencionado o contrato poderá ser prorrogado, por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, até um máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada. Para a prorrogação do contrato a Secretaria



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Municipal da Saúde tomará como base o monitoramento e a avaliação de desempenho anual do serviço contratado.

Parágrafo Segundo

A prorrogação do contrato dar-se-á mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes e para cada período de prorrogação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos de Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS para realização de **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA** é de até R\$ XXXX (XXX) e para 12 (doze) meses o montante é de até R\$ XXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme segue::

XXXX procedimentos/mês – Código XXXXX

XXXX procedimentos/mês – Código XXXXX

Parágrafo Primeiro

O **ANEXO I** e **ANEXO II** que identificam os procedimentos e as condições de sua realização e que habilitaram o **CONTRATADO** à celebração do presente, são parte integrante e indissociável deste instrumento.

Parágrafo Segundo

De acordo com a capacidade operacional do **CONTRATADO** e as necessidades do **CONTRATANTE**, poderão ser realizados acréscimos ou supressão de até 25% (vinte e cinco por cento) dentro dos limites deste contrato, durante o período da sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo Terceiro

Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo, excetuadas as hipóteses previstas no art. 65, §8º, da Lei 8.666/93, especialmente os reajustes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS concedidos pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DO REAJUSTE DE PREÇO

Os valores de referência à prestação dos serviços contratados seguem os valores estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP e estes serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste contrato no valor global de até R\$ XXX (XXX) correrão pela seguinte dotação orçamentária:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CLÁUSULA SEXTA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços deste contrato serão executados pelo **CONTRATADO**, situado à , n.º , Bairro....., nesta Capital, sob a responsabilidade do Sr.(a) , registrado (a) no Conselho Regional de XXX sob n.º

Parágrafo Primeiro

A eventual mudança de endereço do estabelecimento do **CONTRATADO** deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE**, por escrito, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança, ficando a **CONTRATANTE** habilitada a rever as condições deste contrato, assim como denunciá-lo, caso as alterações sejam julgadas em desacordo com o interesse público.

Parágrafo Segundo

A mudança de Responsável Técnico deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE**, por escrito, no prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança.

Parágrafo Terceiro

Os serviços ora contratados serão prestados por profissionais do estabelecimento **CONTRATADO**. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento:

- I. Membro do corpo de **PROFISSIONAIS** do **CONTRATADO**;
- II. **PROFISSIONAL** que tenha vínculo de emprego com o **CONTRATADO**;
- III. **PROFISSIONAL** autônomo que presta serviços ao **CONTRATADO**.

Parágrafo Quarto

Fica vedada a cobrança ao paciente ou seu acompanhante, pelo **CONTRATADO**, de qualquer complementação dos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

Parágrafo Quinto

O **CONTRATADO** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao usuário do SUS, ou a seu representante ou ao próprio SUS, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

Parágrafo Sexto

Não poderá haver prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste contrato. O **CONTRATANTE** reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, como órgão gestor do SUS municipal, assim como das instâncias gestoras do SUS a nível estadual e federal, decorrente da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo específico ou de notificação dirigida ao **CONTRATADO**.

Parágrafo Sétimo

É de responsabilidade exclusiva e integral do **CONTRATADO** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE** ou para o Ministério da Saúde.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Parágrafo Oitavo

O **CONTRATADO** deverá manter sua equipe atualizada através de treinamentos e educação continuada.

Parágrafo Nono

O **CONTRATADO** deverá possuir rotinas escritas de funcionamento, que contemplem horário de funcionamento, direitos e deveres do paciente, atribuições de cada profissional, com suas responsabilidades. Estas rotinas deverão ter a ciência de todos os funcionários e ser amplamente divulgadas aos seus pacientes e responsáveis.

Parágrafo Décimo

O **CONTRATADO** deverá realizar os atendimentos seguindo rigorosamente os procedimentos e prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo Décimo Primeiro

O **CONTRATADO** deverá realizar atividades previstas nas Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01, 02, 03 e 05 de 28 de setembro de 2017, nas Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, Ministério da Saúde 2016, no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, INCA 2016, bem como deverá realizar os procedimentos conforme Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP.

Parágrafo Décimo Segundo

Será efetuado o monitoramento anual do serviço pelo Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

Parágrafo Décimo Terceiro

Os serviços credenciados deverão garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratados aos usuários do SUS.

Parágrafo Décimo Quarto

Fica proibido ao serviço credenciado ofertar qualquer procedimento contratado com o Sistema Único de Saúde – SUS ao usuário em caráter particular e de plano de saúde suplementar.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE DEVE:

- I. Acompanhar, fiscalizar, supervisionar e auditar as ações desenvolvidas pela CONTRATADA;
- II. Acompanhar o serviço contratado para avaliação quantitativa e qualitativa e na ocorrência de inconformidades deverá ser comunicado à CONTRATADA para medidas corretivas;
- III. Realizar o pagamento mensal conforme produção apresenta e aprovada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, de acordo com o estabelecido no Contrato, respeitando os valores unitários do Sistema de Gerenciamento da



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, conforme repasse do Fundo Nacional de Saúde;
- IV. Realizar o monitoramento anual da CONTRATADA para verificação de Recursos Humanos, equipamentos e da Infraestrutura Operacional, conforme Relatório de Vistoria Técnica e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, visto que o serviço credenciado deverá manter as mesmas condições que o habilitou, bem como para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo;
 - V. Realizar o monitoramento do Registro no Sistema de Informação de Câncer - SISCAN.
 - VI. Propiciar que a assistência ambulatorial ocorra através do encaminhamento pelo Laboratório Municipal de Curitiba do material coletado aos serviços credenciados.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

O CONTRATADO DEVE:

- I. Efetuar de forma regular a manutenção dos equipamentos e materiais necessários, mobiliário e espaço físico para execução dos procedimentos.
- II. Disponibilizar todos os recursos físicos e materiais, permanentes e de consumo, necessários à execução dos procedimentos.
- III. Fornecer todas as condições físicas, tais como água, luz, telefonia, limpeza para o adequado funcionamento do serviço.
- IV. Recolher rotineiramente no Laboratório Municipal de Curitiba as lâminas e o material a ser avaliado;
- V. Encaminhar mensalmente, através do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, o arquivo referente ao registro no Sistema de Informação de Câncer – SISCAN.
- VI. Registrar todos os dados dos pacientes e os respectivos resultados de exames no Sistema de Informação de Câncer – SISCAN, em até 15 dias, para os exames citopatológicos, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório, e, em até 40 dias, para os exames anatomopatológicos, a contar do recolhimento do material, com a finalidade de proporcionar o resultado o mais precoce possível.
- VII. Realizar e manter registro de todos os dados do Monitoramento Interno de Qualidade (MIQ) e apresentar seus resultados, sempre que solicitado para a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- VIII. Inserir no Sistema de Informação SISCAN (módulo prestador de serviço), os dados preenchidos nos formulários da requisição dos exames.
- IX. Ceder lâminas selecionadas para Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ), com o registro documental da saída destas.
- X. Enviar laudo para revisão dos casos inadequados ao Laboratório Municipal de Curitiba para informação à unidade de origem da usuária do SUS que solicitou o exame citopatológico, com orientação para realização de nova coleta e reenvio do material.
- XI. Arquivar os laudos e lâminas por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 anos nos casos de exames positivos.
- XII. Apresentar de imediato, materiais, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.
- XIII. Executar os procedimentos por profissionais especializados, responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos às pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- XIV. Oferecer mensalmente (com reposição) ao Laboratório Municipal de Curitiba, conforme quantitativo pactuado, a lâmina de vidro e frasco com formalina.
- XV. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde e SISCAN.
- XVI. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato**, referente à demanda de exames coletados encaminhados.
- XVII. Executar os procedimentos contratados conforme seus atributos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- XVIII. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente aos procedimentos realizados.
- XIX. Manter o Cadastro de Fornecedores atualizado junto à Prefeitura Municipal de Curitiba.
- XX. Manter Banner do Ministério da Saúde - MS de gratuidade do atendimento em local visível.
- XXI. O serviço deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, realizando todas as alterações necessárias e dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos procedimentos contratados. Conforme Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01 de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Seção II, no Art.364 - O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos.
- XXII. É de exclusiva responsabilidade da contratada a alocação de recursos humanos adequados e suficientes para a execução do contrato, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultados de vínculo empregatício, cujo ônus em nenhuma hipótese será transferido ao município.
- XXIII. Comunicar a equipe técnica envolvida diretamente com a realização da pactuação do Contrato, os compromissos e metas do mesmo, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento.
- XXIV. Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Manter relatório com data, horário e nome da pessoa com a qual foi feito o contato referente à manifestação, para consulta da SMS/Curitiba se necessário.
- XXV. A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços.
- XXVI. Respeitar o prazo estabelecido para a realização dos procedimentos com o efetivo resultado.
- XXVII. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
- XXVIII. Justificar ao Laboratório Municipal, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
- XXIX. Manter a Licença Sanitária atualizada e vigente.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

XXX. Permitir e facilitar o trabalho do **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**.

XXXI. O prestador de serviços contratado emitirá Nota Fiscal da prestação de serviços realizados, nos termos da Lei Complementar 14/1997 e Decreto Municipal 1192/1997.

CLÁUSULA NONA – DO DOCUMENTO DESCRITIVO ANUAL

O Documento Descritivo Anual 2019/2020, **ANEXO II**, parte integrante deste contrato e condição de sua eficácia deverá ser executado de acordo com o nele previsto, até que ocorra sua substituição após 12 (doze) meses de vigência, através de Termo Aditivo.

O Documento Descritivo deverá conter:

- I. Todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência e gestão, objeto deste contrato;
- II. Definição da programação de atendimentos ambulatoriais, com os seus quantitativos e fluxos de regulação;
- III. Aprimoramento da Política Nacional de Humanização (PNH) dos atendimentos aos usuários, de acordo com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde;
- IV. Metas e Indicadores qualitativos e quantitativos.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO

O **CONTRATADO** é responsável pela indenização por dano causado ao usuário do SUS, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao **CONTRATADO** o direito de regresso, quando cabível.

Parágrafo Primeiro

A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do **CONTRATADO**, nos termos da legislação referente à Lei n.º 8.666/93.

Parágrafo Segundo

A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários e atributos



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI, ou outro que vier a substituí-lo, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
 - c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência de sua realização.
 - d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
 - e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
 - f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
 - g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
 - h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
 - i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de análise indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

Parágrafo Primeiro

O **CONTRATANTE** vistoriará as instalações do **CONTRATADO**, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

Parágrafo Segundo

Poderá, em casos específicos, a qualquer tempo, ser realizada nas instalações do **CONTRATADO** vistoria técnica ou auditoria.

Parágrafo Terceiro

Poderá, em casos específicos, a qualquer tempo, ser realizada no serviço contratado auditoria conforme Decreto Municipal nº 1150/1997 - Sistema Municipal de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Nacional de Auditoria do SUS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Parágrafo Quarto

Constitui condição para a prorrogação deste contrato, a manutenção da habilitação e prestação dos serviços nos mesmos moldes exigidos no procedimento de chamamento público.

Parágrafo Quinto

Qualquer alteração ocorrida no **CONTRATADO** que resulte em alteração do seu perfil jurídico, administrativo, técnico e da sua capacidade operacional poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo Sexto

O **CONTRATADO** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos seus serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE** designados para tal fim.

Parágrafo Sétimo

Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONTRATADO** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal nº 8.666/93 e no Decreto Municipal 1150/97, alterado parcialmente pelo Decreto 245/04.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PENALIDADES

A inobservância pelo contratado de cláusula ou obrigação constante deste instrumento, ou de dever originado de norma legal, ou regulamentada pertinente, autorizará o contratante, garantida a prévia defesa a aplicar em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e na Lei Municipal n.º 8962/96, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 1150/97 alterado pelo Decreto Municipal nº 245/04 e Decreto Municipal nº 1251/2018, assim discriminadas:

- I. Advertência;
- II. Multa;
- III. Suspensão temporária da realização dos serviços;
- IV. Descredenciamento, implicando na rescisão do presente, após o devido processo legal;
- V. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Município;
- VI. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Parágrafo Primeiro - As sanções previstas nos incisos I, V e VI desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com o inciso II.

Parágrafo Segundo - Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para interpor recurso dirigido à Secretária Municipal da Saúde de Curitiba.

Parágrafo Terceiro - A imposição das sanções previstas nas Leis acima mencionadas dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ocorreu e dela será notificada a **CONTRATADA**, de acordo com as disposições da legislação do Sistema Municipal de Auditoria do SUS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, artigos 77, 78, 79,90:

- I. Unilateralmente e por escrito pelo **CONTRATANTE**, nos casos de descumprimento pelo **CONTRATADO** das condições pactuadas, e, ainda, na forma dos Incisos I a XII e XVII, do art. 78 e art. 77 da Lei Federal no 8.666/93;
- II. Por acordo amigável entre as partes, desde que haja conveniência para o **CONTRATANTE**. Deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada do Gestor do SUS.
- III. Por iniciativa das partes na via administrativa ou judicial, nos casos enumerados nos Incisos XII a XVII, do Artigo 78, da Lei Federal no 8.666/93, hipóteses em que, desde que não haja culpa do **CONTRATADO**.

Parágrafo Primeiro

No caso de ocorrência de fatos que possam ensejar a rescisão contratual, e se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para formalizar a rescisão. Se neste prazo o **CONTRATADO** negligenciar a prestação dos serviços ora contratados poderá ser aplicada a multa nos termos do Decreto Municipal nº 1150/97 alterado parcialmente pelo Decreto Municipal nº 245/2004.

Parágrafo Segundo

Em caso de rescisão do presente contrato, por iniciativa, do **CONTRATANTE**, não caberá ao **CONTRATADO** direito a qualquer indenização.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade previstos neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo **CONTRATANTE**, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato, nos termos da Lei 8.666/93.

Parágrafo Primeiro

Da decisão da Secretária Municipal da Saúde que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Parágrafo Segundo

Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro da presente cláusula, a Secretária Municipal da Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente, diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação vigente.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, podendo ser firmados, se necessário, Termos Aditivos, que farão parte integrante deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO GESTOR E SUPLENTE

Para os fins do disposto no Decreto Municipal nº 1251/2018 ficam designados, como gestor e suplente do Contrato, as servidoras: Gestor: Neucimary Amaral, matrícula n.º 88.359, Suplente Cristiane Maria Chemin, matrícula nº 39.340.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO FORO

As partes elegem o Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente contrato em uma única via, de onde serão extraídas as cópias necessárias, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Palácio 29 de Março, em de de 2019.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CONTRATADO

1ª Testemunha

NOME:

CPF:

2ª Testemunha

NOME:

CPF:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO II DA MINUTA DO CONTRATO

REFERENTE AO LOTE 01 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA.

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

**Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS
Curitiba para realização de procedimentos em Diagnóstico por Anatomia Patológica**

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes na Área de **Diagnóstico por Anatomia Patológica**.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Credenciamento XXX, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| Nº CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde – SUS Curitiba em Diagnóstico por Anatomia Patológica.

A programação física mensal estabelecida com o serviço é de XXXX procedimentos referente ao atendimento dos seguintes códigos:

XXXX
XXXX



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial se dá através do recolhimento das lâminas e do material coletado pelos serviços credenciados no Laboratório Municipal de Curitiba de acordo com o fluxo estabelecido pelo gestor.

A assistência à saúde e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de Diagnóstico por Anatomia Patológica, dentro da seguinte organização:

I. Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada visando promover a equidade e ampliar o acesso a exames de qualidade aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada.
- b) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- c) Garantir o atendimento aos usuários na área Diagnóstico por Anatomia Patológica.
- d) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II. Da assistência ambulatorial em Diagnóstico por Anatomia Patológica:

a) Para encaminhamento do exame coletado ao serviço contratado cabe à CONTRATANTE:

1. Cabe às Unidades de Saúde realizar/receber o procedimento de coleta do exame.
2. As Unidades de Saúde devem enviar o material coletado para o Laboratório Municipal de Curitiba.
3. O Laboratório Municipal de Curitiba efetuará a distribuição das lâminas e do material coletado conforme programação física pactuada e demanda existente aos laboratórios credenciados.
4. Os serviços credenciados farão o recolhimento das lâminas e do material coletado no Laboratório Municipal de Curitiba de acordo com o fluxo estabelecido pelo gestor.

b) Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:

1. Disponibilizar o quantitativo de lâmina e frasco com formalina conforme pactuação nos doze (12) meses de vigência do contrato.

c) Da Assistência no serviço CONTRATADO:

- I. Registrar o material recebido, a preparação, a coloração e a montagem das lâminas, a manutenção dos equipamentos e microscópios, bem como os registros de informações de pessoal, sua qualificação e seu treinamento, conforme Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia para serviços que realizem exames citopatológicos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- II. Encaminhar mensalmente, através do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, o arquivo referente ao registro no Sistema de Informação de Câncer – SISCAN.
- III. Recolher rotineiramente no Laboratório Municipal de Curitiba as lâminas e o material a ser avaliado;
- IV. Registrar todos os dados dos pacientes e respectivos resultados de exames no Sistema de Informação de Câncer – SISCAN, em até 15 dias, para os exames citopatológicos, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório, e, em até 40 dias, para os exames anatomopatológicos, a contar do recolhimento do material, com a finalidade de proporcionar o resultado o mais precoce possível.
- V. Realizar e manter registro de todos os dados do Monitoramento Interno de Qualidade (MIQ) e apresentar seus resultados, sempre que solicitado para a Secretaria de Saúde Municipal.
- VI. Inserir no Sistema de Informação SISCAN (módulo prestador de serviço), os dados preenchidos nos formulários da requisição dos exames.
- VII. Ceder lâminas selecionadas para Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ), com o registro documental da saída destas.
- VIII. Enviar laudo para revisão dos casos inadequados ao Laboratório Municipal de Curitiba para informação à unidade de origem da usuária do SUS que solicitou o exame citopatológico, com orientação para realização de nova coleta e reenvio do material.
- IX. Arquivar os laudos e lâminas por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 anos nos casos de exames positivos.
- X. Apresentar de imediato, materiais, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.
- XI. Executar os procedimentos por profissionais especializados, responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos às pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência.
- XII. Oferecer mensalmente (com reposição) ao Laboratório Municipal de Curitiba, conforme quantitativo pactuado, lâmina de vidro e frasco com formalina.
- XIII. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde e SISCAN.
- XIV. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato** referente à demanda de exames coletados encaminhados.
- XV. Executar os procedimentos contratados conforme seus atributos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- XVI. Respeitar o prazo estabelecido para a realização dos procedimentos com o efetivo resultado.
- XVII. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
- XVIII. Justificar ao Laboratório Municipal, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
- XIX. Permitir e facilitar o trabalho do **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA** devem apresentar proposta para a realização dos procedimentos deste lote, de acordo com a capacidade operacional.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Os serviços interessados devem oferecer (com reposição) os seguintes materiais que deverão ser entregues mensalmente no Laboratório Municipal de Curitiba, conforme quantitativo pactuado:
 - Lâmina de vidro
 - Frasco com formalina
- Os serviços interessados deverão recolher as lâminas e o material coletado no Laboratório Municipal de Curitiba para análise, conforme fluxo estabelecido pelo gestor.
- Os Códigos Brasileiros de Ocupações – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos são os seguintes:

| | |
|--------|--|
| 221105 | Biólogo |
| 221205 | Biomédico |
| 223415 | Farmacêutico analista clínico |
| 225148 | Médico anatomopatologista |
| 225305 | Médico citopatologista |
| 225335 | Médico patologista clínico / medicina laboratorial |

- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8640-2/01 Laboratórios de anatomia patológica e citológica**.
- O serviço deverá preencher a proposta de oferta dos procedimentos referente ao LOTE 01 no ANEXO IV – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato - **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA**

7. DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos de Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS para realização de **DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA** é de até R\$ XXXX (XXX) e para 12 (doze) meses o montante é de até R\$ XXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme segue:

XXXX procedimentos/mês – Código XXXXX

XXXX procedimentos/mês – Código XXXXX

7.1 DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários e atributos previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI, ou outro que vier a substituí-lo,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência.
 - d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
 - e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
 - f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
 - g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
 - h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
 - i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO:

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à **CONTRATADA** em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório referente à entrega de insumos, Fonte Laboratório Municipal de Curitiba;
- Registro no SISCAN dentro do prazo estabelecido, Fonte: Departamento de Atenção Primária à Saúde - DAPS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____
COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|---|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Entrega dos insumos (lâmina e Frasco com Formalina) conforme pactuado mensal: Cumprir o pactuado = Atingido. Não cumprir o pactuado = Não atingido. (Laboratório Municipal de Curitiba) | | |
| Registro no SISCAN dentro do prazo estabelecido: Cumprir o prazo = Atingido. Não cumprir o prazo = Não atingido (DAPS) | | |

9. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada. De acordo,

Neucimary Amaral
Assessora Superintendencia Executiva

Cristiane Maria Chemin
Laboratório Municipal de Curitiba

CONTRATADA
Responsável Técnico Serviço



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO VII DO EDITAL

Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA, referente aos lotes:

- Lote 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia;
Lote 03: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo;
Lote 04: Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – TRATAMENTO - Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – EXAME;
Lote 05: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva
Lote 06: Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade
Lote 07: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos;
Lote 08: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral – Colonoscopia Demais Procedimentos;
Lote 09: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral - Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos;
Lote 10: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Cardiologia;
Lote 11: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Eletroencefalograma;
Lote 12: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Polissonografia;
Lote 13: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroneuromiograma (ENMG);
Lote 14: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa;
Lote 15: Saúde da Mulher;
Lote 16: Saúde do Homem – Vasectomia -Ambulatorial e Hospitalar;
Lote 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física;
Lote 18: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce;
Lote 19: Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar.
Lote 20: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)

Importante: O Contrato formalizado com o serviço será de acordo com o (s) lote (s) de interesse.

Contrato nº **XXX** que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE CURITIBA**, através da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e **XXX** para a execução de procedimentos para **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA** em **XXX** ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS de Curitiba.

Aos **XXXX** dias do mês de **XXXX** do ano de dois mil e dezenove, nesta Cidade de Curitiba, Capital do Estado do Paraná, no Palácio 29 de Março, presentes de um lado o Município de Curitiba, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pela Secretária Municipal da Saúde, **MÁRCIA CECÍLIA HUÇULAK**, CPF/MF nº 491.908.659-87 e de outro lado a **XXXX**, doravante denominada simplesmente de **CONTRATADO**, CNPJ/MF nº **XXXX**, representada neste ato pelo seu **XXXX**, CPF/MF nº **XXXX**, tendo em vista o contido no EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO **XXX/2019-SMS**, no Processo nº 01-115242/2018, no que dispõe a Constituição Federal em especial o artigo 196 da Seção II Da Saúde; na Lei n.º 8.080/90, na Lei Federal n.º 8.666/93, no Decreto Municipal nº. 1251/2018, na Portaria nº 1.119 de 23 de julho de 2018 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie, resolvem celebrar o presente contrato de Prestação de Serviços para **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

em XXX, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS - SIGTAP, mediante cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Tem o presente por objeto a contratação de SERVIÇO PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA. O Serviço contratado para a Assistência Ambulatorial Especializada e/ou Hospitalar deverá realizar procedimentos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos e legislação vigente, conforme lote (s) específico (s) de procedimentos contratado (s):

PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

- Lote 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia;
- Lote 03: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo;
- Lote 07: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos;
- Lote 08: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral – Colonoscopia Demais Procedimentos;
- Lote 09: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral - Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos;
- Lote 10: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Cardiologia;
- Lote 11: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Eletroencefalograma;
- Lote 12: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Polissonografia;
- Lote 13: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroneuromiograma (ENMG);
- Lote 14: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa
- Lote 20: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)

Serviço contratado para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA – XXXX** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos, com oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado de acordo com o ANEXO I. Atendendo a legislação vigente nas Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01, 03 e 05 de 28 de setembro de 2017 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA – TRATAMENTO E/OU EXAME

- Lote 04: Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – TRATAMENTO - Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – EXAME

Serviço contratado para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de procedimentos em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA – TRATAMENTO E/OU EXAME** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos e legislação vigente na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie,



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

com oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado de acordo com o ANEXO I. A população a ser atendida é de usuários do Sistema Único de Saúde de Curitiba na faixa etária de 0 a 130 anos, oriundos das Unidades Municipais de Saúde do Município de Curitiba de acordo com condições estabelecidas no presente instrumento.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Lote 05: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva

Serviço contratado, devidamente habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Reabilitação Auditiva, para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para a realização de procedimentos em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, de acordo com seus atributos e com oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado de acordo com o ANEXO I. Prevendo ações de reabilitação multiprofissional para pessoas com deficiência auditiva com concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) e Sistema de Frequência Modulada Pessoal (Sistema FM). Garantindo o melhor aproveitamento da audição residual da pessoa com deficiência auditiva realizando o processo de reabilitação auditiva, incluindo: diagnóstico, consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de AASI e Sistema FM e Terapia Fonoaudiológica. Garantindo a reposição, adaptação e manutenção de molde auricular, AASI e Sistema FM. Atendendo a legislação vigente na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017, Portaria GM/MS 1274 de 25 de junho de 2013, no Instrutivo Saúde Sem Limite - Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENÍASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE

Lote 06: Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade

Serviço contratado para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de procedimentos na área de **ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENÍASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos, com oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado de acordo com o ANEXO I. Garantindo consultas especializadas em Dermatologia, identificando e tratando possíveis intercorrências e complicações, realizando cirurgias ambulatoriais e prevenindo incapacidades físicas. Atendendo a legislação vigente nas Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 02 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, Manual Técnico Operacional de Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Processo de Saúde Pública do Ministério da Saúde -2016, Portaria MS/SAS nº 594 de 29 de outubro de 2010, Resolução - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SAÚDE DA MULHER

Lote 15: Saúde da Mulher

Serviço contratado para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de procedimentos em **SAÚDE DA MULHER** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos, com oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado de acordo com o ANEXO I. Com o objetivo de promoção, prevenção, detecção precoce para encaminhamento ao tratamento oportuno e tempestivo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Atendendo a legislação vigente nas Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde de 28 de setembro de 2017, sendo, na Portaria de Consolidação nº 01 do Sistema de Informação de Câncer, na Portaria de Consolidação nº 02 da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer e na Portaria de Consolidação nº 05 do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie.

SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Lote 16: Saúde do Homem – Vasectomia -Ambulatorial e Hospitalar

Serviço contratado, devidamente habilitado pelo Ministério da Saúde em Vasectomia, conforme Portaria 629 de 25 de agosto de 2006, para Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de procedimentos em **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos, com oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado de acordo com o ANEXO I. Atendendo a legislação vigente nas Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 02 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Portaria MS/SAS nº 629 de 25 de agosto de 2006, Portaria MS/GM nº 1319 de 05 de junho de 2007, Resolução - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Lote 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

Serviço contratado para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de procedimentos em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, de acordo com seus atributos, com oferta externa inicial através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado de acordo com o ANEXO I. Garantindo o atendimento em Reabilitação Física e Concessão e Adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção que devem ser prescritas de forma individualizada por profissional capacitado. É essencial que o processo de habilitação/reabilitação garanta o devido treino e adaptação às Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, se acordo com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

condições estabelecidas no presente instrumento e no Documento Descritivo Anual. Atendendo a legislação vigente na Portaria nº 388 de 28 de julho de 1999, Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017 da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na Portaria 2297 GM/MS de 10 de outubro de 2008, na Portaria 2793 GM/MS de 09 de dezembro de 2014, na Portaria GM/MS 2109 de 21 de setembro de 2012, na Portaria GM/MS 1272 de 25 de junho de 2013, no Instrutivo Saúde Sem Limite - Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014, no Manual Operativo Para Dispensação De Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – SESA/PR, e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Lote 18: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce.

Serviço contratado para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de procedimentos em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, de acordo com seus atributos. Garantindo ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade. Com atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, entre as quais se destacam: estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; reabilitação/habilitação, visando, entre outras, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social, e de aprendizado, contemplando as deficiências múltiplas associadas. Atendendo a legislação vigente na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017 da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Portaria GM/MS 1635 de 12 de setembro de 2002, no Instrutivo Saúde Sem Limite - Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie.

PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE

Lote 19: Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar

Serviço contratado para Assistência Hospitalar ao Sistema Único de Saúde de Curitiba para realização de procedimentos de **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE** referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP de acordo com seus atributos, com acesso do paciente ao serviço através da Central de Leitos, garantindo a integralidade no atendimento de pediatria hospitalar de Média Complexidade para o cuidado de crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos conforme Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Atendendo a legislação vigente na Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Resolução - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses e inicia-se a partir da data da assinatura do instrumento.

Parágrafo Primeiro

Ao fim do prazo acima mencionado o contrato poderá ser prorrogado, por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, até um máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada. Para a prorrogação do contrato a Secretaria Municipal da Saúde tomará como base o monitoramento e a avaliação de desempenho anual do serviço contratado.

Parágrafo Segundo

A prorrogação do contrato dar-se-á mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes e para cada período de prorrogação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos de **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA** é de até R\$ XXXX (XXXXXX) e para 12 (doze) meses o montante é de até R\$ R\$ XXXXX (XXXXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, para o atendimento de procedimentos em:

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia

Programação orçamentária mensal de até R\$ XXXX (XXXX) com valor anual de até R\$ XXXX (XXXX) para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo

Programação orçamentária mensal de até R\$ XXXX (XXXX) com valor anual de até R\$ XXXX (XXXX) para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Serviço de Atenção Especializada Em Fonoaudiologia – Tratamento e Exames

Programação orçamentária mensal para TRATAMENTO de até R\$ XXXX (XXXX) com valor anual de até R\$ XXXX (XXXX) para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para EXAMES de até R\$ XXXX (XXXX) com valor anual de até R\$ XXXX (XXXX) para a programação física mensal de até XXX (XXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Serviço De Atenção Especializada À Pessoa Com Deficiência Auditiva

Programação orçamentária mensal de até R\$ XXXX (XXXXXX) com valor anual de até R\$ XXXXX (XXXXXX) para a programação física mensal de até XXXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos

Programação orçamentária mensal para Esofagogastroduodenoscopia - **Atenção Integral de até R\$ XXXX (XXXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos **de até R\$ XXX (XXXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral – Colonoscopia - Demais Procedimentos

Programação orçamentária mensal para Colonoscopia - Atenção Integral **de até R\$ XXXX (XXXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXX) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Colonoscopia - Demais Procedimentos **de até R\$ XXX0 (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral - Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos

Programação orçamentária mensal para Retossigmoidoscopia - Atenção Integral **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXX) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos **de até R\$ XXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Cardiologia

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (quatrocentos e quarenta) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroencefalograma

Programação orçamentária mensal para 0211050040 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para 021105003-2 - ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) **de até R\$ XXXX (XXXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXXX)** para a programação física mensal de até XXXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Polissonografia

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroneuromiograma (ENMG)

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Saúde da Mulher

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XX (XXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXX) procedimentos DE REABILITAÇÃO FÍSICA e XX (XXX) procedimentos de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, bem como para a realização de adaptações e manutenções das Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, conforme ANEXO I.

Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce.

Programação orçamentária mensal para Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo **de até R\$ XXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXX) procedimentos.

Programação orçamentária mensal para Estimulação Precoce **de até R\$ XXXX (XXX)** com valor anual **de até R\$ XXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXXX (XXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXX (XX)** com valor anual **de até R\$ XXX (XXXX)** para a disponibilização mensal de até XX (XXX) leitos, conforme ANEXO I.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXX) procedimentos, conforme ANEXO I.

Parágrafo Primeiro

O **ANEXO I** e **ANEXO II** que identificam os procedimentos e as condições de sua realização e que habilitaram o **CONTRATADO** à celebração do presente são parte integrante e indissociável deste instrumento.

Parágrafo Segundo

De acordo com a capacidade operacional do **CONTRATADO** e as necessidades do **CONTRATANTE**, poderão ser realizados acréscimos ou supressão de até 25% (vinte e cinco por cento) dentro dos limites deste contrato, durante o período da sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo Terceiro

Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo, excetuadas as hipóteses previstas no art. 65, §8º, da Lei 8.666/93, especialmente os reajustes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS concedidos pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DO REAJUSTE DE PREÇO

Os valores de referência à prestação dos serviços contratados seguem os valores estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP e estes serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste contrato no valor global de até R\$ XXX (XXX) correrão pela seguinte dotação orçamentária:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CLÁUSULA SEXTA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços deste contrato serão executados pelo **CONTRATADO**, situado à n.º, Bairro....., nesta Capital, sob a responsabilidade do Sr.(a) registrado (a) no Conselho Regional de XXX sob n.º

Parágrafo Primeiro

A eventual mudança de endereço do estabelecimento do **CONTRATADO** deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE**, por escrito, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança, ficando a **CONTRATANTE** habilitada a rever as condições deste contrato, assim como denunciá-lo, caso as alterações sejam julgadas em desacordo com o interesse público.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Parágrafo Segundo

A mudança de Responsável Técnico deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE**, por escrito, no prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança.

Parágrafo Terceiro

Os serviços ora contratados serão prestados por profissionais do estabelecimento **CONTRATADO**. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento:

- I. Membro do corpo de PROFISSIONAIS do **CONTRATADO**;
- II. PROFISSIONAL que tenha vínculo de emprego com o **CONTRATADO**;
- III. PROFISSIONAL autônomo que presta serviços ao **CONTRATADO**.

Parágrafo Quarto

Fica vedada a cobrança ao paciente ou seu acompanhante, pelo **CONTRATADO**, de qualquer complementação dos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

Parágrafo Quinto

O **CONTRATADO** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao usuário do SUS, ou a seu representante ou ao próprio SUS, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

Parágrafo Sexto

Não poderá haver prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste contrato. O **CONTRATANTE** reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, como órgão gestor do SUS municipal, assim como das instâncias gestoras do SUS a nível estadual e federal, decorrente da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo específico ou de notificação dirigida ao **CONTRATADO**.

Parágrafo Sétimo

É de responsabilidade exclusiva e integral do **CONTRATADO** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE** ou para o Ministério da Saúde.

Parágrafo Oitavo

O **CONTRATADO** deverá manter sua equipe atualizada através de treinamentos e educação continuada.

Parágrafo Nono

O **CONTRATADO** deverá possuir rotinas escritas de funcionamento, que contemplem horário de funcionamento, direitos e deveres do paciente, atribuições de cada profissional, com suas responsabilidades. Estas rotinas deverão ter a ciência de todos os funcionários e ser amplamente divulgadas aos seus pacientes e responsáveis.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Parágrafo Décimo

O **CONTRATADO** deverá realizar os atendimentos seguindo rigorosamente os procedimentos e prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo Décimo Primeiro

O **CONTRATADO** deverá realizar atividades previstas nas legislações vigentes, bem como deverá realizar os procedimentos conforme o estabelecido no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP.

Parágrafo Décimo Segundo

Será efetuado o monitoramento anual do serviço pelo Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

Parágrafo Décimo Terceiro

Os serviços credenciados deverão garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratados aos usuários do SUS.

Parágrafo Décimo Quarto

Fica proibido ao serviço credenciado ofertar ao usuário qualquer procedimento contratado com o Sistema Único de Saúde – SUS em caráter particular e em plano de saúde suplementar.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE DEVE:

- I. Acompanhar, fiscalizar, supervisionar e auditar as ações desenvolvidas pela CONTRATADA;
- II. Acompanhar o serviço contratado para avaliação quantitativa e qualitativa e na ocorrência de inconformidades deverá ser comunicado à CONTRATADA para medidas corretivas;
- III. Realizar o pagamento mensal conforme produção apresenta e aprovada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e/ou Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, de acordo com o estabelecido no Contrato, respeitando os valores unitários do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, conforme repasse do Fundo Nacional de Saúde;
- IV. Realizar o monitoramento anual da CONTRATADA para verificação de Recursos Humanos, equipamentos e da Infraestrutura Operacional, conforme Relatório de Vistoria Técnica e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, visto que o serviço credenciado deverá manter as mesmas condições que o habilitou, bem como para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO - GERAL:

O CONTRATADO DEVE:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- I. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física do serviço.
- II. Possuir espaço físico apropriado ao atendimento ambulatorial, com acesso e adaptações específicas aos pacientes com deficiência física, cadeirantes, pacientes transportados em maca (rampa, corrimão, banheiros adaptados), arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.
- III. Efetuar de forma regular a manutenção dos equipamentos e materiais necessários, mobiliário e espaço físico para execução dos procedimentos.
- IV. Disponibilizar todos os recursos físicos e materiais, permanentes e de consumo, necessários à execução dos procedimentos.
- V. Fornecer todas as condições físicas, tais como água, luz, telefonia, limpeza para o adequado funcionamento do serviço.
- VI. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde.
- VII. Executar os procedimentos contratados conforme seus descritivos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde, contemplando o cuidado integral ao paciente.
- VIII. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente aos procedimentos realizados.
- IX. Manter o Cadastro de Fornecedores atualizado junto à Prefeitura Municipal de Curitiba.
- X. Manter Banner do Ministério da Saúde - MS de gratuidade do atendimento em local visível.
- XI. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, respeitando a privacidade, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH.
- XII. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
- XIII. O serviço deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, realizando todas as alterações necessárias e dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos procedimentos contratados. Conforme Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01 de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Seção II, no Art.364 - O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos.
- XIV. É de exclusiva responsabilidade da contratada a alocação de recursos humanos adequados e suficientes para a execução do contrato, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultados de vínculo empregatício, cujo ônus em nenhuma hipótese será transferido ao município.
- XV. Comunicar a equipe técnica envolvida diretamente com a realização da pactuação do Contrato, os compromissos e metas do mesmo, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
- XVI. Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Manter relatório com data, horário e nome da pessoa com a qual



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

foi feito o contato referente à manifestação, para consulta da SMS/Curitiba se necessário.

- XVII. A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços.
- XVIII. Não poderá o serviço credenciado se recusar a atender e nem deixar em fila de espera os pacientes encaminhados através do fluxo regular, respeitando a data e horário para realização dos procedimentos.
- XIX. Informar à Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e ao usuário **imediatamente** na identificação de impossibilidade de realização de procedimentos devido incapacidade operacional, ficando sob-responsabilidade do contratado a manutenção dos equipamentos e gerenciamento da agenda sem prejuízo para os usuários.
- XX. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
- XXI. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação.
- XXII. Garantir a organização do fluxo operacional do serviço
- XXIII. O prestador de serviços contratado emitirá Nota Fiscal da prestação de serviços realizados, nos termos da Lei Complementar 14/1997 e Decreto Municipal 1192/1997.

OBRIGAÇÕES DO CONTRATATO DE ACORDO COM O (S) LOTES CONTRATADO (S):

PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Lote 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia;
Lote 03: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo;
Lote 07: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos;
Lote 08: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral – Colonoscopia Demais Procedimentos;
Lote 09: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral - Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos;
Lote 10: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Cardiologia;
Lote 11: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Eletroencefalograma;
Lote 12: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Polissonografia;
Lote 13: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroneuromiograma (ENMG);
Lote 14: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa
Lote 20: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)

O CONTRATADO DEVE:

- I. Disponibilizar na CMCE orientações aos usuários referentes aos preparos necessários para a realização dos procedimentos.
- II. Não poderá o serviço credenciado se recusar a atender e nem deixar em fila de espera os pacientes encaminhados através do fluxo regular, respeitando a data e horário para realização dos procedimentos.
- III. Fornecer os laudos dos procedimentos efetivamente realizados contendo:
 - a) Identificação do serviço;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- b) Nome completo do paciente;
 - c) Data da realização do procedimento;
 - d) Resultado do exame;
 - e) Laudo Carimbado com a identificação do profissional, nome completo, número do conselho profissional com a assinatura do profissional realizador do exame;
 - f) O Laudo deve ser acompanhado da respectiva imagem impressa e esta deve conter a identificação do paciente e data da realização do procedimento.
- IV. Possuir equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico/sedação e recuperação pós-anestésica/sedação com segurança quando o procedimento contratado necessitar a devida realização, conforme pactuado no contrato.
- V. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato**, referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA – TRATAMENTO E/OU EXAMES

Lote 04: Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – TRATAMENTO - Serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – EXAME

O CONTRATADO DEVE:

- I. Efetuar para cada paciente ingressado no serviço para o Tratamento em Fonoaudiologia a Avaliação Fonoaudiológica inicial individual para estabelecer o Plano Fonoaudiológico Individual.
- II. Realizar atendimento individual conforme o código do procedimento encaminhado, a sessão deverá ser de no mínimo 30 minutos, atendendo ao estabelecido no Plano Fonoaudiológico Individual.
- III. Realizar atendimento em grupo de no máximo de 05 pacientes/profissional quando encaminhado o código para o procedimento de Terapia em Grupo, a sessão deverá ser de no mínimo 30 minutos.
- IV. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação fonoaudiológica e os atendimentos fonoaudiológicos realizados. O prontuário deverá apresentar registros adequados com anotações legíveis, contendo a Identificação do paciente, História clínica, Exame clínico, Exames complementares, o Diagnóstico e prognóstico fonoaudiológico, o Plano terapêutico, a Evolução do quadro do paciente, a Identificação do profissional que prestou a assistência.
- V. Manter a Ficha de Frequência assinada pelos usuários ou responsáveis nos prontuários individuais; o usuário ou responsável somente poderá assinar a Ficha de Frequência na data efetiva da realização da avaliação/atendimento fonoaudiológico.
- VI. Encaminhar para a Unidade Básica de Saúde do paciente a Contra Referência em casos de alta ou intercorrências.
- VII. O atendimento no serviço de Atenção Especializada em Fonoaudiologia deverá ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- VIII. Fornecer os laudos dos Exames efetivamente realizados contendo:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

1. Identificação do serviço;
 2. Nome completo do paciente;
 3. Data da realização do Exame;
 4. Resultado do Exame;
 5. Laudo Carimbado com a identificação do profissional, nome completo, número do conselho profissional com a assinatura do profissional realizador do exame;
- IX. Manter em arquivo toda documentação do encaminhamento do paciente para a realização do exame e o laudo do exame realizado, conforme legislação do Conselho Regional de Fonoaudiologia.
- X. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato**, referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Lote 05: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva

O CONTRATADO DEVE:

- I. Efetuar para cada paciente ingressado no serviço a avaliação inicial individual para estabelecer o Plano Terapêutico Individual.
- II. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação, atendimentos, exames e entrega do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e Sistema de Frequência Modulada Pessoal. O prontuário deverá apresentar registros adequados com anotações legíveis, contendo a Identificação do paciente, História clínica, Exame clínico, Exames complementares, o Diagnóstico, o Plano terapêutico, a Evolução do quadro do paciente, o registro da Terapia Fonoaudiológica Individual, o registro da entrega do AASI e/ ou Sistema de Frequência Modulada Pessoal e documentação comprobatória, a Identificação do profissional que prestou a assistência.
- III. Manter a Ficha de Frequência assinada pelos usuários ou responsáveis nos prontuários individuais, o usuário ou responsável somente poderá assinar a Ficha de Frequência na data efetiva da realização da avaliação/atendimento/exame/entrega do AASI e/ou Sistema de Frequência Modulada Pessoal.
- IV. Encaminhar para a Unidade Básica de Saúde do paciente a Contra Referência em casos de alta ou intercorrências.
- V. O atendimento no serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva deverá ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- VI. Não poderá o serviço credenciado deixar em fila de espera interna os pacientes com necessidade de atendimento especializado ou de concessão de prótese auditiva e outros, depois de identificada a necessidade na avaliação multiprofissional.
- VII. Atender aos critérios de Avaliação Diagnóstica e Indicação do uso de AASI, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- VIII. Atender as Normas para Prescrição de Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM) conforme estabelecido na Portaria GM/MS 1274 de 25/06/2013.
- IX. Atender aos critérios de Seleção e Adaptação de AASI, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
- X. Efetuar a verificação do desempenho e benefício fornecido pelo aparelho, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
- XI. Efetuar o acompanhamento periódico dos usuários de AASI, monitorando a perda auditiva e a efetividade do uso desse tipo de tecnologia assistiva, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
- XII. Garantir a terapia fonoaudiológica com enfoque na reabilitação integral dos usuários de AASI, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
- XIII. Obedecer às situações para reposição do AASI, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
- XIV. Atender todos os procedimentos constantes nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato** referente à demanda de pacientes do SUS na abrangência do município de Curitiba e de municípios conforme Plano Diretor de Regionalização, encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENÍASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE

Lote 06: Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade

O CONTRATADO DEVE:

- I. Garantir o atendimento integral aos usuários na área de Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade.
- II. Contar com equipe mínima para desenvolver as ações conforme estabelecido na Portaria MS/SAS nº 594 de 29 de outubro de 2010 para Serviço - Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, Classificação - Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo II, Código 158-002, sendo Médico, Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;
- III. Efetuar o diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e seqüelas;
- IV. Realizar a avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
- V. Efetuar o tratamento com poliquimioterapia padrão e com esquemas substitutivos;
- VI. Acompanhar o paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta;
- VII. Realizar a prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe;
- VIII. Encaminhar para outros profissionais ou serviços com Contra Referência devidamente preenchida para a continuidade do cuidado em outros níveis de atenção.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- IX. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato**, referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.

SAÚDE DA MULHER

Lote 15: Saúde da Mulher

O CONTRATADO DEVE:

- I. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde e SISCAN.
- II. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato** referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- III. Atender as usuárias do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, respeitando a privacidade, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH.
- IV. Disponibilizar na CMCE orientações às usuárias referentes aos preparos necessários para a realização dos procedimentos.
- V. Fornecer os laudos dos procedimentos de Ultrassonografia Mamária Bilateral efetivamente realizados contendo:
 1. Identificação do serviço;
 2. Nome completo do paciente;
 3. Data da realização do procedimento;
 4. Resultado do exame;
 5. Hipótese Diagnóstica;
 6. Recomendações;
 7. Observação;
 8. Laudo Carimbado com a identificação do profissional, nome completo, número do conselho profissional com a assinatura do profissional realizador do exame;
 9. O Laudo deve ser acompanhado da respectiva imagem impressa e esta deve conter a identificação do paciente e data da realização do procedimento.
- VI. Fornecer às pacientes os laudos dos procedimentos de Mamografia e Mamografia Bilateral para Rastreamento conforme Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 05/2017, que devem atender aos critérios de qualidade para a leitura dos exames e a expedição dos laudos radiográficos, sendo que a leitura dos exames em filmes fica reservada aos exames que não utilizam tecnologia digital e a leitura dos exames realizados em equipamentos com tecnologia digital deve ser feita, preferencialmente, em monitores específicos para interpretação das imagens das mamas. O laudo radiográfico deve conter as seguintes informações:
 1. Identificação do serviço, da idade do examinado e data do exame;
 2. Se exame de rastreamento ou de diagnóstico;
 3. Número de filmes ou imagens;
 4. Padrão mamário;
 5. Achados radiográficos;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

6. Classificação BI-RADS®;
 7. Recomendação de conduta; e
 8. Nome e assinatura do médico interpretador do exame.
- VII. Fornecer os laudos dos exames em até 30 (trinta) dias após a data da realização do exame.
 - VIII. Justificar ao **CONTRATANTE**, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
 - IX. Disponibilizar agenda de Mamografia e Mamografia Bilateral para Rastreamento com disponibilidade de Ultrassonografia Mamária Bilateral, numa proporção de 06 (seis) Mamografia e Mamografia Bilateral para Rastreamento para 01 (uma) Ultrassonografia Mamária Bilateral.
 - X. Efetuar o registro no Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) e encaminhar o arquivo mensalmente pelo Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, o registro deve ser efetuado concomitantemente ao resultado do exame.
 - XI. Registrar todos os dados das pacientes e os respectivos resultados de exames no Sistema de Informação de Câncer – SISCAN, em até 30 dias, a contar da realização do exame, com a finalidade de proporcionar o resultado o mais precoce possível.

SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Lote 16: Saúde do Homem – Vasectomia -Ambulatorial e Hospitalar

- I. Manter leito hospitalar em especialidade cirúrgica 08 – nefrologia urologia.
- II. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I** referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- III. Orientar aos usuários preparos necessários para a realização do procedimento, bem como dos cuidados e do acompanhamento após a realização do procedimento.
- IV. Promover a contracepção masculina após desejo claro de vontade do solicitante e cumprido todos os requisitos legais, com base na lei do Planejamento Familiar e Portaria 1319/2007.
- V. Constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
- VI. Atender as intercorrências após a realização da Vasectomia, no entanto quando a intercorrência necessitar de atenção com maior complexidade o serviço deve referenciar o paciente
- VII. Agendar consulta de retorno para controle 15 dias após a data da realização da vasectomia e realizar a PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA) para conformação do procedimento.
- VIII. Orientar a manutenção da anticoncepção até a confirmação da esterilização cirúrgica.
- IX. Manter o paciente vinculado ao serviço até a efetividade da esterilização.
- X. Justificar ao usuário do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.

- XI. Possuir equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico/sedação e recuperação pós-anestésica/sedação com segurança, conforme pactuado no contrato.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Lote 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

- I. Efetuar para cada paciente ingressado no serviço a avaliação inicial individual para estabelecer o Plano Terapêutico Individual;
- II. Atender todos os procedimentos constantes nesse contrato, conforme **ANEXO I** à demanda de pacientes do SUS de acordo com o Plano Terapêutico Individual.
- III. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação e atendimentos realizados. O prontuário deverá apresentar registros adequados com anotações legíveis da equipe multiprofissional, contendo a Identificação do paciente, História clínica, Exame clínico, Exames complementares, o Diagnóstico, o Plano Terapêutico Individual, a Evolução do quadro do paciente com Identificação do profissional que prestou a assistência e datado.
- IV. Manter a Ficha de Frequência assinada pelos usuários ou responsáveis nos prontuários individuais, o usuário ou responsável somente poderá assinar a Ficha de Frequência na data efetiva da realização da avaliação ou do atendimento ou da entrega da órtese e meios auxiliares de locomoção ou da realização de adaptação ou manutenção do produto.
- V. Encaminhar para a Unidade Básica de Saúde de referência do paciente a Contra Referência em casos de alta e de intercorrências para a continuidade do cuidado.
- VI. O atendimento no serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa Com Deficiência Física deverá ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- VII. Efetuar a Avaliação Inicial da Pessoa com Deficiência Física a fim de estabelecer o Plano Terapêutico Individual referente ao processo de Reabilitação Física e concessão de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção.
- VIII. Garantir que o processo de Reabilitação Física inicie-se em até 10 (dez) dias após a Avaliação Inicial do paciente, garantindo a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e prevenção de incapacidades, conforme previsto na legislação atual.
- IX. Considerar o ganho funcional do usuário para a indicação e orientação ao uso de tecnologia assistiva, com orientações para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e consequente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação.
- X. Considerar que o laudo de solicitação do produto deverá ser assinado pelo médico assistente ou fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. Quando forem estes últimos, estes deverão utilizar o CID estabelecido pelo profissional médico na Avaliação Inicial, constando no laudo a justificativa de que o CID foi estabelecido na Avaliação Inicial;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- XI. Encaminhar o laudo referente ao produto prescrito para autorização do Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA/SMS e após a análise e autorização do procedimento pelo CCAA, o serviço deverá iniciar o processo de confecção do produto junto ao seu fornecedor conforme prescrição e mensuração do usuário.
- XII. Garantir que os processos de avaliação e mensuração para a concessão da órtese e meios auxiliares de locomoção respeitem o prazo de no máximo 20 (vinte) dias após o acesso do paciente ao serviço, considerando a autorização do laudo pela SMS.
- XIII. Garantir que a confecção e a entrega dos produtos ocorram no prazo máximo de até 03 competências a contar da competência de autorização, salvo em casos de intercorrências que devem ser registradas no prontuário do paciente. Quando houver a indicação de produtos para pacientes em situações de pós cirúrgico, a confecção deverá ser imediata.
- XIV. Garantir o processo de Reabilitação Física, o treinamento e a adaptação aos produtos concedidos.
- XV. Realizar a adaptação dos produtos, bem como garantir a avaliação final na entrega destes ao usuário, sendo que esta deve ser realizada por profissional capacitado designado pela direção técnica do serviço, visando garantir a qualidade e a melhor adaptação ao produto dispensado.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Lote 18: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce;

- I. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física ao serviço de Atenção Especializada à Pessoa Com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce
- II. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde para o acesso de crianças de 0 a 3 anos para Estimulação Precoce
- III. Efetuar para cada paciente ingressado no serviço a avaliação inicial individual para estabelecer o Plano Terapêutico Individual;
- IV. Atender todos os procedimentos constantes nesse contrato, conforme **ANEXO I** referente à demanda de pacientes com o Plano Terapêutico Individual;
- V. Ofertar consultas pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE em Estimulação Precoce referente à demanda de crianças de 0 a 3 anos, com realização de todos os procedimentos constantes nesse contrato conforme **ANEXO I** de acordo com o Plano Terapêutico Individual.
- VI. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação e atendimentos realizados. O prontuário deverá apresentar registros adequados com anotações legíveis da equipe multiprofissional, contendo a Identificação do paciente, História clínica, Exame clínico, Exames complementares, o Diagnóstico, o Plano Terapêutico Individual, a Evolução do quadro do paciente com Identificação do profissional que prestou a assistência e datado. Ressaltando-se que todas as ações/atendimentos efetivamente realizados deverão ser registrados no prontuário único do paciente.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- VII. Encaminhar para a Unidade Básica de Saúde de referência do paciente a Contra Referência em casos de intercorrências.
- VIII. O atendimento no serviço de Atenção Especializada à Pessoa Com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce deverá ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- IX. Dispor de instalações físicas e de equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado;
- X. Efetuar a Avaliação Multiprofissional da Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou dos Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
- XI. Efetuar o atendimento/acompanhamento em Reabilitação Intelectual e/ou Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.

PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR

Lote 19: Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar.

- I. Manter leito hospitalar na especialidade de Pediatria Clínica conforme o quantitativo pactuado no contrato;
- II. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde.
- III. Efetuar procedimentos de Pediatria em Média Complexidade, referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço através da Central de Leitos, conforme leitos disponibilizados pactuados.
- IV. Possuir equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico/sedação e recuperação pós-anestésica/sedação com segurança;
- V. Efetuar os exames necessários para o diagnóstico, bem como os procedimentos necessários para o tratamento e realizar os procedimentos de acordo com os atributos estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, garantindo a integralidade do cuidado ao paciente;
- VI. Entregar relatório de alta ao responsável pelo paciente para continuidade do cuidado em outro ponto de atenção de maior ou menor complexidade
- VII. Respeitar a política de acompanhantes para menores de 18 anos e à Pessoa com Deficiência conforme legislação vigente.

CLÁUSULA NONA – DO DOCUMENTO DESCRITIVO ANUAL

O Documento Descritivo Anual 2019/2020, **ANEXO II**, parte integrante deste contrato e condição de sua eficácia deverá ser executado de acordo com o nele previsto, até que ocorra sua substituição após 12 (doze) meses de vigência, através de Termo Aditivo.

O Documento Descritivo deverá conter:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- I. Todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência e gestão, objeto deste contrato;
- II. Definição da programação de atendimentos ambulatoriais, com os seus quantitativos e fluxos de regulação;
- III. Aprimoramento da Política Nacional de Humanização (PNH) dos atendimentos aos usuários, de acordo com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde;
- IV. Metas e Indicadores qualitativos e quantitativos.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO

O **CONTRATADO** é responsável pela indenização por dano causado ao usuário do SUS, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao **CONTRATADO** o direito de regresso, quando cabível.

Parágrafo Primeiro

A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do **CONTRATADO**, nos termos da legislação referente à Lei n.º 8.666/93.

Parágrafo Segundo

A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a) A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS e/ou Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente no mês da realização do procedimento.
- b) Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura mensal dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI) e/ou Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC) e/ou Autorização de Internação Hospitalar – AIH, conforme lote de interesse. Somente poderá ser realizado o registro no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC) quando o procedimento não permitir o registro em BPAI ou APAC.
- c) É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos no mês da efetiva realização obedecendo às normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- d) A apresentação do quantitativo de procedimentos efetivamente realizados deverá obedecer até o valor total da programação orçamentária pactuada, bem como atentar para o quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS.
- e) A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e/ou Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- f) Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados, de acordo com o lote de interesse para o credenciamento.
- g) O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- h) Após o processamento da fatura poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- i) Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- j) Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de análise indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

Parágrafo Primeiro

O **CONTRATANTE** vistoriará as instalações do **CONTRATADO**, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

Parágrafo Segundo

Poderá, em casos específicos, a qualquer tempo, ser realizada nas instalações do **CONTRATADO** vistoria técnica ou auditoria.

Parágrafo Terceiro

Poderá, em casos específicos, a qualquer tempo, ser realizada no serviço contratado auditoria conforme Decreto Municipal nº 1150/1997 - Sistema Municipal de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Nacional de Auditoria do SUS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Parágrafo Quarto

Constitui condição para a prorrogação deste contrato, a manutenção da habilitação e prestação dos serviços nos mesmos moldes exigidos no procedimento de chamamento público.

Parágrafo Quinto

Qualquer alteração ocorrida no **CONTRATADO** que resulte em alteração do seu perfil jurídico, administrativo, técnico e da sua capacidade operacional poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo Sexto

O **CONTRATADO** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos seus serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE** designados para tal fim.

Parágrafo Sétimo

Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONTRATADO** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal nº 8.666/93 e no Decreto Municipal 1150/97, alterado parcialmente pelo Decreto 245/04.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PENALIDADES

A inobservância pelo contratado de cláusula ou obrigação constante deste instrumento, ou de dever originado de norma legal, ou regulamentada pertinente, autorizará o contratante, garantida a prévia defesa a aplicar em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e na Lei Municipal n.º 8962/96, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 1150/97 alterado pelo Decreto Municipal nº 245/04 e Decreto Municipal nº 1251/2018, assim discriminadas:

- I. Advertência;
- II. Multa;
- III. Suspensão temporária da realização dos serviços;
- IV. Descredenciamento, implicando na rescisão do presente, após o devido processo legal;
- V. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Município;
- VI. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Parágrafo Primeiro - As sanções previstas nos incisos I, V e VI desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com o inciso II.

Parágrafo Segundo - Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para interpor recurso dirigido à Secretária Municipal da Saúde de Curitiba.

Parágrafo Terceiro - A imposição das sanções previstas nas Leis acima mencionadas dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ocorreu e dela será notificada a **CONTRATADA**, de acordo com as disposições da legislação do Sistema Municipal de Auditoria do SUS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, artigos 77, 78, 79,90:

- I. Unilateralmente e por escrito pelo **CONTRATANTE**, nos casos de descumprimento pelo **CONTRATADO** das condições pactuadas, e, ainda, na forma dos Incisos I a XII e XVII, do art. 78 e art. 77 da Lei Federal no 8.666/93;
- II. Por acordo amigável entre as partes, desde que haja conveniência para o **CONTRATANTE**. Deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada do Gestor do SUS.
- III. Por iniciativa das partes na via administrativa ou judicial, nos casos enumerados nos Incisos XII a XVII, do Artigo 78, da Lei Federal no 8.666/93, hipóteses em que, desde que não haja culpa do **CONTRATADO**.

Parágrafo Primeiro

No caso de ocorrência de fatos que possam ensejar a rescisão contratual, e se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para formalizar a rescisão. Se neste prazo o **CONTRATADO** negligenciar a prestação dos serviços ora contratados poderá ser aplicada a multa nos termos do Decreto Municipal nº 1150/97 alterado parcialmente pelo Decreto Municipal nº 245/2004.

Parágrafo Segundo

Em caso de rescisão do presente contrato, por iniciativa, do **CONTRATANTE**, não caberá ao **CONTRATADO** direito a qualquer indenização.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade previstos neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo **CONTRATANTE**, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato, nos termos da Lei 8.666/93.

Parágrafo Primeiro

Da decisão da Secretária Municipal da Saúde que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Parágrafo Segundo

Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro da presente cláusula, a Secretária Municipal da Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente, diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, podendo ser firmados, se necessário, Termos Aditivos, que farão parte integrante deste instrumento.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO GESTOR E SUPLENTE

Para os fins do disposto no Decreto Municipal nº 1251/2018 ficam designados, como gestor e suplente do Contrato, as servidoras: Gestor: Tania Maria Santos Pires, matrícula n.º164384, Suplente Flavia Celene Quadros, matrícula nº130528.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO FORO

As partes elegem o Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente contrato em uma única via, de onde serão extraídas as cópias necessárias, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Palácio 29 de Março, em de de 2019.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CONTRATADO

1ª Testemunha

NOME:

CPF:

2ª Testemunha

NOME:

CPF:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Lote 05: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENÍASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE

Lote 06: Serviço de Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SAÚDE DA MULHER

Lote 15: Saúde da Mulher

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Lote 16: Saúde do Homem – Vasectomia -Ambulatorial e Hospitalar

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Lote 17: Serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO
AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE**

Lote 18: Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo; Serviço de Atenção Especializada em Estimulação Precoce.

| PROCEDIMENTO | PROGRAMAÇÃO FÍSICA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE - HOSPITALAR

Lote 19: Pediatria em Média Complexidade – Hospitalar.

| Área de Atuação | Leitos SUS disponibilizados mensal |
|---|---|
| PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE - HOSPITALAR | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

ANEXO II DA MINUTA DO CONTRATO

**ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE CURITIBA**

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AOS LOTES DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA:

Lote 02: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Ultrassonografia;
Lote 03: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo;
Lote 07: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia - Atenção Integral, Esofagogastroduodenoscopia - Demais Procedimentos;
Lote 08: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Colonoscopia - Atenção Integral – Colonoscopia Demais Procedimentos;
Lote 09: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Diagnóstico por Endoscopia: Retossigmoidoscopia - Atenção Integral - Retossigmoidoscopia – Demais Procedimentos;
Lote 10: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Cardiologia;
Lote 11: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Eletroencefalograma;
Lote 12: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia – Polissonografia;
Lote 13: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Neurologia - Eletroneuromiograma (ENMG);
Lote 14: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa
Lote 20: Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)

**Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS
Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – XXXX**

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes na Área **Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – XXXX**.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Credenciamento XXX, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome Empresarial:

Nome Fantasia:

N.º C.N.P.J.:

Nº CNES:

Endereço:

CEP:

Cidade:

Estado:

Responsável Técnico

Nome:

CBO:

N.º do Registro no Conselho de Classe:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

3. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS em Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – **XXXX**.

A programação física mensal estabelecida com o serviço é de XXXX procedimentos referente aos procedimentos XXXX.

4. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial se dá através do agendamento de oferta externa inicial, de natureza eletiva, através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE. Serão agendados atendimentos ambulatoriais eletivos para usuários do SUS residentes em Curitiba e de outros municípios pactuados conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR.

A assistência à saúde e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – **XXXX**, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir o atendimento aos usuários na área Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – **XXXX**.
- e) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II) Da assistência ambulatorial em Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – XXXX:

a) Do atendimento ao usuário para ingresso ao serviço:

- 1- Na necessidade de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – **XXXX** o paciente será inserido na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.
- 2- O serviço especializado deve operar com o sistema informatizado de regulação E-SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando aos usuários o acesso ao procedimento.

b) Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:

- 1) Cadastrar e disponibilizar ofertas de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – **XXXX** conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, com



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:

| Área de Atuação | Programação Física mensal pactuada | Disponibilidade de oferta mensal |
|------------------------|---|---|
| | | |

- 2) Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.
- 3) Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores a 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, os usuários do SUS que já possuem seus horários agendados.
- 4) Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram ao serviço, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para “realizado”. Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como “faltosos” os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação “faltoso ou realizado” fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absenteísmo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
- 5) Atender aos usuários agendados que comparecerem ao serviço, mesmo aqueles que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização procedimento, o usuário deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.
- 6) Efetuar a Oferta de Consulta Externa Inicial para Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – **XXXX na CMCE** de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato.
- 7) Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.

c) Do processo administrativo caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data do procedimento, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade “consulta extra” aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior ao procedimento agendado.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

d) Da Assistência no serviço CONTRATADO:

- 1- Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física do serviço.
- 2- Possuir espaço físico apropriado ao atendimento ambulatorial, com acesso e adaptações específicas aos pacientes com deficiência física, cadeirantes, pacientes transportados em maca (rampa, corrimão, banheiros adaptados), arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.
- 3- Disponibilizar todos os recursos físicos e materiais, permanentes e de consumo, necessários à execução dos procedimentos.
- 4- Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I** referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- 5- Executar os procedimentos contratados conforme seus descritivos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- 6- Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente aos procedimentos realizados.
- 7- Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, respeitando a privacidade, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH.
- 8- Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
- 9- O serviço deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, realizando todas as alterações necessárias e dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos procedimentos contratados. Conforme Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01 de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Seção II, no Art.364 - O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos.
- 10- Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Manter relatório com data, horário e nome da pessoa com a qual foi feito o contato referente à manifestação, para consulta da SMS/Curitiba se necessário.
- 11- A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços.
- 12- Não poderá o serviço credenciado se recusar a atender e nem deixar em fila de espera os pacientes encaminhados através do fluxo regular, bem como respeitando a data e horário para realização dos procedimentos.
- 13- Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
- 14- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação.
- 15- Disponibilizar na CMCE orientações aos usuários referentes aos preparos necessários para a realização dos procedimentos.
- 16- Fornecer os laudos dos procedimentos efetivamente realizados contendo:
 - a) Identificação do serviço;
 - b) Nome completo do paciente;
 - c) Data da realização do procedimento;
 - d) Resultado do exame;
 - e) Laudo Carimbado com a identificação do profissional, nome completo, número do conselho profissional com a assinatura do profissional realizador do exame;
 - f) O Laudo deve ser acompanhado da respectiva imagem impressa e esta deve conter a identificação do paciente e data da realização do procedimento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- 17- Justificar ao usuário do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
- 18- Permitir e facilitar o trabalho do **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**.
- 19- Possuir equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico/sedação e recuperação pós-anestésica/sedação com segurança quando o procedimento contratado necessitar a devida realização, conforme pactuado no contrato.

5. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO REFERENTE AO (S) LOTE (S) DE INTERESSE:

(de acordo com o (s) lote (s) de interesse).

]

XXXX
XXXX
XXXX

6- DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos de Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS para realização de **Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – XXXX é de até R\$ XXXX (XXX)** e para 12 (doze) meses o montante é **de até R\$ XXX (XXXX)**, recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, para o atendimento de procedimentos em:

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica - XXXX

Programação orçamentária mensal **de até R\$ XXXX (XXXXX)** com valor anual **de até R\$ XXXX (XXXX)** para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme ANEXO I da Minuta do Contrato.

6.1- DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários e atributos previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro **XXXX**, ou outro que vier a substituí-lo, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência.
- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à CONTRATADA em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____
COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|--|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|---|--|--|
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CCAA) | | |

8. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico do Serviço



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 04 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA – TRATAMENTO E EXAME

SERVIÇO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA – TRATAMENTO E/OU EXAME

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes em serviço de assistência ambulatorial na área de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – Tratamento e/ou Exame para realização de procedimentos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP. O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Chamamento XXX, na área de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – Tratamento e/ou Exame aos usuários do SUS Curitiba, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| Nº CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento **XXXX** realizará atendimento em Atenção Especializada em Fonoaudiologia – Tratamento e/ou Exames contemplando a Avaliação Fonoaudiológica e o Atendimento Fonoaudiológico ambulatorial e/ou Exames à população de Curitiba.

A programação física mensal estabelecida com o serviço é de **XXXX** procedimentos de Avaliação Fonoaudiológica, de **XXXX** procedimentos de Tratamento Fonoaudiológico e **XXX** procedimentos de Exames.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada em Fonoaudiologia, de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento fonoaudiológico da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial de Atenção Especializada em Fonoaudiologia – Tratamento e/ou Exame se dá através do agendamento de consultas especializadas iniciais disponibilizadas, de natureza eletiva, através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE. Serão agendados atendimentos ambulatoriais eletivos para usuários do SUS residentes em Curitiba.

A assistência à saúde e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção integral aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de Fonoaudiologia, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada em Fonoaudiologia - Tratamento e/ou Exame visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada em Fonoaudiologia.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir a avaliação fonoaudiológica, o tratamento fonoaudiológico e/ou Exames aos usuários do SUS Curitiba.
- e) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (Unidade de Saúde) através de Plano Fonoaudiológico Singular cuja construção poderá envolver a equipe, o usuário e sua família;
- f) Realizar ações integradas junto a Atenção Básica, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- g) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II) Da assistência ambulatorial em Atenção Especializada em Fonoaudiologia – Tratamento e/ou Exame:

a) Da avaliação do usuário para ingresso ao serviço:

- 1- Será efetuada Avaliação pelo Fonoaudiólogo na Unidade de Saúde para identificação do encaminhamento adequado à condição de saúde do paciente;
- 2- Na necessidade de Tratamento Fonoaudiológico e/ou Exame em serviço especializado o paciente será inserido na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.
- 3- O serviço especializado em Fonoaudiologia deve operar com o sistema informatizado de regulação E- SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando aos usuários o acesso ao atendimento.

b) Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

1. Cadastrar e disponibilizar ofertas de Fonoaudiologia Geral para o Tratamento e/ou para Exames conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, com abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:

| Área de Atuação | Programação Física mensal pactuada | Disponibilidade de oferta no primeiro mês de vigência do contrato | Disponibilidade de oferta a partir do segundo mês de vigência do contrato |
|----------------------|------------------------------------|---|---|
| Fonoaudiologia Geral | XXXX | 100% | minimamente 30% |
| Exame | | 100% | ---- |

2. Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.
3. Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores há 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, os usuários do SUS que já possuem seus horários agendados.
4. Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram às Avaliações Fonoaudiológicas e/ou para Exames, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para "realizado". Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como "faltosos" os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação "faltoso ou realizado" fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absenteísmo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
5. Atender aos usuários agendados que comparecerem às Avaliações Fonoaudiológicas e/ou Exames mesmo aqueles que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização da Avaliação Fonoaudiológica e/ou Exames o usuário deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.
6. Realizar os agendamentos de retorno para a realização dos atendimentos fonoaudiológico no serviço e após a conclusão do plano de tratamento, os usuários em condições de alta, devem ser contra referenciados às suas respectivas Unidades de Saúde.
7. Efetuar na primeira competência da contratação do serviço a Oferta de Consulta Externa para Avaliação Fonoaudiológica na CMCE será de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato para a Avaliação Fonoaudiológica.
8. Efetuar a partir da segunda competência do contrato, oferta de **no mínimo 30%** de Consultas Externas de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato de Avaliação Fonoaudiológica na CMCE.
9. Efetuar nas 12 competências de vigência do contrato a oferta do quantitativo de Exames pactuados no contrato.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

10. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.

c) Do processo administrativo caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada à avaliação da demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data da Avaliação Fonoaudiológica e/ou Exames, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade "consulta extra" aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior à consulta agendada.

d) Da Assistência Fonoaudiológica no serviço CONTRATADO:

1. Realizar a Avaliação Fonoaudiológica individualmente com registro no prontuário do paciente, constando:
 - 1.1 História clínica: queixa principal, hábitos de vida, história atual e pregressa da doença, antecedentes pessoais e familiares; tratamentos realizados;
 - 1.2 Exame clínico: descrição do estado de saúde de acordo com a semiologia fonoaudiológica;
 - 1.3 Exames complementares: descrição dos exames complementares realizados previamente.
 - 1.4 Diagnóstico e prognóstico fonoaudiológico: descrição do diagnóstico fonoaudiológico considerando a condição de saúde do paciente estabelecendo o provável prognóstico fonoaudiológico que compreende a estimativa de evolução do caso;
 - 1.5 Plano terapêutico: descrição do procedimento fonoaudiológico relatando os recursos, métodos e técnicas a serem utilizados e o(s) objetivo(s) terapêutico(s) a ser(em) alcançado(s), bem como o quantitativo provável de atendimento mensal com a frequência semanal.
2. A Avaliação Fonoaudiológica será efetuada no código 0301010048 – Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada, este procedimento **somente poderá ser faturado** no acesso do paciente ao serviço e deverá ser apresentado para fatura na competência da efetiva realização da Avaliação Inicial de acordo com as normas do Manual do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
3. Após a Avaliação Fonoaudiológica inicial o serviço deverá iniciar em até 05 (cinco) dias úteis o tratamento Fonoaudiológico, de acordo com o código do procedimento encaminhado pela Unidade de Saúde na Guia de Consulta, e de acordo com o Plano Terapêutico estabelecido na Avaliação Fonoaudiológica.
4. O serviço gerenciará a programação física mensal pactuada realizando o quantitativo de sessões de fonoaudiologia mensal de acordo com o código do procedimento encaminhado pela Unidade de Saúde na Guia de Consulta e conforme o estabelecido no Plano Fonoaudiológico Singular.
5. Realizar atendimento individual conforme o código do procedimento encaminhado, a sessão deverá ser de no mínimo 30 minutos, atendendo ao estabelecido no Plano Fonoaudiológico Individual.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

6. Realizar atendimento em grupo de no máximo de 05 pacientes/profissional quando encaminhado o código para o procedimento de Terapia em Grupo, a sessão deverá ser de no mínimo 30 minutos.
7. Os serviços deverão solicitar para todos os usuários ou responsáveis assinatura em ficha de frequência, estes deverão assinar na data da efetiva realização do atendimento fonoaudiológico. A ficha de frequência deve estar anexada ao prontuário único do usuário.
8. Os prestadores deverão realizar a apresentação dos procedimentos referente aos atendimentos fonoaudiológicos na competência da realização, conforme o código do procedimento encaminhado pela Unidade de Saúde na Guia de Consulta, de acordo com normas do Manual do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, apresentando a quantidade efetivamente realizada no mês.
9. O serviço deverá manter no prontuário do usuário a Guia de Consulta com o Código de Transação da CMCE referente ao período de tratamento do usuário no estabelecimento. Este documento deverá estar disponível quando solicitado pela Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.
10. Os serviços deverão respeitar os atributos dos procedimentos estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP.
11. Para usuários em alta fonoaudiológica, intercorrências ou em outras situações, em qualquer momento do tratamento, o serviço deve encaminhar a contra referência, contendo minimamente a terapêutica utilizada e o quadro atual do paciente, para a Unidade Básica de Saúde de origem.
12. O usuário encaminhado ao serviço poderá realizar o Atendimento Fonoaudiológico por até 06 (seis) meses, mediante registro mensal no prontuário da necessidade de continuidade de atendimento, respeitando o código do procedimento fonoaudiológico encaminhado pela Unidade de Saúde na Guia de consulta, após este período o usuário deverá ser contra referenciado à Unidade de Saúde para reavaliação do Fonoaudiólogo de referência para identificação do encaminhamento adequado à condição de saúde do paciente. O serviço deve encaminhar a contra referência para a Unidade Básica de Saúde de origem.
13. O serviço deverá entregar a Contra Referência ao paciente ou responsável para que este leve à sua Unidade de Saúde ou registrar no sistema E-saúde, os dados do paciente para fins de acolhimento e acompanhamento pela APS.
14. Fornecer os laudos dos Exames efetivamente realizados contendo:
 - a) Identificação do serviço;
 - b) Nome completo do paciente;
 - c) Data da realização do procedimento;
 - d) Resultado do exame;
 - e) Laudo Carimbado com a identificação do profissional, nome completo, número do conselho profissional com a assinatura do profissional realizador do exame;
15. Manter em arquivo toda documentação do encaminhamento do paciente para a realização do exame e o laudo do exame realizado, conforme legislação do Conselho Regional de Fonoaudiologia.
16. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

17. Informar à Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e ao usuário **imediatamente** na identificação de impossibilidade de realização dos exames devido incapacidade operacional, ficando sob-responsabilidade do contratado a manutenção dos equipamentos e gerenciamento da agenda sem prejuízo para os usuários.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA – TRATAMENTO E EXAMES podem optar em realizar os procedimentos somente referentes ao Tratamento ou somente os procedimentos referentes aos Exames, bem como realizar os procedimentos de Tratamento e Exames.
- Os serviços que optarem em realizar os procedimentos de Tratamento devem realizar todos os procedimentos relacionados.
- Os serviços que optarem em realizar os procedimentos de Exames devem realizar todos os procedimentos relacionados, no entanto podem realizar o procedimento 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) ofertando na mesma proporção do procedimento 0211070203 – IMITANCIOMETRIA ou somente o procedimento 0211070041 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) isolado.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade que contempla de 0 a 130 anos, bem como os demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP
- O serviço interessado deverá atender os pacientes sem restrição de patologias referente à especialidade.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- Quando optar em realizar o Tratamento deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8650-0/06 Atividades de fonoaudiologia.**
- Quando optar em realizar Exames deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8650-0/06 Atividades de fonoaudiologia e/ou 630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares.**
- Quando optar em realizar o **Tratamento** o Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos é o seguinte:
223810 – Fonoaudiólogo
- Quando optar em realizar **Exames** o Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos são os seguintes:
223810 - Fonoaudiólogo
225275 - Médico otorrinolaringologista
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 04 para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM FONOAUDIOLOGIA - TRATAMENTO E/OU EXAMES.**

7. DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O recurso mensal para a execução dos procedimentos em **Atenção Especializada em Fonoaudiologia – TRATAMENTO E/OU EXAMES** é de até R\$ XXXX (XXXX) e para 12 (doze) meses o valor total é de até R\$ XXXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, no Bloco Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, conforme segue:

- a. O valor mensal **TRATAMENTO de até R\$** (.....) para produção mensal **de até** (.....) procedimentos do código **0301010048** – Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada que consiste na Avaliação Fonoaudiológica Inicial, com valor anual **de até R\$** (.....) para a produção anual **de até**..... procedimentos.
- b. O valor mensal **de até R\$**(.....) para produção mensal de até (.....) procedimentos e com valor anual **de até R\$** (....) para produção anual **de até** (.....) procedimentos, para a realização dos procedimentos da Tabela SIGTAP do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos, conforme segue:
 1. **XXX** procedimentos código **0301040044** - Terapia Individual;
 2. **XXX** procedimentos código **0301040036** - Terapia em Grupo;
 3. **XXX** procedimentos código **0301070040** - Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação;
 4. **XXX** procedimentos código **0301070113** - Terapia Fonoaudiológica Individual
- c. O valor mensal **EXAMES de até R\$**(.....) para produção mensal de até (.....) procedimentos e com valor anual **de até R\$** (....) para produção anual **de até** (.....) procedimentos, para a realização dos procedimentos da Tabela SIGTAP do Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, conforme segue:
 1. **XXX** procedimentos código 0211070041 - Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Ossea) + 0211070203 – Imitanciometria;
 2. **XXX** procedimentos código 0211070041 - Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Ossea);
 3. **XXX** procedimentos código 0211070211 - Logaudiometria (LDV-IRF-LRF)
 4. **XXX** procedimentos código 0211070050 - Avaliação Auditiva Comportamental
 5. **XXX** procedimentos código 0211070033 - Audiometria Em Campo Livre

7.1. DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

I - Do componente da Média e Alta Complexidade, Teto MAC:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI), ou outro que vier a substituí-lo, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência. O quantitativo mensal de procedimentos, efetivamente realizados para cada usuário, apresentados na competência deverá obedecer até o quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, ou em outro sistema de processamento de faturas que o venha substituir e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados, sendo a Guia de Consulta com o código do procedimento a ser realizado, o registro em prontuário da avaliação fonoaudiológica com o Plano Fonoaudiológico Singular, registro do (s) procedimento (s) realizado (s) na competência, registro das evoluções, com anotações legíveis, datados (dia, mês e ano), assinados e carimbados pelos profissionais responsáveis e ficha de frequência assinada pelos usuários ou seus responsáveis nos prontuários individuais.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à **CONTRATADA** em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____
COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|---|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CCAA) | | |

9. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico Serviço



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 05 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

SERVIÇO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes em serviço de assistência ambulatorial na área de ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA para realização de procedimentos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Chamamento XXX, na área de DEFICIÊNCIA AUDITIVA aos usuários do SUS Curitiba, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| N.º CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará atendimento em ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA contemplando o processo de reabilitação auditiva que inclui o diagnóstico, consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de AASI de Sistema de Frequência Modulada/Sistema FM, terapia fonoaudiológica, manutenção ou reposição de molde auricular, de AASI e Sistema FM.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A programação física mensal estabelecida com o serviço é de XXXX procedimentos do Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, XXXX procedimentos do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos e de XXXX procedimentos do Grupo 07 Subgrupo 01 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais não Relacionadas ao Ato Cirúrgico, Forma de Organização 03 - OPM auditivas.

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva se dará através do agendamento de consultas especializadas iniciais disponibilizadas, de natureza eletiva, através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE. Serão agendados atendimentos ambulatoriais eletivos para usuários do SUS residentes em Curitiba e de municípios conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR.

A assistência à saúde e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção integral aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir a reabilitação auditiva que inclui o diagnóstico, consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de AASI, de Sistema de Frequência Modulada/Sistema FM, terapia fonoaudiológica, manutenção ou reposição de molde auricular, de AASI e Sistema FM aos usuários do SUS Curitiba e municípios pactuados conforme Plano Diretor de Regionalização.
- e) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (Unidade de Saúde) envolvendo a equipe, o usuário e sua família;
- h) Realizar ações integradas junto a Atenção Básica, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- i) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II) Da assistência ambulatorial em Atenção Especializada:

a) Da avaliação do usuário para ingresso ao serviço:

1. Será efetuada Avaliação pelo Fonoaudiólogo na Unidade de Saúde para identificação do encaminhamento adequado à condição de saúde do paciente;
2. Na necessidade de atenção em serviço especializado o paciente será inserido na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

3. O serviço especializado deve operar com o sistema informatizado de regulação E-SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando aos usuários o acesso ao atendimento.

b) Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:

1. Cadastrar e disponibilizar ofertas em Otorrino-Deficiência Auditiva e Otorrino-Deficiência Auditiva Alta Complexidade conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, com abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:

| Área de Atuação | Programação Física mensal pactuada | Disponibilidade de oferta mensal |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Otorrino-Deficiência Auditiva | | |
| Otorrino-Deficiência Auditiva Alta Complexidade | | |

2. Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.
3. Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores há 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, os usuários do SUS que já possuem seus horários agendados.
4. Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram às consultas, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para "realizado". Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como "faltosos" os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação "faltoso ou realizado" fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absenteísmo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
5. Atender aos usuários agendados que comparecerem às consultas mesmo aqueles que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização da consulta o usuário deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.
6. Realizar os agendamentos de retorno para a realização dos atendimentos no serviço e após a conclusão do plano de tratamento, os usuários em condições de alta, devem ser contra referenciados às suas respectivas Unidades de Saúde.
7. Efetuar a Oferta de Consulta Externa para Otorrino-Deficiência Auditiva e Otorrino-Deficiência Auditiva Alta Complexidade na CMCE de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato.
8. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

c) Do processo administrativo caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada à avaliação da demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data da consulta, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade “consulta extra” aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior à consulta agendada.

d) Da Assistência Especializada no serviço CONTRATADO:

- 1- Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física do serviço de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva;
- 2- Garantir o atendimento multiprofissional e integral à Pessoa com Deficiência Auditiva;
- 3- Efetuar de forma regular a manutenção dos equipamentos e materiais necessários, mobiliário e espaço físico para execução dos procedimentos de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva;
- 4- Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde.
- 5- Efetuar para cada paciente ingressado no serviço a avaliação inicial individual para estabelecer o Plano Terapêutico Individual.
- 6- Atender todos os procedimentos constantes nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato** referente à demanda de pacientes do SUS na abrangência do município de Curitiba, encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- 7- Executar os procedimentos contratados conforme atributos da Tabela SIGTAP estabelecidos pelo Ministério da Saúde, contemplando o cuidado integral ao paciente.
- 8- Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação, atendimentos, exames e entrega do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). O prontuário deverá apresentar registros adequados com anotações legíveis, contendo a Identificação do paciente, História clínica, Exame clínico, Exames complementares, o Diagnóstico, o Plano terapêutico, a Evolução do quadro do paciente, o registro da Terapia Fonoaudiológica Individual, a entrega do AASI e/ou Sistema FM, a Identificação do profissional que prestou a assistência.
- 9- Manter a Ficha de Frequência assinada pelos usuários ou responsáveis nos prontuários individuais, o usuário ou responsável somente poderá assinar a Ficha de Frequência na data efetiva da realização da avaliação/atendimento/exame/entrega do AASI e/ou Sistema de Frequência Modulada.
- 10- Encaminhar para a Unidade Básica de Saúde do paciente a Contra Referência em casos de alta ou intercorrências.
- 11- O atendimento no serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Auditiva deverá ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
- 12- Realizar atendimento humanizado de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).
- 13- Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
- 14- Não poderá o serviço credenciado deixar em fila de espera interna os pacientes com necessidade de atendimento especializado ou de concessão de próteses Auditivas e outros.
- 15- Respeitar o prazo de vigência para a execução dos procedimentos autorizados



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- 16- Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
- 17- Atender aos critérios de Avaliação Diagnóstica e Indicação do uso de AASI, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
- 18- Atender as Normas para Prescrição de Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM) conforme estabelecido na Portaria GM/MS 1274 de 25/06/2013:
- 18.1- Possuir deficiência auditiva e ser usuário de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e/ou Implante Coclear (IC);
- 18.2- Possuir domínio da linguagem oral ou em fase de desenvolvimento;
- 18.3- Estar matriculado no Ensino Fundamental I ou II e/ou Ensino Médio; e
- 18.4- Apresentar desempenho em avaliação de habilidades de reconhecimento de fala no silêncio. Sugere-se, quando possível, IPRF (Índice Percentual de reconhecimento de Fala) melhor que 30%, na situação de silêncio. Em caso de crianças em fase de desenvolvimento de linguagem oral, quando não for possível a realização do IPRF, ou a utilização de testes com palavras devido à idade, deve ser considerado o limiar de detecção de Voz (LDV) igual ou inferior a 40 (com AASI ou IC).
19. Atender aos critérios de Seleção e Adaptação de AASI, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
20. Efetuar a verificação do desempenho e benefício fornecido pelo aparelho, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
21. Efetuar o acompanhamento periódico dos usuários de AASI e Sistema FM, monitorando a perda auditiva e a efetividade do uso desse tipo de tecnologia assistiva, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
22. Garantir a terapia fonoaudiológica com enfoque na reabilitação integral dos usuários de AASI, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014” e Portaria GM/MS 1274 de 25/06/2013.
23. Obedecer às situações para reposição do AASI e Sistema FM, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014” e Portaria GM/MS 1274 de 25/06/2013.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados neste lote **deverão possuir habilitação do Ministério da Saúde como 2204 - Centro de Reabilitação Auditiva em Média Complexidade ou 2205 - Centro de Reabilitação Auditiva em Alta Complexidade.**
- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA **devem realizar na totalidade os procedimentos referidos neste lote, de acordo com a habilitação.**
- Os serviços interessados deverão garantir o atendimento integral dos usuários por meio de: diagnóstico - consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual - AASI, Sistema de Frequência Modulada e Terapia Fonoaudiológica, com reposição de molde auricular e de AASI.
- Os serviços deverão possuir a seguinte equipe multiprofissional:
Médico Otorrinolaringologista
Fonoaudiólogo
Assistente Social



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- O serviço deverá possuir estrutura física e equipamentos compatíveis para atendimento multiprofissional em Reabilitação Auditiva e consultórios para atendimento individualizado.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8650-0/06 Atividades de fonoaudiologia e/ou 8630-5/03 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas e/ou 630-5/02 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares.**
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:
223810 – Fonoaudiólogo, 225275 - Médico otorrinolaringologista
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta no ANEXO IV – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento, LOTE 05, apresentando o quantitativo referente à disponibilidade mensal de oferta do procedimento 0211070092 AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA (para usuários de 4 a 130 anos) e a disponibilidade mensal de oferta do procedimento 0211070106 AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA, sendo este procedimento **exclusivo para serviço com Habilitação 2205 - Centro de Reabilitação Auditiva em Alta Complexidade** para o atendimento de usuários de 0 a 3 anos ou paciente acima desta faixa etária com afecções associadas. O proponente também deverá preencher adequadamente todos os requisitos estabelecidos no referido anexo para análise da capacidade instalada, equipamentos e estrutura para distribuição da efetiva programação. A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA.**

7. DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O recurso mensal para a execução dos procedimentos em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA** é de até R\$ XXXX (XXXX) e para 12 (doze) meses o valor total é de até R\$ XXXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, no Bloco Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, conforme segue:

- I. De até XXXX (XXXX) para produção mensal de procedimentos do Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica e do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos com valor anual de até R\$ (xxx).
- II. De até XXXX (XXXX) para produção mensal de procedimentos do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos com valor anual de até R\$ (xxx).
- III. De até R\$ XXXX (XXX) para a produção mensal de procedimentos do Grupo 07 Subgrupo 01 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais não Relacionadas ao Ato Cirúrgico, Forma de Organização 03 - OPM auditivas, com valor anual de até R\$ (xxx).

7.1 - DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI), ou Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC), obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência. O quantitativo mensal de procedimentos, efetivamente realizados para cada usuário, apresentados na competência deverá obedecer até o quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS.
- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, ou em outro sistema de processamento de faturas que o venha substituir e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à **CONTRATADA** em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.

Serão avaliados os seguintes itens:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO
SERVIÇO: _____
COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|---|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CCAA) | | |

9. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico Serviço



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 06 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENÍASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE

Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS na Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx** CNES: **xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes na Área de **Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade**.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Credenciamento XXX, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| Nº CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS em Procedimentos na Área de **Atenção Especializada em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade**.

A programação física mensal estabelecida com o serviço é de XXXX procedimentos para atendimento do Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, XXXX procedimentos para atendimento do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos e XXXX procedimentos para atendimento do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial se dá através do agendamento de oferta externa inicial, de natureza eletiva, através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE. São agendados atendimentos ambulatoriais eletivos para usuários do SUS residentes em Curitiba e de outros municípios pactuados conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR.

A assistência à saúde ambulatorial e hospitalar e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção integral aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de **Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade**, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir o atendimento integral aos usuários na área de Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade;
- e) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II) Da assistência ambulatorial em Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade:

a) Do atendimento ao usuário para ingresso ao serviço:

1. Na identificação da necessidade de encaminhamento para realização de procedimento na área de Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade o paciente será inserido na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.
2. O serviço especializado deve operar com o sistema informatizado de regulação E-SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando aos usuários o acesso ao procedimento.

b) Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:

1. Cadastrar e disponibilizar ofertas de Procedimentos na área de Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, com abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| Área de Atuação | Programação Física mensal pactuada | Disponibilidade de oferta externa mensal |
|-----------------------------|---|---|
| Dermatologia – Hansenologia | | |
| Dermatologia Geral | | |

2. Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.
3. Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores há 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, os usuários do SUS que já possuem seus horários agendados.
4. Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram ao serviço, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para “realizado”. Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como “faltosos” os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação “faltoso ou realizado” fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absenteísmo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
5. Atender aos usuários agendados que comparecerem ao serviço, mesmo aqueles que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização do procedimento, o usuário deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.
6. Efetuar a Oferta de Consulta Externa Inicial para Procedimentos na área de Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade será de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato.
7. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.

c) Do processo administrativo caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada a demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data do procedimento, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade “consulta extra” aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior ao procedimento agendado.

d) Da Assistência no serviço CONTRATADO:

1. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física ao serviço.
2. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato** referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

3. Executar os procedimentos contratados conforme seus descritivos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde.
4. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente aos procedimentos realizados e o prontuário único.
5. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, respeitando a privacidade, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH.
6. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
7. O serviço deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, realizando todas as alterações necessárias e dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos procedimentos contratados. Conforme Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01 de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Seção II, no Art.364 - O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos.
8. É de exclusiva responsabilidade da contratada a alocação de recursos humanos adequados e suficientes para a execução do contrato, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultados de vínculo empregatício, cujo ônus em nenhuma hipótese será transferido ao município.
9. Comunicar a equipe técnica envolvida diretamente com a realização da pactuação do Contrato, os compromissos e metas do mesmo, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
10. A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços.
11. Não poderá o serviço credenciado se recusar a atender e nem deixar em fila de espera os pacientes encaminhados através do fluxo regular, respeitando a data e horário para realização dos procedimentos.
12. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
13. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação.
14. Justificar ao usuário do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
15. Permitir e facilitar o trabalho do **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**.
16. Garantir a organização do fluxo operacional do serviço;
17. Possuir equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico/sedação e recuperação pós-anestésica/sedação com segurança;
18. Garantir o atendimento integral aos usuários na área de Dermatologia Geral e Hanseníase em Média Complexidade
19. Contar com equipe mínima para desenvolver as ações conforme estabelecido na Portaria MS/SAS nº 594 de 29 de outubro de 2010 para Serviço - Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, Classificação - Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo II, Código 158-002, sendo Médico, Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;
20. Efetuar o diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e seqüelas;
21. Realizar a avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
22. Efetuar o tratamento com poliquimioterapia padrão e com esquemas substitutivos;
23. Acompanhar o paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta;
24. Realizar a prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

25. Encaminhar para outros profissionais ou serviços com Contra Referência devidamente preenchida para a continuidade do cuidado em outros níveis de atenção;

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENIASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE **devem realizar na totalidade os procedimentos do lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
- O serviço interessado deverá atender os pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.86.3.0-5/01.00 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos.**
- O serviço de Atenção Integral em Hanseníase deve possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como código 158 – 002 - SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM HANSENIASE - SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM HANSENIASE TIPO II, atendendo a Portaria nº 594 de 29 de outubro de 2010.
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 06 - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENIASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE** para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:
225135 Médico dermatologista, 223605 Fisioterapeuta geral, 225148 Médico anatomopatologista ou 225335 Médico patologista clínico / medicina laboratorial, 223505 – Enfermeiro, 223905 - Terapeuta ocupacional
- O procedimento de 0203020030 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) poderá ser executado por serviço terceiro, apresentar contrato com o serviço terceiro.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENIASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE.**

7. DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos de Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS para realização de procedimentos na área de **ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA GERAL E HANSENIASE EM MÉDIA COMPLEXIDADE** é de até R\$ XXXX (XXX) e para 12 (doze) meses o montante é de até R\$ XXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme segue:

xxx Procedimentos – 0201010372 - Biopsia de Pele e Partes Moles

xx Procedimentos – 0203020030 - Exame Anatomo-Patológico para Congelamento / Parafina por Peça Cirúrgica ou por Biopsia (Exceto Colo Uterino e Mama)

xxx Procedimentos – 0301010072 - Consulta Médica em Atenção Especializada



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- xxx Procedimentos – 0303080116 - Fototerapia com Fotossensibilização (por sessão)
- xxx Procedimentos – 0401010015 - Curativo Grau II C/ ou S/ Debridamento
- xxx Procedimentos – 0401010040 - Eletrocoagulação de Lesão Cutânea
- xxx Procedimentos – 0401010058 - Excisão de Lesão e/u Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa
- xxx Procedimentos – 0401010074 - Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma
- xxx Procedimentos – 0401010090 - Fulguração / Cauterização Química de Lesões Cutâneas
- xxx Procedimentos – 0401010104 - Incisão e Drenagem de Abscesso
- xxx Procedimentos – 0401010120 - Retirada de Lesão por Shaving
- xxx 0417010052 - Anestesia Regional
- xxx Procedimentos – 0301010048 - Consulta de Profissionais de Nível Superior Na Atenção Especializada

7.1. DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários e atributos previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência.
- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO:

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à CONTRATADA em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____

COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|---|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|--|--|--|
| ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CAA) | | |
|--|--|--|

9. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico Serviço



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 15 - SAÚDE DA MULHER

**Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS
SAÚDE DA MULHER**

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes em **Saúde da Mulher**.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Credenciamento XXX, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| Nº CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS em procedimentos na Área de Saúde da Mulher.

A programação física mensal estabelecida com o serviço é de XXXX procedimentos.

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde das usuárias do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial se dá através do agendamento de oferta externa inicial, de natureza eletiva, através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE. Serão agendados atendimentos ambulatoriais eletivos para usuárias do SUS residentes em Curitiba e de outros municípios pactuados conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR.

A assistência à saúde e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção às usuárias do SUS com necessidade de assistência na área de Saúde da Mulher, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada visando promover a equidade e ampliar o acesso às usuárias do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência da usuária do SUS.
- d) Garantir o atendimento às usuárias na área de Saúde da Mulher.
- e) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades das usuárias.

II) Da assistência ambulatorial em Saúde da Mulher:

a. Do atendimento à usuária para ingresso ao serviço:

1- Na necessidade de procedimentos na Área de Saúde da Mulher o paciente será inserido na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.

2- O serviço especializado deve operar com o sistema informatizado de regulação E-SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando às usuárias o acesso ao procedimento.

b. Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:

1- Cadastrar e disponibilizar ofertas de procedimentos em Saúde da Mulher conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, com abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:

| Área de Atuação | Programação Física mensal pactuada | Disponibilidade de oferta mensal |
|-----------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | | |

2- Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.

3- Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores há 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, as usuárias do SUS que já possuem seus horários agendados.

- 4- Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram ao serviço, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para “realizado”. Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como “faltosos” os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação “faltoso ou realizado” fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absenteísmo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
- 5- Atender as usuárias agendadas que comparecerem ao serviço, mesmo aquelas que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização procedimento, a usuária deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.
- 6- Efetuar a Oferta de Consulta Externa Inicial para Procedimentos em Saúde da Mulher na CMCE será de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato.
- 7- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.

c. Do processo administrativo caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada a demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data do procedimento, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade “consulta extra” aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior ao procedimento agendado.

d. Da Assistência no serviço CONTRATADO:

1. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física do serviço.
2. Possuir espaço físico apropriado ao atendimento ambulatorial, com acesso e adaptações específicas aos pacientes com deficiência física, cadeirantes, pacientes transportados em maca (rampa, corrimão, banheiros adaptados), arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.
3. Disponibilizar todos os recursos físicos e materiais, permanentes e de consumo, necessários à execução dos procedimentos.
4. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato** referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
5. Executar os procedimentos contratados conforme atributos estabelecidos na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde.
6. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente aos procedimentos realizados.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

7. Atender as usuárias do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, respeitando a privacidade, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH.
8. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
9. O serviço deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, realizando todas as alterações necessárias e dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos procedimentos contratados. Conforme Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01 de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Seção II, no Art.364 - O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos.
10. Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Manter relatório com data, horário e nome da pessoa com a qual foi feito o contato referente à manifestação, para consulta da SMS/Curitiba se necessário.
11. A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços.
12. Não poderá o serviço credenciado se recusar a atender e nem deixar em fila de espera os pacientes encaminhados através do fluxo regular, bem como respeitando a data e horário para realização dos procedimentos.
13. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
14. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem as usuárias do SUS para fins de experimentação.
15. Disponibilizar na CMCE orientações às usuárias referentes aos preparos necessários para a realização dos procedimentos.
16. Fornecer os laudos às pacientes dos procedimentos de Ultrassonografia Mamária Bilateral efetivamente realizados contendo:
 - 16.1 Identificação do serviço;
 - 16.2 Nome completo do paciente;
 - 16.3 Data da realização do procedimento;
 - 16.4 Resultado do exame;
 - 16.5 Hipótese Diagnóstica;
 - 16.6 Recomendações;
 - 16.7 Observações;
 - 16.8 Laudo Carimbado com a identificação do profissional, nome completo, número do conselho profissional com a assinatura do profissional realizador do exame;
17. O Laudo deve ser acompanhado da respectiva imagem impressa e esta deve conter a identificação do paciente e data da realização do procedimento.
18. Fornecer os laudos às pacientes dos procedimentos de Mamografia e Mamografia Bilateral para Rastreamento conforme Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 05/2017, que devem atender aos critérios de qualidade para a leitura dos exames e a expedição dos laudos radiográficos, sendo que a leitura dos exames em filmes fica reservada aos exames que não utilizam tecnologia digital e a leitura dos exames realizados em equipamentos com tecnologia digital deve ser feita, preferencialmente, em monitores específicos para interpretação das imagens das mamas. O laudo radiográfico deve conter as seguintes informações:
 - 18.1 Identificação do serviço, da idade do examinado e data do exame;
 - 18.2 Se exame de rastreamento ou de diagnóstico;
 - 18.3 Número de filmes ou imagens;
 - 18.4 Padrão mamário;
 - 18.5 Achados radiográficos;
 - 18.6 Classificação BI-RADS®;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- 18.7 Recomendação de conduta; e
- 18.8 Nome e assinatura do médico interpretador do exame.
19. Fornecer os laudos dos exames em até 30 (trinta) dias após a data da realização do exame.
20. Efetuar o registro no Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) e encaminhar o arquivo mensalmente pelo Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, o registro deve ser efetuado concomitantemente ao resultado do exame.
21. Registrar todos os dados das pacientes e os respectivos resultados de exames no Sistema de Informação de Câncer – SISCAN, em até 30 dias, a contar da realização do exame, com a finalidade de proporcionar o resultado o mais precoce possível.
22. Justificar à usuária do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
23. Permitir e facilitar o trabalho do **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos **SAÚDE DA MULHER devem realizar todos os procedimentos deste lote.**
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- O serviço interessado deverá atender as pacientes obedecendo a idade e demais atributos estabelecidos para o procedimento conforme Tabela SIGTAP.
- **A condicionante** para a apresentação de proposta é de que para a oferta de cada 06 (seis) 0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO o serviço deverá ofertar 01 (uma) 0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:

| | |
|--------|---|
| 225320 | Médico em radiologia e diagnóstico por imagem |
| 225250 | Médico ginecologista e obstetra |
| 225255 | Médico mastologista |
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao LOTE 15 – Saúde da Mulher no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8640-2/05 Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia.**
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **Saúde da Mulher.**

7- DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos de Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS para realização de Procedimentos para **SAÚDE DA MULHER é de até R\$ XXXX (XXX)** e para 12 (doze) meses o montante é **de até R\$ XXX (XXXX)**, recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, para a programação física mensal de até XXX (XXXX) procedimentos, conforme segue:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

XXX procedimentos - 0204030030 MAMOGRAFIA

XXX procedimentos - 0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

XXX procedimentos - 0205020097 ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL

7.1- DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários e atributos previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado BPAI, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência.
- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e na avaliação.

O relatório será repassado à **CONTRATADA** em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.
- Registro no SISCAN dentro do prazo estabelecido, Fonte Departamento de Atenção Primária à Saúde – DAPS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____

COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|---|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CCAA) | | |
| Registro no SISCAN dentro do prazo estabelecido: Cumprir o prazo = Atingido. Não cumprir o prazo = Não atingido (DAPS) | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

9. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico do Serviço



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 16 - SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR

**Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS
SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes na Área de **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR**.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Credenciamento XXX, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| Nº CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS em Procedimentos na Área de **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR**.

A programação física mensal estabelecida com o serviço é dos seguintes procedimentos:
XXX procedimentos - 0301010072 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (acesso do paciente)
XXX procedimentos - 0409040240 - VASECTOMIA
XXX procedimentos - 0202090264 - PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)
XXX procedimentos - 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (consulta de retorno para acompanhamento após a realização do procedimento 0202090264)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

XXX procedimentos - 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL (AMBULATORIAL)

XXX procedimentos - 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL (HOSPITALAR)

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial se dá através do agendamento de oferta externa inicial, de natureza eletiva, através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE. São agendados atendimentos ambulatoriais eletivos para usuários do SUS residentes em Curitiba e de outros municípios pactuados conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR.

A assistência à saúde ambulatorial e hospitalar e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção integral aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR**, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir o atendimento aos usuários na área **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR**.
- e) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II) Da assistência ambulatorial em SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR:

a) Do atendimento ao usuário para ingresso ao serviço:

1. Na identificação da necessidade de encaminhamento para realização de procedimento na área de **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR** o paciente será inserido na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.
2. O serviço especializado deve operar com o sistema informatizado de regulação E- SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando aos usuários o acesso ao procedimento.

b. Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:

1. Cadastrar e disponibilizar ofertas de Procedimentos na área de **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR** conforme pactuação estabelecida nos



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

doze (12) meses de vigência do contrato, com abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:

| Área de Atuação | Programação Física mensal pactuada | Disponibilidade de oferta mensal |
|---|---|---|
| Uro – Vasectomia agenda externa | | |
| Uro – Vasectomia agenda interna/retorno | | |

2. Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.
3. Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores há 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, os usuários do SUS que já possuem seus horários agendados.
4. Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram ao serviço, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para “realizado”. Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como “faltosos” os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação “faltoso ou realizado” fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absentismo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
5. Atender aos usuários agendados que comparecerem ao serviço, mesmo aqueles que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização procedimento, o usuário deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.
6. Efetuar a Oferta de Consulta Externa Inicial para Procedimentos na área de **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR** será de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato.
7. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.

c. Do processo administrativo caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada a demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data do procedimento, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade “consulta extra” aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior ao procedimento agendado.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

d. Da Assistência no serviço CONTRATADO:

1. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física ao serviço.
2. Possuir espaço físico apropriado ao atendimento ambulatorial, com acesso e adaptações específicas aos pacientes com deficiência física e cadeirantes, arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.
3. Disponibilizar todos os recursos físicos e materiais, permanentes e de consumo, necessários à execução dos procedimentos.
4. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato** referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.
5. Executar os procedimentos contratados conforme atributos estabelecidos na Tabela SIGTAP pelo Ministério da Saúde.
6. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente aos procedimentos realizados e o prontuário único com os efetivos registros.
7. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, respeitando a privacidade, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH.
8. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
9. Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Manter relatório com data, horário e nome da pessoa com a qual foi feito o contato referente à manifestação, para consulta da SMS/Curitiba se necessário.
10. A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços.
11. Não poderá o serviço credenciado se recusar a atender e nem deixar em fila de espera os pacientes encaminhados através do fluxo regular, bem como deve respeitar a data e horário para realização dos procedimentos.
12. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
13. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação.
14. Justificar ao usuário do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
15. Permitir e facilitar o trabalho do **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**.
16. Orientar aos usuários preparos necessários para a realização do procedimento, bem como dos cuidados e do acompanhamento após a realização do procedimento.
17. Promover a contracepção masculina após desejo claro de vontade do solicitante e cumprido todos os requisitos legais, com base na lei do Planejamento Familiar e Portaria 1319/2007.
18. Constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
19. Atender as intercorrências após a realização da Vasectomia, no entanto quando a intercorrência necessitar de atenção com maior complexidade o serviço deve referenciar o paciente
20. Agendar consulta de retorno para controle 15 dias após a data da realização da vasectomia e realizar a PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA) para conformação do procedimento.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

21. Orientar a manutenção da anticoncepção até a confirmação da esterilização cirúrgica.
22. Manter o paciente vinculado ao serviço até a efetividade da esterilização.
23. Justificar ao usuário do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**.
24. Possuir equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico/sedação e recuperação pós-anestésica/sedação com segurança.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos do lote Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar deverão **possuir Habilitação pelo Ministério da Saúde código 1902 – Vasectomia**.
- Os serviços interessados em realizar os procedimentos Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar **devem realizar na totalidade os procedimentos deste lote**.
- A oferta dos procedimentos ocorrerá através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, conforme o quantitativo pactuado.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento do procedimento 0409040240 VASECTOMIA:
225225 - Médico cirurgião geral, 225285 - Médico urologista
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento do procedimento 0202090264 PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA):
221105 – Biólogo, 221205- Biomédico, 223415 - Farmacêutico analista clínico, 225335 - Médico patologista clínico / medicina laboratorial.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento do procedimento 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL.
- 225225 - Médico cirurgião geral, 225285 - Médico urologista
225125 Médico clínico
- O serviço deverá preencher adequadamente a proposta para a execução do procedimento referente ao LOTE 16 – Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar no ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento para análise da capacidade instalada e estrutura para distribuição da efetiva programação.
- Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.86.1.0-1/01.00 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências**.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **Saúde do Homem - Vasectomia - Ambulatorial e Hospitalar**.

7. DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos de Serviço para Assistência Ambulatorial e hospitalar Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS para realização de procedimentos em **SAÚDE DO HOMEM – VASECTOMIA - AMBULATORIAL E HOSPITALAR** é de até R\$ **XXXX** (XXX) e para 12 (doze) meses o montante é de até R\$ **XXX** (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, para a realização do procedimentos conforme segue:

XXX procedimentos - 0301010072 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (acesso do paciente)

XXX procedimentos - 0409040240 - VASECTOMIA

XXX procedimentos - 0202090264 - PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)

XXX procedimentos - 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (consulta de retorno para acompanhamento após a realização do procedimento 0202090264)

XXX procedimentos - 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL (AMBULATORIAL)

XXX procedimentos - 0409040010 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL (HOSPITALAR)

7.1 DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS e no Sistema de Informações Hospitalar – SIH/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários e atributos previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPAI, Autorização de Procedimento de Alto Custo – APAC e Autorização de Internação Hospitalar - AIH, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos na efetiva competência de sua realização.
- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e no Sistema de Informações Hospitalar – SIH/SUS, bem como realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

8-MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à CONTRATADA em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.
- Registro de Consulta de Retorno após a realização da Vasectomia, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____

COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|---|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|---|--|--|
| Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CAA) | | |
| Registro de Consulta de Retorno após a realização da Vasectomia. Registro efetuado= atingido Registro não efetuado= não atingido (CMCE) | | |

9 - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico do Serviço



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 17 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

SERVIÇO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde **xxx** CNES: **xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes em serviço de assistência ambulatorial na área de **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA** para realização de procedimentos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Chamamento XXX, na área de **SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA** aos usuários do SUS Curitiba, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| Nº CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará atendimento em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA** contemplando o atendimento em Reabilitação Física e Concessão e Adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

A programação física mensal estabelecida com o serviço é de até XXXX procedimentos/mês do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos e de até xxxx procedimentos/mês do Grupo 07 - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física deverá ser disponibilizada através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE.

A assistência à saúde e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção integral à Pessoa com Deficiência Física no SUS, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada à Saúde da Pessoa com Deficiência Física visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada à Pessoa com Deficiência Física.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir o atendimento em Reabilitação Física e Concessão e Adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção.
- e) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde envolvendo a equipe, o usuário e sua família;
- f) Realizar ações integradas junto a Atenção Básica, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- g) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II) Da assistência ambulatorial em Atenção Especializada:

O serviço contratado realizará atendimento em Reabilitação Física e Concessão e Adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção à Pessoa com Deficiência Física conforme estabelecido na Portaria nº388 de 28 de julho de 1999, na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017 da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na Portaria 2297 GM/MS de 10 de outubro de 2008, na Portaria 2793 GM/MS de 09 de dezembro de 2014, na Portaria GM/MS 2109 de 21 de setembro de 2012, na Portaria GM/MS 1272 de 25 de junho de 2013, no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP e no documento Saúde Sem Limite - Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014, para a população encaminhada através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.

a. Do ingresso ao serviço para Reabilitação Física e Concessão e Adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção:

1. Na identificação da necessidade de realização de procedimentos na Área de Reabilitação Física e Concessão e Adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, a Pessoa com



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Deficiência Física será inserida na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.

2. O serviço especializado deve operar com o sistema informatizado de regulação E-SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando aos usuários o acesso ao atendimento.

b. Do processo administrativo para o acesso à Reabilitação Física e Concessão e Adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, caberá ao CONTRATADO:

1. Cadastrar e disponibilizar ofertas conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, com abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:

| Área de Atuação | Programação mensal pactuada | Disponibilidade de oferta mensal |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Órtese, Prótese e Reabilitação Física | | |

2. Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.
3. Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores a 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, os usuários do SUS que já possuem seus horários agendados.
4. Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram às avaliações, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para “realizado”. Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como “faltosos” os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação “faltoso ou realizado” fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absenteísmo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
5. Atender aos usuários agendados que comparecerem às consultas mesmo aqueles que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização da consulta o usuário deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.
6. Realizar os agendamentos de retorno para a realização dos atendimentos no serviço e após a conclusão do plano de tratamento, os usuários em condições de alta, devem ser contra referenciados às suas respectivas Unidades de Saúde.
7. Efetuar a Oferta de Consulta Externa para Avaliação na Área de Atuação - Órtese, Prótese e Reabilitação Física na CMCE de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato.
8. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

c. Do processo administrativo caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada à avaliação da demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data da consulta, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade “consulta extra” aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior à consulta agendada.

d. Da Assistência Especializada à Pessoa com Deficiência Física no serviço CONTRATADO:

1. Avaliação Inicial - Consulta com médico e/ou outro (s) profissional (ais) da equipe multiprofissional;
2. Na avaliação inicial será identificada a elegibilidade ou não do usuário para ingresso no serviço;
3. Na identificação de usuário não elegível, o serviço deverá efetuar orientações relacionadas ao quadro clínico ao usuário e/ou responsável e após encaminhar para a Unidade de Saúde com contra referência para continuidade do cuidado;
4. Quando identificada a necessidade de avaliação de outra especialidade que não participou da avaliação inicial, agendar avaliação(ões) específica(s).
5. No processo de avaliação inicial ou em avaliações específicas, o serviço definirá a necessidade ou não de órtese e/ou meio auxiliar de locomoção. Deverá ser considerado o ganho funcional do usuário para a indicação e orientação ao uso de tecnologia assistiva, com orientações para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e consequente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação.
6. Encaminhar o laudo imediatamente após a identificação de necessidade de órtese e/ou meio auxiliar de locomoção à Auditoria da SMS/Curitiba para autorização do procedimento;
7. Respeitar o fluxo de autorização, medidas, concessão e adaptação dos produtos;
8. Reabilitação Física - O processo de Reabilitação Física poderá ser efetuado por equipe multiprofissional ou através de Terapia Única, conforme estabelecido no Plano Terapêutico Individual;
9. Quando a Reabilitação Física for multiprofissional deverão ser efetuados no mínimo 02 atendimentos por 02 especialidades diferentes da equipe multiprofissional por período de atendimento;
10. Em situações agudas, episódios recentes, pós cirúrgicos ou outras situações que necessitem de atendimento intensivo, o serviço deverá realizar o tratamento com a frequência de no mínimo 03 (três) vezes por semana, conforme avaliação da equipe;
11. Após o acesso do usuário no serviço, o processo desde a Avaliação Inicial até o início da reabilitação física deve ocorrer até o prazo máximo de 10 (dez) dias, garantindo a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação, prevenção de incapacidades e orientação, conforme previsto na legislação atual.
12. Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção:
 - 12.1 O serviço deverá observar o prazo máximo de 05 dias entre a avaliação inicial do paciente no serviço e o encaminhamento dos laudos para autorização da SMS; excetuando-se os casos que não apresentem indicação inicial de produtos;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- 12.2 Após análise e autorização do procedimento pela Auditoria da SMS Curitiba, o serviço deverá iniciar o processo de confecção do produto junto ao seu fornecedor conforme prescrição e mensuração do usuário;
- 12.3 A confecção e entrega dos produtos deverá ocorrer no prazo máximo de 03 competências a contar da competência de autorização, salvo intercorrências que devem ser registradas no prontuário do paciente. Quando houver a indicação de produtos para pacientes no pós cirúrgico, a confecção deverá ser imediata;
- 12.4 A indicação dos produtos pelo serviço deverá constar no Plano Terapêutico. Os processos de avaliação e mensuração para a concessão dos produtos devem respeitar o prazo de no máximo 20 (vinte) dias após a entrada no serviço, considerando a autorização do laudo pela SMS. Prescrever ao serviço fornecedor as adequações e adaptações conforme características físicas dos pacientes;
- 12.5 O laudo de solicitação do produto será assinado pelo médico assistente ou fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. Quando forem estes últimos, estes deverão utilizar o CID estabelecido pelo profissional médico na Avaliação Inicial, constando no laudo a justificativa de que o CID foi estabelecido na Avaliação Inicial;
- 12.6 A concessão dos produtos deverá respeitar a ordem cronológica de entrada do usuário no serviço. Contudo o serviço poderá identificar casos singulares onde a concessão de determinado produto deverá ser antecipada para auxiliar o processo de reabilitação do usuário;
- 12.7 Garantir o processo de Reabilitação Física, o treinamento e a adaptação aos produtos concedidos;
- 12.8 A adaptação e dispensação de produtos são de responsabilidade do serviço, bem como a avaliação final na entrega destes ao usuário devendo ser realizada pelo profissional designado pela direção técnica do serviço, visando garantir a qualidade e a melhor adaptação ao produto concedido.

e. Processo de entrega das Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção:

1. Executar a entrega do produto pelo profissional médico e fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional com o efetivo registro em prontuário; importante a presença de profissional da empresa fornecedora;
2. Verificar na entrega dos produtos se as adequações e adaptações prescritas foram realizadas conforme características físicas dos pacientes;
3. Orientar o paciente quanto ao uso e cuidados dos produtos, bem como a data e o horário do processo de treinamento ao uso da órtese e/ou meio auxiliar de locomoção, se identificada esta necessidade;
4. Na identificação de necessidade de outras adequações/ adaptações necessárias aos produtos confeccionados, o serviço deverá remeter o produto à empresa fornecedora com documentação devidamente assinada pelo profissional responsável pela entrega;
5. Na necessidade de recolhimento pela empresa fornecedora, o paciente deverá ser informado da data prevista para a entrega do produto adaptado, o qual deve ser registrado em prontuário;
6. Fica estabelecido o prazo de até 15 dias corridos para que a empresa fornecedora faça a devolução do produto ao usuário com as adaptações indicadas, considerando o Manual Operativo Para Dispensação De Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – SESA/PR;
7. Em caso de cobrança da empresa fornecedora por todos os itens necessários à adaptação dos produtos, o serviço deverá solicitar a nota fiscal da empresa para fins de



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- comprovação à SMS/Centro de Controle Avaliação e Auditoria, da efetiva realização do procedimento e repasse dos valores pactuados;
8. Efetuar as adaptações de cadeiras de rodas nos seguintes códigos, conforme Portaria GM/MS 1272 de 25/06/2013:
 - 0701010266 - Adaptação do assento para deformidades do quadril;
 - 0701010274 - Adaptação de encosto para deformidades de tronco;
 - 0701010282 - Adaptação de apoio de pés da cadeira de rodas.
 9. Quando os códigos acima não forem indicados para a adaptação de cadeira de rodas, bem como para os demais produtos efetuar a adaptação nos seguintes códigos:
 - 0701010185 – Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção;
 - 0701010193 – Manutenção de OPM Auxiliares de Locomoção;
 - 0701020571 – Adaptação de OPM Ortopédica;
 - 0701020580 – Manutenção de OPM Ortopédica;
 10. Os procedimentos de adaptações de órteses e meios auxiliares de locomoção 0701010185, 0701010193, 0701020571 e 0701020580 constam na Tabela SIGTAP sem geração de crédito, porém a Portaria GM/MS nº 2109 de 21/09/2012 estabelece o recurso, conforme valor previsto neste contrato.
 11. O prazo máximo para a entrega do produto ao usuário após a autorização da SMS/Centro de Controle, Avaliação e Auditoria é de 03 (três) competências, a contar da competência da autorização.
 12. Fica estabelecido que o Termo de Recebimento dos produtos deverá ser assinado pelo paciente somente após a efetiva entrega do produto com as adequações e adaptações necessárias.
 13. O serviço deverá oferecer garantia para os produtos entregues de até 18 meses conforme Manual Operativo Para Dispensação De Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – SESA/PR.
 14. O encaminhamento para faturamento só poderá ser efetuado após a entrega efetiva do produto com as adaptações necessárias.

f. Dispensação de Calçados e Palmilhas para Pés Neuropáticos pelo SUS Curitiba

O atendimento aos pacientes com pés neuropáticos, com ou sem feridas, é realizado pela Unidades Municipais de Saúde – UMS e pelos Serviços Especializados de referência, através dos procedimentos estabelecidos nos protocolos específicos. A indicação do calçado mais adequado é realizada pela UMS ou pelo próprio ambulatório especializado em que o paciente está em atendimento, sendo reavaliada pelo serviço e, a dispensação é de responsabilidade do serviço especializado. Em caso de discordância com a indicação, o profissional do serviço contratado deverá entrar em contato com a UMS.

Para uma melhor utilização dos recursos disponíveis, estabelecemos o seguinte fluxo:

- Avaliação do usuário pela UMS onde será efetuada a prescrição do calçado ou órtese adequada;
- O encaminhamento ao serviço especializado é realizado através do E-SAÚDE;
- Usuários com pés neuropáticos que estejam apresentando úlceras abertas ou em processo de cicatrização deverão ter como indicação o calçado adequado às necessidades do paciente. A dispensação deste produto deverá ser acompanhada de concessão de muletas quando identificada pela equipe multiprofissional do serviço, e será necessário o acompanhamento mensal em ação conjunta entre serviço especializado e a Unidade de Saúde/ Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF;
- Usuários com pés neuropáticos, sem úlceras, mas que precisam de calçado para prevenção, receberão calçado de acordo com a sua necessidade. Os usuários deverão



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

receber acompanhamento sistemático pela Unidade de Saúde/ Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;

- Usuários que apresentem pés com amputações ou deformidades poderão receber calçados de acordo com a sua necessidade;
- A dispensação dos calçados e palmilhas customizadas será realizada pelo serviço especializado ou fornecedor contratado em conjunto com o profissional assistente do serviço, sendo que o material utilizado e a modelagem deverão levar em consideração a localização e tipo de úlcera de acordo com a singularidade de cada caso.

g. Fluxo para Transferência do Cuidado da Pessoa com Deficiência do serviço para Outros Pontos da Rede de Atenção

Quando o paciente atingir os objetivos previstos no Plano Terapêutico Individual e a equipe indicar a transferência do cuidado, o encaminhamento será para a UMS, atendendo o seguinte fluxo:

- Elaboração do plano de alta técnica contendo descrição dos objetivos iniciais e dos alcançados; ferramentas de avaliação utilizadas; orientação de atividades, de autocuidado e de manutenção da condição funcional;
- Fornecimento do plano de alta técnica ao paciente ou familiar.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos do lote SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA **devem realizar na totalidade os procedimentos de Reabilitação Física, Órteses, Meios Auxiliares de Locomoção, Adaptações e Manutenções referidos neste lote.**
- Os serviços interessados deverão garantir o atendimento integral dos usuários por meio de: diagnóstico, consultas, avaliação funcional, tratamento clínico, terapias, orientação, seleção, prescrição, concessão e adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, bem como a habilitação/reabilitação ao uso dos produtos.
- Os serviços deverão possuir a seguinte equipe multiprofissional:
 - Médico Ortopedista ou Fisiatra ou Neurologista
 - Fisioterapeuta
 - Fonoaudiólogo
 - Terapeuta Ocupacional
 - Psicólogo
 - Assistente Social
 - Enfermeiro (opcional)
- O serviço deverá possuir estrutura física e equipamentos compatíveis para atendimento multiprofissional em Reabilitação Física e consultórios para atendimento individualizado.
- Para a confecção e adaptação de Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção, os serviços interessados poderão contar com serviço terceirizado, apresentando contrato com o serviço.
- Os serviços devem oferecer a garantia quanto Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção de até 18 meses.
- As Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção deverão ser entregues aos usuários com as devidas adaptações conforme características físicas e necessidades.
- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 225112 | Médico neurologista |
| 225270 | Médico ortopedista e traumatologista |
| 225160 | Médico fisiatra |
| 223505 | Enfermeiro |
| 223605 | Fisioterapeuta geral |
| 223810 | Fonoaudiólogo |
| 223905 | Terapeuta ocupacional |
| 251510 | Psicólogo clínico |
| 251605 | Assistente social |

- O serviço deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.87.1.1-5/03.00 ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A DEFICIENTES FÍSICOS, IMUNODEPRIMIDOS E CONVALESCENTES E/OU Q.86.3.0-5/03.00 ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS E/OU Q.86.5.0-0/04.00 ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA E/OU Q.86.5.0-0/06.00 ATIVIDADES DE FONOAUDIOLOGIA E/OU Q.86.5.0-0/03.00 ATIVIDADES DE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE E/OU Q.86.5.0-0/05.00 ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL E/OU Q.88.0.0-6/00.00 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEM ALOJAMENTO.**
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 17 - SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA para análise da capacidade instalada e estrutura para a distribuição da efetiva programação.
- A legislação pertinente encontra-se na Minuta do Contrato e o fluxo operacional, assistencial e administrativo encontra-se descrito no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.**

7 - DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA** é de até R\$ XXXX (XXXX) e para 12 (doze) meses o montante total é de até R\$ XXXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, no Bloco Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, conforme segue:

- I. O montante mensal de até R\$(.....) para execução mensal de procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos referidos no ANEXO I da Minuta do Contrato.
- II. O montante mensal de até R\$(.....) para execução mensal de procedimentos do Grupo 07 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais, Subgrupo 01 - Órteses, Próteses e Materiais Especiais não Relacionadas ao Ato Cirúrgico, Forma de Organização 01 - OPM auxiliares da locomoção e 02 - OPM ortopédicas referidos no ANEXO I da Minuta do Contrato.
- III. O montante mensal de R\$(.....) para custeio mensal de procedimentos de Adaptações e Manutenções de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

de Locomoção códigos 0701010185 - Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção, 0701010193 - Manutenção de OPM Auxiliares de Locomoção, 0701020571 - Adaptação de OPM Ortopédica e 07.01.02.058-0 - Manutenção de OPM Ortopédica, conforme ANEXO I da Minuta do Contrato.

7.1 - DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- I) A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- II) Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI), obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- III) É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência. O quantitativo mensal de procedimentos, efetivamente realizados para cada usuário, apresentados na competência deverá obedecer até o quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS.
- IV) A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, ou em outro sistema de processamento de faturas que o venha substituir e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- V) Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados anexados ao Prontuário Único do paciente.
- VI) O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- VII) Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- VIII) Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- IX) Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.
- X) Está prevista na programação financeira o repasse de valor mensal referente ao custeio de procedimentos de adaptação e manutenção de órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico para execução dos procedimentos de 0701010185 - adaptação de OPM auxiliares de locomoção; 0701010193 – manutenção de OPM auxiliares de locomoção e 0701020571 – adaptação de OPM ortopédica e 0701020580 – manutenção de OPM ortopédica, conforme a Portaria GM/MS 2.109 de 21/09/2012 que estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O repasse do valor será efetivado mediante a verificação da efetiva realização dos procedimentos realizados e requerimento mensal pelo serviço ao gestor municipal. O estabelecimento credenciado deverá encaminhar mensalmente ao Centro de Controle Avaliação e Auditoria a requisição do pagamento.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO:

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à CONTRATADA em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço em atenção ao SUS, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____

COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|---|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|---|--|--|
| Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CAA) | | |

9 - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico Serviço



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 18 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE

SERVIÇO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes em serviço de assistência ambulatorial na área de ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE para realização de procedimentos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Chamamento XXX, na área de DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE aos usuários do SUS Curitiba, conforme celebrado entre as partes.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Nome Empresarial: | | |
| Nome Fantasia: | | |
| N.º C.N.P.J.: | | |
| Nº CNES: | | |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |

3. RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará atendimento em ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE contemplando o atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, entre as quais se destacam: estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

reabilitação/habilitação, visando, entre outras, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social, e de aprendizado.

5. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

A assistência ambulatorial de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo será direcionada aos usuários matriculados em Escolas de Educação Especial Credenciadas e para Estimulação Precoce de crianças de 0 a 3 anos. O agendamento de Avaliação Multiprofissional para Estimulação Precoce deverá ser disponibilizada através do sistema E-SAÚDE - Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE. Serão agendados atendimentos ambulatoriais eletivos de Estimulação Precoce para crianças de 0 a 3 anos residentes em Curitiba e de municípios conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR.

A assistência à saúde e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção integral aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce, dentro da seguinte organização:

I) Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir o atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, entre as quais se destacam: estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; reabilitação/habilitação, visando, entre outras, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social, e de aprendizado.
- e) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde envolvendo a equipe, o usuário e sua família;
- f) Realizar ações integradas junto a Atenção Básica, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- g) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II) Da assistência ambulatorial em Atenção Especializada:

O serviço contratado realizará atendimento Multiprofissional à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo conforme estabelecido na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017 da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Portaria GM/MS 1635 de 12 de setembro de 2002 e do documento Saúde Sem Limite - Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

02/06/2014 para usuários matriculados em Escola de Educação Especial e/ou também atenderá crianças para Estimulação Precoce de 0 a 3 anos de idade com encaminhamento através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.

a) Do ingresso ao serviço para Estimulação Precoce de crianças de 0 a 3 anos:

- 1- Será efetuada Avaliação pela equipe da Secretaria Municipal da Saúde para identificação do encaminhamento adequado à condição de saúde do paciente;
- 2- Na necessidade de atenção em serviço especializado o paciente será inserido na Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE através do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – E-SAÚDE.
- 3- O serviço especializado deve operar com o sistema informatizado de regulação E-SAÚDE, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, que visa integrar todos os serviços da rede do SUS, viabilizando aos usuários o acesso ao atendimento.

b) Do processo administrativo para o acesso para Estimulação Precoce caberá ao CONTRATADO:

1. Cadastrar e disponibilizar ofertas em Avaliação – Estimulação Precoce conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, com abertura de ofertas para no mínimo 90 dias e data de apresentação mínima de 10 dias de antecedência à primeira data de consulta, sendo:

| Área de Atuação | Programação Física mensal pactuada | Disponibilidade de oferta no primeiro mês de vigência do contrato | Disponibilidade de oferta a partir do segundo mês de vigência do contrato |
|------------------------|---|--|--|
| Estimulação Precoce | XXXX | 100% da programação pactuada | Minimamente 10% da programação pactuada |

2. Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS, para análise e implantação.
3. Encaminhar informações sobre eventuais bloqueios e alterações da oferta nas agendas existentes no DAS/SMS para a CMCE, no e-mail cmce@sms.curitiba.pr.gov.br com no mínimo 10 dias de antecedência. Os bloqueios de agenda superiores a 10 dias deverão ser enviados pelo Sistema E-Saúde para autorização da CMCE. É de responsabilidade do serviço remanejar para outra agenda, os usuários do SUS que já possuem seus horários agendados.
4. Realizar de forma apropriada e **obrigatória** no sistema de informações E-SAÚDE, no prazo de 48 horas, o registro dos códigos de transação dos pacientes que compareceram às avaliações, através da conclusão do compromisso. É importante concluir somente os códigos dos pacientes que realmente compareceram ao serviço, a fim de que o sistema altere o status para “realizado”. Desta forma, a SMS terá acesso a informações fidedignas, pois no sistema aparecerão como “faltosos” os pacientes que de fato não compareceram. Cabe ressaltar que a informação “faltoso ou realizado” fica registrada de forma definitiva no prontuário do paciente e é imprescindível o seu correto preenchimento. Os registros adequados no sistema E-SAÚDE também permitem identificar através de relatórios de gestão, o número real de absentismo para que a SMS possa estabelecer estratégias e atuar junto às Unidades de Saúde de forma a minimizar o problema.
5. Atender aos usuários agendados que comparecerem às consultas mesmo aqueles que não apresentarem a Guia de Consulta por meio físico, considerando as mudanças



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

apresentadas no Aplicativo Saúde Já. Para a realização da consulta o usuário deverá apresentar somente um documento de identificação com foto. Os dados referentes ao código de transação, bem como o procedimento a ser realizado deverão ser acessados pelo prestador no próprio Sistema E-SAÚDE.

6. Realizar os agendamentos de retorno para a realização dos atendimentos no serviço e após a conclusão do plano de tratamento, os usuários em condições de alta, devem ser contra referenciados às suas respectivas Unidades de Saúde.
7. Efetuar a Oferta de Consulta Externa para Estimulação Precoce na CMCE de acordo com o quantitativo total da programação pactuada no contrato no primeiro mês de vigência e a partir do segundo mês de vigência do contrato ofertar minimamente 30% da programação pactuada.
8. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.

c) Do processo administrativo referente à Estimulação Precoce caberá à CONTRATANTE, através da SMS/DAS:

1. Autorizar agendas externas iniciais conforme a meta pactuada condicionada à avaliação da demanda existente no SUS.
2. Reformular a nomenclatura das especialidades das agendas, de forma a seguir as especialidades oficiais, registradas nos conselhos que regulamentam as profissões, e conforme a necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde.
3. Os horários de agenda externa disponibilizados que não estiverem preenchidos até 48 horas antes da data da consulta, prazo limite para ocupação automática pelo sistema, poderão ser preenchidos por meio da funcionalidade “consulta extra” aos pacientes priorizados pelo Departamento de Atenção à Saúde (DAS), até às 12 horas do dia anterior à consulta agendada.

d) Da Assistência Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce no serviço CONTRATADO:

1. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física ao serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce;
2. Garantir o atendimento multiprofissional e integral à com Deficiência Intelectual e/ou dos Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce;
3. Efetuar de forma regular a manutenção dos equipamentos e materiais necessários, mobiliário e espaço físico para execução dos procedimentos de Atenção Especializada à Deficiência Intelectual e/ou dos Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce;
4. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do E-Saúde para acesso à Estimulação Precoce;
5. Efetuar para cada paciente ingressado no serviço a avaliação multiprofissional individual para estabelecer o Plano Terapêutico Individual.
6. Atender todos os procedimentos pactuados constantes nesse contrato, conforme **ANEXO I** referente à demanda de pacientes do SUS que acessar ao serviço;
7. Executar os procedimentos contratados conforme seus descritivos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde, contemplando o cuidado integral ao paciente.
8. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação e atendimentos. O prontuário deverá apresentar registros adequados com anotações legíveis, contendo a Identificação do paciente, História clínica, Exame clínico, Exames complementares, o Diagnóstico, o Plano terapêutico, a Evolução do quadro do paciente com a Identificação do profissional que prestou a assistência e datado. Ressaltando-se que todas as ações/atendimentos efetivamente realizados deverão ser registrados no prontuário único do paciente.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

9. Manter a Ficha de Frequência assinada pelos usuários ou responsáveis nos prontuários individuais, sendo que o usuário ou responsável somente poderá assinar a Ficha de Frequência na data efetiva da realização da avaliação/atendimento.
10. Encaminhar para a Unidade Básica de Saúde do paciente a Contra Referência em casos de alta ou intercorrências.
11. O atendimento no serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou dos Transtornos do Espectro do Autismo e/ou Estimulação Precoce deverá ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
12. Realizar atendimento humanizado de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).
13. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
14. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
15. Dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.
16. Efetuar a Avaliação Multiprofissional da Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou dos Transtornos do Espectro do Autismo conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.
17. Efetuar o atendimento/acompanhamento em Reabilitação Intelectual e/ou das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, conforme estabelecido no documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde de 02/06/2014”.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados neste lote poderão optar em realizar procedimentos referente à Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo ou Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce ou somente Estimulação Precoce.
- Para a Estimulação Precoce o acesso do usuário, depois de efetivado o contrato, deverá ocorrer através da Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE, para atendimento de crianças de 0 a 3 anos.
- O acesso para o atendimento referente à Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo, com ou sem oferta para Estimulação Precoce, será para usuários matriculados nas Escolas de Educação Especial que se credenciarem.
- Os **serviços interessados em realizar os procedimentos de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo**, ou seja, atender paciente com Deficiência Intelectual associada ou não aos Transtornos do Espectro do Autismo ou Transtornos do Espectro do Autismo associado ou não à Deficiência Intelectual, bem como se estes estiverem associados a múltiplas deficiências, devem preencher somente a **Proposta A** do ANEXO IV – Vistoria Técnica Lote 18 deste Edital. A proposta referente Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo compreende realização do procedimento que consta no Quadro A acima.
- Os **serviços interessados em realizar os procedimentos de Serviço de Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo**, conforme associações descritas acima, e **Estimulação Precoce** devem preencher a **Proposta A e Proposta B1 associada ou não à Proposta B2** do ANEXO IV – Vistoria Técnica Lote 18 deste Edital. A proposta referente Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce compreendem o atendimento dos procedimentos que constam no Quadro A, B1 e B2 acima.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- Os **serviços interessados em realizar os procedimentos somente de Estimulação Precoce** devem preencher a **Proposta B1 associada ou não à Proposta B2** do ANEXO IV – Vistoria Técnica Lote 18 deste Edital. A proposta para Estimulação Precoce compreende o atendimento dos procedimentos que constam no Quadro B1 e B2 acima.
- Os serviços interessados deverão garantir o atendimento integral dos usuários por meio de atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, entre as quais se destacam: estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; reabilitação/habilitação, visando, entre outras, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social, e de aprendizado.
- Os serviços deverão obrigatoriamente possuir a seguinte equipe multiprofissional:

Médico Neurologista ou Psiquiatra

Fonoaudiólogo

Psicólogo

Terapeuta Ocupacional

Fisioterapeuta (obrigatório para serviços interessados em Estimulação Precoce)

Opcional:

Assistente Social

Pedagogo

Musicoterapeuta

Enfermeiro

Nutricionista

- Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos:

| | |
|--------|-----------------------|
| 225112 | Médico neurologista |
| 225133 | Médico psiquiatra |
| 223810 | Fonoaudiólogo |
| 251510 | Psicólogo clínico |
| 223905 | Terapeuta ocupacional |
| 223605 | Fisioterapeuta geral |
| 251605 | Assistente social |
| 223505 | Enfermeiro |
| 239415 | Pedagogo |
| 226305 | Musicoterapeuta |
| 223710 | Nutricionista |
- O serviço interessado deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade Q.88.0.0-6/00.00 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEM ALOJAMENTO e/ou Q.87.2.0-4/99.00 Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente APAE e/ou S.94.3.0-8/00.00 Atividades de associações de defesa de direitos sociais e/ou Q.86.3.0-5/03.00 Atividade médica ambulatorial restrita a consultas.**
- O serviço deverá possuir recursos humanos, estrutura física e equipamentos compatíveis para atendimento multiprofissional em Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Intelectual e/ou Transtornos do Espectro do Autismo e Estimulação Precoce com consultórios para atendimento especializado.

- Preencher adequadamente o ANEXO IV do Edital - Vistoria Técnica Lote 18 **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE** deste Edital. No item 3 do ANEXO IV – Vistoria Técnica o serviço poderá relacionar o nome do mesmo profissional na Proposta A e na Proposta B1 e B2, no entanto deve apresentar a carga horária semanal disponível do profissional para cada proposta.
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV do Edital – Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 18 para análise da capacidade instalada, equipamentos e estrutura para a distribuição da efetiva programação.
- A legislação pertinente encontra-se na Minuta do Contrato do Lote 18 e o fluxo operacional, assistencial e administrativo encontra-se descrito no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE; SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE.**

7- DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O recurso mensal para a execução dos procedimentos em **ATENÇÃO ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E/OU ESTIMULAÇÃO PRECOCE** é de até R\$ XXXX (XXXX) e para 12 (doze) meses o valor total é de até R\$ XXXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, no Bloco Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, conforme segue:

- Valor mensal de até R\$(.....) para produção mensal de procedimentos para Reabilitação da **PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO** e com valor anual de até R\$ (....) para a realização dos seguintes procedimentos:

XXX procedimento código 301070075 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (Atendimento Multiprofissional).

- Valor mensal de até R\$(.....) para produção mensal de procedimentos para **ESTIMULAÇÃO PRECOCE** e com valor anual de até R\$ (....) para a realização dos seguintes procedimentos:

XXX procedimento código 301070075 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (Avaliação Multiprofissional –Estimulação Precoce)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

XXX procedimento código 301070075 - ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (Atendimento Multiprofissional).

- Valor mensal de até R\$(.....) para produção mensal de procedimentos para pacientes em **ESTIMULAÇÃO PRECOCE** e com valor anual de até R\$ (....) para a realização dos seguintes procedimentos **PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM ALTA DO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE COM NECESSIDADE DE ATENÇÃO EM UMA TERAPIA OU ACOMPANHAMENTO MÉDICO E PARA PACIENTES QUE NA AVALIAÇÃO INICIAL FOR IDENTIFICADO A NECESSIDADE DE TERAPIA ÚNICA E PARA ATENDIMENTO E ORIENTAÇÕES EM GRUPO:**

XXX procedimento código 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - (para atendimento de enfermeiro e nutricionista);

XXX procedimento código 0301040044 - TERAPIA INDIVIDUAL - (para atendimento de terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social);

XXX procedimento código 0301070113 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (para atendimento de pacientes com CID F900);

XXX procedimento código 0302060049 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO (para atendimento de fisioterapeuta);

XXX procedimento código 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (para atendimento médico);

XXX procedimento código 0301040036 - TERAPIA EM GRUPO (para atendimento de terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social);

XXX procedimento código 010101002-8 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.

7.1 DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS - SIA/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI), obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência. O quantitativo mensal de procedimentos, efetivamente realizados para cada usuário, apresentados na competência deverá obedecer até o quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS.
- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, ou em outro sistema de processamento de faturas que o venha substituir e realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.
- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à CONTRATADA em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço em atenção ao SUS, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Produção Ambulatorial – Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório da Oferta mensal de Consultas Externas iniciais para Estimulação Precoce, Fonte Central de Marcação de Consultas Especializadas - CMCE/DAS.

Serão avaliados os seguintes itens:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____

COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|--|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|---|--|--|
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Oferta mensal de procedimentos/consultas externas iniciais conforme programação física pactuada. Oferta da programação pactuada = Atingido (100% a 90%) Oferta inferior a 90% da programação pactuada = Não atingido. Fonte: (CMCE) | | |
| Produção física mensal apresentada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e aprovada. ≥ 90% da programação pactuada = Atingido. ≤ 89% da programação pactuada = Não atingido (CCAA) | | |

9 - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico Serviço



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DOCUMENTO DESCRITIVO – 2019/2020

REFERENTE AO LOTE 19 - PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE - HOSPITALAR

**Serviço para Assistência Ambulatorial Especializada ao Sistema Único de Saúde -SUS
PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE**

1- CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estabelecimento de saúde, **xxx CNES: xxxx** está inserido na rede de estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS/Curitiba para atendimento de pacientes na Área de **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE**.

O presente Documento Descritivo tem por objetivo compor o Contrato de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme os autos do protocolo nº. 01-115242/2018, oriundo do Edital de Credenciamento XXX, conforme celebrado entre as partes.

2- IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

| |
|--|
| Nome Empresarial: |
| Nome Fantasia: |
| N.º C.N.P.J.: |
| Nº CNES: |
| Endereço: |
| CEP: Cidade: Estado: |

3- RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | |
|--|------|
| Nome: | CBO: |
| N.º do Registro no Conselho de Classe: | |

4- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento XXXX realizará Assistência Hospitalar Especializada ao Sistema Único de Saúde - SUS em Procedimentos na Área **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE**, disponibilizando XXXX leitos em Pediatria Clínica mensal.

5- DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização do serviço deverá dispor de estrutura física, funcional e de equipe devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, de modo articulado aos demais pontos de atenção.

Os fluxos assistenciais para o atendimento da população seguirá a legislação do SUS e os protocolos de encaminhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Em face às variáveis das necessidades de assistência à saúde dos usuários do SUS, o Documento Descritivo Anual poderá sofrer alterações no tipo de oferta, em comum acordo entre Prestador e Gestor no decorrer da execução do Contrato, sem haver necessidade de realizar um Termo Aditivo, desde que não haja mudança nos valores pactuados no presente Contrato.

O HOSPITAL atenderá os pacientes encaminhados pela Central de Leitos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, sendo usuários do SUS residentes em Curitiba e de outros municípios pactuados conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR.

A assistência à saúde hospitalar e a realização de todos os procedimentos garantirá a atenção integral aos usuários do SUS com necessidade de assistência na área de **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE**, dentro da seguinte organização:

I. Da Rede de Atenção à Saúde:

- a) O serviço passa a compor a Rede de Atenção à Saúde no Município de Curitiba constituindo-se como um dos pontos do componente de Atenção Especializada visando promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS.
- b) Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial, e que forneça atenção especializada.
- c) Articular-se com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para a referência e contra referência do usuário do SUS.
- d) Garantir o atendimento aos usuários na área de **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE - HOSPITALAR**.
- e) Garantir a linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades dos usuários.

II. Da assistência hospitalar de PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE:

a. Do atendimento ao usuário para ingresso ao serviço:

1. Na identificação da necessidade de encaminhamento para realização de procedimento na área de **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE** o paciente será encaminhado através da Central de Leitos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba de acordo com a quantidade de leitos pactuados com o SUS Curitiba.

b. Do processo administrativo caberá ao CONTRATADO:

1. Disponibilizar leitos em Pediatria Clínica conforme pactuação estabelecida para os doze (12) meses de vigência do contrato, sendo:

| Área de Atuação | Leitos SUS disponibilizado mensal |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE | |

2. Encaminhar as alterações da disponibilidade de ofertas quando necessário, formalmente, para a direção do Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS.
3. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES dos profissionais que realizam os atendimentos na instituição.

III. Da Assistência no serviço CONTRATADO:

- a. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física ao serviço.
- b. Possuir estrutura física apropriada ao atendimento, com acesso e adaptações específicas aos pacientes com deficiência física e cadeirantes, arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- c. Efetuar de forma regular a manutenção dos equipamentos e materiais necessários, mobiliário e espaço físico para execução dos procedimentos.
- d. Disponibilizar todos os recursos físicos e materiais, permanentes e de consumo, necessários à execução dos procedimentos.
- e. Fornecer todas as condições físicas, tais como água, luz, telefonia, limpeza para o adequado funcionamento do serviço.
- f. Manter leito hospitalar na especialidade de Pediatria Clínica conforme quantitativo pactuado no contrato;
- g. Efetuar todos os procedimentos pactuados nesse contrato, conforme **ANEXO I da Minuta do Contrato**, referente à demanda de pacientes do SUS encaminhados para atendimento ao serviço através da Central de Leitos.
- h. Executar os procedimentos contratados conforme seus atributos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- i. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente aos procedimentos realizados e o Prontuário Único.
- j. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, respeitando a privacidade, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH.
- k. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.
- l. Não poderá o serviço credenciado se recusar a atender e nem deixar em fila de espera os pacientes encaminhados através do fluxo regular;
- m. Manter a infraestrutura técnica, equipamentos e capacidade instalada adequada para a execução da programação física estabelecida com pessoal qualificado nas quantidades e qualidades, conforme Documento de Vistoria Técnica no Serviço de Saúde.
- n. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação;
- o. Justificar ao responsável pelo paciente, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente **CONTRATO**;
- p. Permitir e facilitar o trabalho do **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**.
- q. Possuir equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico/sedação e recuperação pós-anestésica/sedação com segurança;
- r. Efetuar os exames necessários para o diagnóstico, bem como os procedimentos necessários para o tratamento, e realizar os procedimentos de acordo com os atributos estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, garantindo a integralidade do cuidado ao paciente;
- s. Entregar relatório de alta ao responsável pelo paciente para continuidade do cuidado em outro ponto de atenção de maior ou menor complexidade
- t. Respeitar a política de acompanhantes para menores de 18 anos e à Pessoa com Deficiência conforme legislação vigente.

6. CRITÉRIOS RESPEITADOS NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A HABILITAÇÃO:

- Os serviços interessados em realizar os procedimentos de PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR **devem apresentar a disponibilidade de leitos em Pediatria Clínica para o atendimento da demanda.**
- O acesso do paciente ao serviço se dará através da Central de Leitos.
- O serviço deverá dispor de sala repouso/observação – pediátrica – Ambulatorial.
- O serviço deverá dispor de sala de cirurgia e sala de recuperação - Hospitalar
- O serviço deverá dispor de sala de atendimento pediátrico em urgência e emergência.
- O serviço deverá dispor de serviço para diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos, laboratório clínico e por imagem, no entanto estes serviços podem ser terceirizados.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- O serviço deverá dispor de serviço de fisioterapia hospitalar.
- O serviço deverá apresentar Alvará de Localização e Licença Sanitária, em vigência, expedidos exclusivamente pelo Município de Curitiba, minimamente para o **ramo de atividade 8630-5/01 Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos e/ou 8610-1/01 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto socorro e unidades para atendimento a urgências.**
- O Código Brasileiro de Ocupação – CBO permitido para a realização e faturamento dos procedimentos encontra-se disponível no endereço <http://sigtap.datasus.gov.br>.
- O serviço deverá preencher adequadamente o ANEXO IV - Vistoria Técnica do Edital de Chamamento referente ao LOTE 19 - PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR para análise da capacidade instalada e estrutura para a distribuição da efetiva programação.
- A descrição da operacionalização e da assistência encontra-se no Documento Descritivo no ANEXO II da Minuta do Contrato ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E/OU HOSPITALAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA - **PEDIATRIA EM MÉDIA COMPLEXIDADE – HOSPITALAR.**

7. DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

O montante mensal para a execução dos procedimentos em Serviço para Assistência hospitalar ao Sistema Único de Saúde -SUS para realização de procedimentos em **PEDIATRIA NA MÉDIA COMPLEXIDADE** é de até R\$ XXXX (XXX) e para 12 (doze) meses o montante é de até R\$ XXX (XXXX), recurso com transferência mensal do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, referente à disponibilização de xxx (xxx) leitos de Pediatria Clínica para a realização dos procedimentos de Média Complexidade em Pediatria.

7.1- DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

- a. A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS dos procedimentos contratados, de acordo com os valores unitários e atributos previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
- b. Os valores referidos anteriormente serão pagos à **CONTRATADA** mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro - Autorização de Internação Hospitalar - AIH, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
- c. É imprescindível que a **CONTRATADA** apresente para faturamento os procedimentos na efetiva competência de sua realização.
- d. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, bem como realizará auditoria, analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
- e. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a **CONTRATADA** deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados e o Prontuário Único do Paciente.
- f. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- g. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito-BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR referente a irregularidades efetivamente comprovadas.
- h. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento - OR, será oportunizada ampla defesa à **CONTRATADA**.
- i. Os valores repassados à **CONTRATADA** respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados a publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO:

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA efetuará o monitoramento anual do serviço para verificação de que este mantém as mesmas condições que o habilitou e para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA emitirá relatório do constatado no monitoramento e avaliação.

O relatório será repassado à CONTRATADA em reunião para a ciência e adequações quando necessário.

O relatório da Auditoria subsidiará o gestor na renovação do contrato.

Os principais relatórios gerenciais, referentes à atividade assistencial desenvolvida no serviço em atenção ao SUS, que embasam o Monitoramento e a Avaliação de Desempenho do Contrato serão obtidos conforme segue:

- Ocupação de Leitos, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria - CCAA;
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Fonte Centro de Controle Avaliação e Auditoria – CCAA;
- Relatórios de Ouvidoria, Fonte Ouvidoria/SMS;
- Relatório de Aceite Diário conforme quantitativo de leitos pactuados, Fonte Central de Leitos/CCAA.

Serão avaliados os seguintes itens:

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO CONTRATADO

SERVIÇO: _____

COMPETÊNCIA MÊS/ANO: _____

| PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO. | Atingido | Não atingido |
|--|-----------------|---------------------|
| Mantêm as mesmas condições que o habilitou, conforme Relatório de Vistoria Técnica. Mantêm = Atingido. Não mantêm = Não atingido. (CCAA) | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. Atualizado = Atingido. Não atualizado = Não atingido. (CCAA) | | |
| Apresentar esclarecimentos das Ouvidorias encaminhadas pela SMS (Ouvidoria/CAU e Distritos Sanitários - DS) dentro de no máximo 20 | | |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

| | | |
|---|--|--|
| (vinte) dias após a ciência. Esclarecimento 100% a 90% no prazo = Atingido Esclarecimento inferior a 90% no prazo = Não atingido. Fonte: (OUVIDORIA). | | |
| Aceites diários conforme quantitativo de leitões pactuados: Aceite conforme o pactuado = Atingido. Não efetuado o aceite conforme pactuado = Não atingido (CENTRAL DE LEITÕES) | | |

9 - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura das partes, com o máximo de 60 (sessenta) meses, de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93, e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

De acordo,

Flávia Celene Quadros
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Tânia Maria Santos Pires
Superintendente de Gestão em Saúde

CONTRATADA
Responsável Técnico do Serviço