



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

CRENCIAMENTO Nº 013/2018

O MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ sob o nº 01.974.088/0001-05, com sede na Rua Maringá nº 444, em Primavera do Leste – MT, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, torna público para conhecimento dos interessados que fará realizar **CRENCIAMENTO** de empresas para **realização de serviços hospitalares**, cuja abertura acontecerá a partir do dia **23 de Julho de 2018 até o dia 22 de Julho de 2019**, sendo que o envelope referente ao credenciamento de acordo com o presente Edital **deverá ser entregue** junto ao Setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste - MT, de conformidade com as seguintes condições:

01 – DO OBJETO

1.1 – O presente Edital tem como objeto O CRENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO – HOSPITALARES, MEDIANTE PRESTAÇÕES DE AÇÕES E SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), CONFORME PREVISTOS NA PORTARIA MS Nº 2.567 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2016, PORTARIA Nº 3.410 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 E DE ACORDO COM AS QUANTIDADES E ESPECIFICAÇÕES DESTE EDITAL.

1.2 – O hospital credenciado receberá valores variáveis, que correspondem a AIH, produção ambulatorial e complementação, além de transferência fixa para custeio das ações.

1.3 – O Hospital deverá ser credenciado e habilitado ao SUS e estar localizado no município de Primavera do Leste.

02 – DA FINALIDADE

2.1 – O presente credenciamento pretende prover atendimento adequado, eficiente e eficaz aos munícipes que necessitem dos serviços hospitalares, visando à qualidade de vida e saúde de todos os cidadãos deste município, a partir do credenciamento de todas as empresas interessadas em prestar este serviço.

03 – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

3.1 – O envelope, contendo os documentos exigidos, deverá ser entregue e protocolado junto ao Setor de Licitações da Prefeitura Municipal, sito à Rua Maringá, nº 444, a partir do dia 23 de Julho de 2018, em um envelope lacrado, denominado, DOCUMENTAÇÃO PARA CRENCIAMENTO.

04 – DA DOCUMENTAÇÃO PARA O CRENCIAMENTO

4.1 – A Documentação deverá ser apresentada no envelope denominado Documentação para Credenciamento, em 01 (uma) via, original ou cópia autenticada em cartório ou por servidor público municipal (quando da autenticação por servidor público esta deverá ser realizada preferencialmente até as 17h do dia que antecede a abertura da



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

presente licitação, devendo constar os documentos de habilitação conforme especificações abaixo elencadas.

4.1.1 – Os documentos expedidos pela internet deverão ser originais, vedada a cópia fotostática, reservado o direito de verificação de sua autenticidade pelo Presidente da Comissão Permanente de Licitação;

4.2 – Habilitação Jurídica:

4.2.1 – Requerimento para prestação de serviços hospitalares; **(conforme Anexo V)**;

4.2.2 – Declaração de Habilitação e Aceitação do Edital; **(conforme Anexo VI)**

4.2.3 – Declaração do proponente de que não pesa contra si, Declaração de Idoneidade em função do disposto no art. 97 da Lei Federal 8.666/93; **(conforme Anexo VII)**;

4.2.4 – Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal; **(conforme Anexo VIII)**;

4.2.5 – Cópia autenticada do Ato Constitutivo (**Estatuto ou Contrato Social**) consolidado ou acompanhado das alterações posteriores, devidamente registrado na Junta Comercial do Estado, em se tratando de Sociedades Comerciais, devendo, no caso de Sociedades por Ações, estar acompanhado da ata da assembleia da última eleição dos administradores e no caso de Sociedades Simples, acompanhado de alterações e prova dos administradores em exercício que demonstre a competência legal do interessado para representar e assinar pela empresa e cópia da Cédula de Identidade e CPF;

4.2.5.1 – Em se tratando de procurador deverá apresentar ainda, Procuração devidamente assinada com firma reconhecida em cartório dando poderes para praticar todos os atos inerentes ao presente credenciamento e cópia da Cédula de Identidade e CPF do procurador;

4.2.6 - Prova de inscrição no cadastro nacional de pessoa jurídica – **CNPJ**;

4.2.7 – **Alvará Sanitário** acompanhado do relatório de inspeção relativo ao serviço a ser credenciado emitido pela unidade competente;

4.2.8 – **Alvará de Localização** e funcionamento atualizado;

4.3 – Habilitação Fiscal:

4.3.1 – Prova de Regularidade para com a Fazenda **Federal** e a Dívida Ativa da União, **Estadual** e **Municipal** da jurisdição fiscal do estabelecimento licitante;

4.3.2 – Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – **FGTS**;

4.3.3 – Prova de Regularidade com o Instituto Nacional do Seguro Social – **INSS**;

4.3.4 – Prova de Inexistência de Débitos **Trabalhistas** – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT). Disponível no site <http://www.tst.jus.br/certidao>.

4.4 – Habilitação Técnica:

4.4.1 – Comprovação de registro da proponente no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso – (**CRM-MT**);

4.4.2 – Comprovação de registros **dos profissionais de saúde** que executarão os serviços contratados, junto aos conselhos de fiscalização profissionais competentes (**CRM e afins**);

4.4.3 - Comprovante de cadastramento do estabelecimento no Cadastro Nacional de



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Estabelecimentos em Saúde – **CNES**;

4.4.4 - Xerox da carteira profissional e diploma do responsável técnico (frente/verso, com os devidos carimbos do MEC);

5 - DO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO

5.1 – DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

5.1.1 - Os documentos exigidos neste edital deverão ser entregues, durante o prazo estabelecido, na Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, Setor de Licitações.

5.1.2 – Todos os documentos exigidos neste Edital para a instrução do processo de credenciamento deverão ser entregues em envelope no qual conste a seguinte informação:

A PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SETOR DE LICITAÇÕES
RUA MARINGÁ, 444 - CENTRO
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO NO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 013/2018
MODALIDADE DE SERVIÇOS: **HOSPITALARES - AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO**
NOME DO INTERESSADO:

5.1.3 - Os documentos exigidos para a habilitação não poderão ser remetidos via fax ou por correio eletrônico, a não ser em caso de atualização posterior para assinatura do contrato, a critério da PREFEITURA.

5.1.4 – No ato da entrega dos documentos pelo interessado, será entregue protocolo, que servirá como comprovante da entrega.

5.1.5 – Não será aceita documentação fora do prazo previsto por este Edital.

5.1.6 – As informações prestadas, assim como a documentação entregue, são de inteira responsabilidade do interessado.

5.2 – DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

5.2.1 – Toda a documentação exigida é requisito obrigatório à habilitação jurídica, técnica e fiscal do interessado no credenciamento de que trata este Edital.

5.2.2 – A análise dos documentos será realizada pela Comissão no momento do recebimento.

5.2.3 – Não serão aceitos pedidos de credenciamento caso a documentação esteja em desconformidade com o item 4 do presente Edital.

5.2.4 – Após o recebimento da documentação pelo Núcleo de Credenciamento, caso seja identificada qualquer desconformidade com as exigências deste Edital por parte dos interessados, estes serão inabilitados.

5.2.5 – Com o objetivo de qualificar sua rede de hospitais, a PREFEITURA irá avaliar os serviços dos prestadores habilitados.

5.2.6 – Os critérios de qualificação poderão ser considerados para fins de habilitação.

06 – DOS CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

6.1 – Poderão participar do Credenciamento todos os prestadores de serviços de natureza Jurídica e que atendam ao objeto do presente credenciamento e que estejam credenciados no SUS para participação, desde que:

6.1.1 Não tenha sofrido qualquer penalidade no exercício da atividade;

6.1.2 Não tenha sofrido penalidade de suspensão ou impedimento de contratar com o Município de Primavera do Leste - MT ou incorrido em inadimplência para com o mesmo de um modo geral;

6.1.3 Apresente condições mínimas para garantia da normal e eficiente prestação dos serviços;

6.1.4 Atender a todos os pressupostos da Legislação Municipal pertinente.

6.1.5 Não poderão participar do presente certame empresas que estejam incluídas, como inidôneas, em um dos cadastros abaixo:

a) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS da Controladoria Geral da União (<http://www.portaldatransparencia.gov.br/ceis>);

b) Cadastro de Licitantes Inidôneos do Tribunal de Contas da União (<https://contas.tcu.gov.br/pls/apex/f?p=2046:5:0::NO>)

c) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Improbidade Administrativa do Conselho Nacional de Justiça (http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php)

6.1.6 Não poderão participar:

a) Consórcio de empresas, qualquer que seja sua forma de constituição;

b) Empresas, que por qualquer motivo, estejam declaradas inidôneas perante a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou Municipal, ou que tenham sido punidas com suspensão do direito de licitar ou contratar com esta Prefeitura, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo Órgão que o praticou;

c) Empresas que estejam sob falência, concurso de credores, dissolução e liquidação;

d) Empresas que possuam entre seus sócios servidores desta Prefeitura;

e) Empresas estrangeiras que não funcionem no país;

f) Empresas do mesmo grupo econômico ou com sócios comuns;

g) Empresas de propriedade de servidor público ou agente político, ou com parentesco até o terceiro grau destes, que for detentor de poder de influência sobre o resultado do certame, considerado todo aquele que participa, direta ou indiretamente, das etapas do processo de licitação, nos termos da Resolução de Consulta nº 05/2016 do TCE-MT;

6.2 – Serão considerados Credenciados para a realização dos serviços médicos hospitalares, todos os participantes que atenderem aos requisitos de habilitação sendo que não há competição de preços por se tratar de credenciamento;

6.3 – Os interessados em participar do presente Credenciamento poderão apresentar a documentação até o dia 01 de Julho de 2019, de acordo com os critérios



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

estabelecidos neste edital.

07 – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

7.1 – Os interessados poderão recorrer da inabilitação, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento do comunicado da inabilitação.

7.2 – O recurso deverá ser protocolado ou enviado por via postal ao Setor de Licitações, no prazo estabelecido no item 7.1, ficando estabelecido o prazo de até 10 (dez) dias úteis para análise.

7.3 – Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor recurso.

7.4 – Não serão aceitos recursos por fax ou correio eletrônico, nem fora dos padrões e prazos estabelecidos neste Edital.

7.5 – Os resultados dos recursos interpostos serão divulgados no site da PREFEITURA, www.primaveradoleste.mt.gov.br, Ícone “Cidadão” – “Editais e Licitações”

08 – DA REALIZAÇÃO DE VISTORIA TÉCNICA

8.1 – A critério da Secretaria Municipal de Saúde poderão ser realizadas vistorias técnicas por equipe designada pelo Secretário Municipal de Saúde, nas instalações dos interessados habilitados ao credenciamento, para emissão de parecer sobre as condições da área física do serviço, higiene, biossegurança, corpo clínico, identificação do funcionamento, dos equipamentos técnicos declarados e necessários à realização da atividade pretendida.

09 - DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO

9.1 – A relação dos interessados habilitados será publicada pela Comissão no DIO-PRIMA – Diário Oficial do Município.

9.2 – Os interessados inabilitados, conforme previsto no item 5.2.4, terão sua documentação devolvida pela Comissão, esclarecendo o motivo da impossibilidade de participação no credenciamento.

10 – DA ASSINATURA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

10.1 – Após o julgamento definitivo pela Comissão Permanente de Licitações responsável pelo Credenciamento, lavrada a ata, o processo será encaminhado ao Secretário Municipal de Saúde para homologação e adjudicação dos credenciados para posterior contratação dos mesmos, uma vez que proporcionada a oportunidade de credenciamento a todos os interessados em prestar os serviços pelo preço estabelecido pelo Fundo Municipal de Saúde, não existirá competição entre os mesmos, razão pela qual a licitação torna-se inexigível, de acordo com o caput do art. 25 da Lei nº 8.666/93;

10.2 – O Município convocará todos os participantes declarados Credenciados, para no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados a partir do recebimento da convocação, para assinatura do Contrato de Credenciamento;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

10.2 – Este prazo poderá ser prorrogado, uma única vez, por igual período, quando solicitado e desde que corra motivo justificado, e aceito pelo Município;

10.3 – Decairá do direito de Credenciamento os convocados que não assinarem o Contrato no prazo e condições estabelecidas.

11 – DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO

11.1 - O contrato poderá ser rescindido a qualquer momento, por qualquer das partes, mediante comunicação expressa, de uma a outra, respeitada a antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de recebimento, desde que devidamente justificadas e na forma da Lei, prevenidas as partes por interpelação judicial ou extrajudicial formalizada.

12 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

12.1 – O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo contratado sujeitará o mesmo, no que couber, às sanções previstas na Lei Federal 8.666/93, garantido a prévia defesa, e ainda, pelo não cumprimento de quaisquer das obrigações assumidas com a PREFEITURA as seguintes penalidades:

- a) Notificação por escrito;
- b) “Multa-dia”;
- c) Rescisão do contrato;
- d) Suspensão do direito de licitar junto ao Município de Primavera do Leste, pelo prazo de 02 (dois) anos;
- e) Declaração de Inidoneidade.

12.1.1 – A “multa-dia” corresponderá a 1/60 (um sessenta avos) do valor do último faturamento mensal liquidado, e poderá ser imposta, conforme o caso, até o máximo de 20 (vinte) “multa-dia”, facultando-se a PREFEITURA deduzir a respectiva importância de faturamento que for devido ao CONTRATADO (A).

12.2 – São causas de descredenciamento do contratado a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no presente Edital, no Contrato de Credenciamento, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação a PREFEITURA ou ao beneficiário, apuradas em processo administrativo.

12.3 – As penalidades serão obrigatoriamente registradas no sistema de Registro de Cadastro do Município, e no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no edital e no contrato e das demais cominações legais;

12.4 – Nenhum pagamento será processado ao proponente penalizado, sem que antes, este tenha pago ou lhe seja relevada a multa imposta.

13 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - RECURSOS FINANCEIROS

13.1 – Dos Recursos Orçamentários:

Os recursos orçamentários serão atendidos pelas dotações do orçamento vigente, classificadas e codificadas e relacionadas no Programa de Trabalho 07 – Secretaria



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Municipal de Saúde.

13.2 – Dos Recursos Financeiros:

Os Recursos Financeiros serão de origem própria e, de transferências constitucionais e legais.

14 – DA FORMA DE PAGAMENTO

14.1 – O pagamento será efetuado em até 15 dias após atestado pelo fiscal de contrato.

14.2 – O município não se responsabiliza pelo atraso dos pagamentos nos casos da não entrega da respectiva nota fiscal nos prazos estabelecidos;

14.3 – A nota fiscal deverá ser preenchida identificando o número do processo licitatório, descrição completa conforme a ordem de serviço ao qual está vinculada, bem como informar os dados de CNPJ, Endereço, Nome da Contratada e número da Conta Bancária (em nome da pessoa jurídica) na qual será efetuado o depósito para o pagamento do objeto;

15 – DO REAJUSTAMENTO

15.1 – Os reajustes permitidos pelo artigo 65, da Lei n. 8.666/93, serão concedidos após decorridos 12 (doze) meses da vigência do contrato, por provocação do contratado, que deverá comprovar através de percentuais do INPC – Saúde e cuidados pessoais/FGV, o reajuste pleiteado, que passarão por análise contábil de servidores designados pelo Município de Primavera do Leste- MT

15.2 - No caso dos valores ficarem bem abaixo do preço de mercado, a critério da **CRENCIANTE**, os valores poderão ser revistos a qualquer tempo.

15.3 - Os preços praticados que sofrerem revisão não poderão ultrapassar os preços praticados no mercado, mantendo-se a diferença percentual apurada entre o valor originalmente constante da tabela e aquele vigente no mercado à época da contratação.

15.4 - Caso o preço praticado seja superior à média dos preços de mercado, a **PREFEITURA** solicitará ao Contratado, mediante correspondência, redução do preço praticado, de forma a adequá-lo ao preço usual no mercado.

15.5 - Serão considerados compatíveis com os de mercado os preços registrados que forem iguais ou inferiores à média daqueles apurados pelo setor demandante, na pesquisa de estimativa de preços.

16 – DA VIGÊNCIA

16.1 – O prazo de vigência do Contrato decorrente deste procedimento licitatório contado a partir da data de sua assinatura será de 12 (doze) meses;

16.2 – O contrato poderá ser aditado e prorrogado de acordo com a conveniência da Administração Pública, observados os dispositivos da Lei 8.666/93 e outras legislações pertinentes.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

17 – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

À **CREDENCIADA** constituem as seguintes obrigações:

17.1 - A CREDENCIADA obriga-se a receber, internar e tratar os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, disponibilizando para tanto, o quantitativo de leitos indicados e discriminados no **Anexo I** do presente Edital, conforme especialidades médicas descritas no **Anexo II** do presente Edital, quando houver esse tipo de prestação de serviços, observado ainda o seguinte:

17.1.1 – Informação do quantitativo de leitos, ambos em função das especialidades médicas, a serem disponibilizados aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, fixados nos Anexos I e II.

17.1.2 - A emissão da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, garantirá o internamento em enfermaria, com sanitários e banheiros na proporção de um banheiro para cada 06 leitos e assegurará o pagamento das despesas médico-hospitalares em conformidade com os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde - MS e publicados no Diário Oficial da União.

17.1.3 – A CREDENCIADA compromete-se a manter atualizados os Anexos I, II e III do presente Edital, de acordo com as informações, constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, possibilitando, desta forma, o **MUNICÍPIO** a efetuar o controle dos encaminhamentos e internações dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

17.1.4 – A CREDENCIADA deverá notificar o **MUNICÍPIO**, da transferência, a qualquer título, de sua propriedade ou controle acionário, bem como quando se verificar alterações na razão social ou em sua composição administrativa, obrigando-se a enviar ao **MUNICÍPIO**, no prazo de 30 (trinta) dias, cópia autenticada da Certidão de Registro na Junta Comercial e/ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, sob pena de, não o fazendo, sujeitar-se à rescisão do presente Contrato.

17.2 – Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

17.3 – Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico;

17.4 – Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;

17.5 – Assegurar ao responsável legal pelo paciente o acesso a seu prontuário médico;

17.6 – Esclarecer ao responsável legal pelo paciente sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

17.7 – Justificar ao responsável legal pelo paciente, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste credenciamento;

17.8 – Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

17.9 – Respeitar a decisão do responsável legal pelo paciente ao consentir ou recusar prestação de serviço de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

17.10 – Permitir a visita ao paciente do SUS internado respeitando-se a rotina do serviço;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

17.11 – Assegurar aos pacientes o direito de ser assistido religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso respeitando-se a rotina dos serviços e o regulamento do hospital;

17.12 – Informar, de acordo com a legislação vigente, a constituição das Comissões de Ética, Controle de Infecção Hospitalar, Prontuário e Óbito, do hospital onde se encontra instalado o serviço, encaminhando os respectivos atos de nomeação dos membros, no prazo de 30 dias após a assinatura do presente credenciamento;

17.13 – Permitir que os prepostos do município inspecionem a qualquer tempo e hora a prestação dos serviços ora contratados;

17.14 – Fornecer ao Município sempre que solicitados quaisquer informações e/ou esclarecimento sobre os serviços contratados;

17.15 – Assumir a responsabilidade por todos os encargos trabalhistas, sociais e previdenciários, próprios e de seus funcionários;

17.16 – Formar o quadro de pessoal necessário à realização dos serviços contratados, pagando os salários às suas exclusivas expensas;

17.17 – É da contratada a obrigação do pagamento de impostos, tributos e demais que incidirem sobre os serviços contratados em qualquer esfera;

17.18 – É da contratada a responsabilidade pelos danos que possam afetar o município ou a terceiros, durante a prestação dos serviços ora contratados;

17.19 – É de responsabilidade da empresa a execução dos serviços, vedada a subcontratação parcial ou total da mesma.

18 – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Constituem obrigações do **MUNICÍPIO** as seguintes ações:

a) Proporcionar todas as facilidades para que a **CRENCIADA** possa fornecer o objeto deste Edital, dentro dos elevados padrões de eficiência, capacitação e responsabilidade.

b) Fazer o pagamento até o 15º dia útil após o depósito/crédito realizado pelo Ministério da Saúde, referente aos serviços prestados no mês imediatamente anterior, conforme Tabela SAI/SUS e do SIH/SUS em vigor, editadas pelo Ministério da Saúde, sendo garantido, em qualquer caso, o equilíbrio econômico-financeiro da **CRENCIADA**.

18.1 – Ao MUNICÍPIO de Primavera do Leste/MT constituem as seguintes obrigações:

18.1.1 – Efetuar o pagamento ajustado;

18.1.2 – Dar à CONTRATADA as condições necessárias à regular execução do Contrato;

18.1.3 – Modificar o contrato, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitado os direitos do contratado;

18.1.4 – Rescindir o contrato, unilateralmente, nos casos especificados no inciso I do art. 79 Lei 8.666/93;

18.1.5 – Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste;

18.1.6 – A Fiscalização do contrato decorrente do presente processo será realizada



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

pelos servidores designados que compõem as unidades setoriais de controle interno, cabendo a cada unidade setorial fiscalizar os contratos de suas respectivas secretarias, bem como a fiscalização conjunta do Controle Interno do município em todos os contratos e dos secretários das Pastas.

19 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

19.1 – O extrato do presente Edital será publicado, uma única vez, no Diário Oficial do Município, o inteiro teor estará à disposição dos interessados no endereço eletrônico da PREFEITURA www.primaveradoleste.mt.gov.br.

19.2 – Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

19.3 – Caberá ao contratado a obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária ou outra entidade reguladora da atividade exercida, reservando-se ao Secretaria Municipal de Saúde o direito de recusar e sustar a prestação de serviços daqueles que não se adequarem às normas estabelecidas.

19.4 – A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a habilitação, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

19.5 – O interessado deverá acompanhar as informações e os resultados disponíveis no endereço eletrônico da Prefeitura.

19.6 – Não serão fornecidas informações por telefone, quanto ao processo de credenciamento, bem como não serão expedidos atestados, cópias de documentos, certificados ou certidões relativas à participação.

19.7 – Os casos omissos serão dirimidos pelo Núcleo de Credenciamento e pela Central de Regulação em Saúde.

19.8 – São de inteira responsabilidade do CONTRATADO a manutenção e calibração dos equipamentos e instrumentos, quando necessária a assistência, visando o seu bom estado de funcionamento e execução correta dos serviços, obedecendo as Recomendações da Diretoria Colegiada – RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

19.9 – Os produtos para a saúde ou materiais utilizados na assistência dos pacientes do SUS deverão estar devidamente registrados na ANVISA.

19.10 – Os serviços deverão ser executados nas instalações do contratado, com seus próprios recursos, equipamentos, materiais e demais meios necessários para o cumprimento do objeto do contrato pretendido.

19.11 – Membros da Central de Regulação em Saúde poderão, a qualquer tempo, realizar visita técnica aos estabelecimentos dos credenciados.

19.12 – O Contrato decorrente deste procedimento de credenciamento, não será de nenhuma forma, fundamento para a constituição de vínculo trabalhista com empregados, funcionários, prepostos ou terceiros que a EMPRESA colocar na entrega do obje-



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

to.

19.13 – O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela Administração Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão.

19.14 – A Secretária Municipal de Saúde reserva-se o direito de anular ou revogar a presente licitação, nos casos previstos em Lei, ou de homologar o seu objeto no todo ou em parte, por conveniência administrativa, técnica ou financeira, sem que, com isso caiba aos proponentes o direito de indenização ou reclamação de qualquer natureza.

19.15 – Os interessados poderão obter informações com relação ao presente Edital no Setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste/MT, na Rua Maringá 444, pelos telefones (0xx66 – 3498-3333), de segunda a sexta-feira, no horário de expediente e retirar o edital no site da prefeitura www.primaveradoleste.mt.gov.br.

19.16 – Para o conhecimento público, expede-se a publicidade do presente edital, que é afixado no mural público da Prefeitura de Primavera do Leste – MT e Diário Oficial do Município.

19.17 – Fazem parte do presente Edital:

Anexo I – Relação de Leitos;

Anexo II – Declaração das Especialidades Médicas;

Anexo III - Estrutura Física;

Anexo IV – Modelo de Plano Operativo Anual;

Anexo V - Requerimento;

Anexo VI – Declaração de que atende aos requisitos do Edital de Credenciamento;

Anexo VII– Declaração de Idoneidade;

Anexo VIII – Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII;

Anexo IX - Minuta do Contrato.

20 – DO FORO

20.1 – Todas as controvérsias ou reclames relativos ao certame licitatório serão resolvidos pela Comissão, Administrativamente, ou no Foro da Comarca de Primavera do Leste – MT, se for o caso.

Primavera do Leste – MT, 19 de Junho de 2018.

José Ricardo Alves de Oliveira
Presidente da CPL



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO I

DECLARAÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DISPONIBILIZADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, PELO HOSPITAL.

Declaro dispor dos quantitativos de leitos a seguir relacionados, os quais se encontram à disposição dos usuários do Sistema Único de Saúde.

- a) ___ Leito de isolamento;
- b) ___ Leitos de Clínica médica;
- c) ___ Leitos de Clínica Cirúrgica;
- d) ___ Leitos de Pediatria;
- e) ___ Leitos de Obstetrícia;
- f) ___ Leitos de Recuperação Pós Operatório;
- g) ___ Leitos Pré Parto;

Enfermarias: Total: ___ Leitos

_____, ___ de _____ de 2018.

Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is) da Empresa

13-05

PRIMAVERA DO LESTE

1986



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO II

DECLARAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DISPONIBILIZADAS, AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, PELO HOSPITAL.

Declaro dispor das especialidades médicas a seguir relacionadas, as quais se encontram à disposição dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Nome do Médico	CRM	Especialidades

_____, ____ de _____ de 2018.

Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is) da Empresa

ANUÊNCIA: Nós médicos acima nominados declaramos, expressamente, que fazemos parte do Corpo Clínico do HOSPITAL e que estamos credenciados/cadastrados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, pelo que, concordamos com a inclusão de nossos nomes/especialidades na DECLARAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, constante deste ANEXO II.

(a) _____

(b) _____

(c) _____

(d) _____



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO III

Declaro dispor das seguintes estruturas físicas:

Descrição	Quantidade
Consultórios	
Sala de Emergência	
Recepções	
Lavanderia	
Cozinha	

_____, ____ de _____ de 2018.

Nome e assinatura do Responsável pela Empresa



13-05

PRIMAVERA DO LESTE

1986



ANEXO IV

DOCUMENTO DESCRITIVO DE CONTRATUALIZAÇÃO

Segue o Documento Descritivo de Contratualização firmado entre a Prefeitura Municipal de Primavera do Leste e o Hospital.....

DESTINATÁRIOS DO SERVIÇO

População adstrita do município de Primavera do Leste e região, dentro do Programa Municipal de Atenção Hospitalar.

OBJETIVO

Este Documento Descritivo trata de ações para execução anual, contextualizado nas diretrizes do SUS e da política para a contratualização de hospitais com base na Portaria Nº 1.034/2010 que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Portaria Nº 3.410/2013 que estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

As atividades pactuadas, bem como as diretrizes, metas físicas e de qualidade estabelecidas para cada uma das áreas contempladas levaram em consideração a atenção direta à saúde e as atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

O Documento Descritivo foi elaborado de acordo com as necessidades de saúde definidas pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e considerou a realidade sanitária regional.

Trata-se do instrumento onde se apresenta as ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e os indicadores pactuados entre o Município e o Hospital _____, representando na prática as diretrizes previstas na Portaria Nº 1.034 de 05 de maio de 2010 e Portaria Nº 3.410/2013.

O acompanhamento e a avaliação da efetividade do contrato celebrado entre as partes visam:

- a) A prestação de assistência integral à saúde dos usuários do SUS, particularmente na área de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar prestados pelo HOSPITAL _____; e
- b) O aprimoramento dos processos de gestão dos sistemas de atenção ambulatorial e hospitalar do HOSPITAL _____ vinculado ao SUS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Razão Social:		CNPJ:	
Endereço:			
Cidade:	UF:	CEP:	Fone:
Responsável:		CPF:	

CAPACIDADE INSTALADA E CONTEXTO TECNOLÓGICO

O Hospital _____ está inserido no Sistema Único de Saúde disponibilizando seus serviços aos usuários residentes no município de Primavera do Leste e região, conforme pactuação municipal.

Leitos por Especialidade

Possui um total de ____ leitos ativos para internação, sendo ____ para atendimento SUS, conforme quadro abaixo:

Leitos		
Cirúrgico	Leitos Existentes	Leitos SUS
Cirurgia Geral		
Ginecologia		
Nefrologia/Urologia		
Ortopedia/ Traumatologia		
Otorrinolaringologia		
Plástica		
Clínico	Leitos Existentes	Leitos SUS
Cardiologia		
Clínica Geral		
Geriatria		
Nefrologia/Urologia		
Neonatologia		
Pneumologia		
Complementar	Leitos Existentes	Leitos SUS
Unidade Isolamento		
Unidade de Terapia Intensiva		
Obstétrico	Leitos Existentes	Leitos SUS
Obstetrícia Cirúrgica		
Obstetrícia Clínica		
Pediátrico	Leitos Existentes	Leitos SUS
Pediatria Cirúrgica		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Pediatria Clínica		
Outras Especialidades	Leitos Existentes	Leitos SUS
Reabilitação		
	EXISTENTES	SUS
TOTAL		

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação	Quantidade	Leitos
Consultórios Médicos		
Sala de Atendimento à Paciente Crítico/Grave		
Sala de Atendimento Indiferenciado		
Sala de Pequena Cirurgia		
AMBULATORIAL		
Instalação	Quantidade	Leitos
Clínicas Especializadas		
Clínicas Indiferenciado		
Outros Consultórios Não Médicos		
Sala de Enfermagem (Serviços)		
HOSPITALAR		
Instalação	Quantidade	Leitos
Sala de Cirurgia		
Sala de Recuperação		
Sala de Parto Normal		
Sala de Pré-parto		

Especialidades Médicas

Especialidade	Atendimento SUS (pacientes referenciados)	
	Ambulatorial	Hospitalar
Angiologia/Cirurgia Vascular	SIM	SIM
Cardiologia	NÃO	SIM
Cirurgia Geral	SIM	SIM
Clínica Médica	SIM	SIM
Neurologia	NÃO	NÃO
Oftalmologia	NÃO	SIM
Ortopedia	NÃO	SIM



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Otorrinolaringologia	SIM	SIM
Urologia	SIM	SIM
Pré-Anestésica	SIM	SIM

Serviços de Profissionais de Nível Superior (Não Médicos)

Profissional	Atendimento SUS (pacientes referenciados)
Buco Maxilo-Facial	SIM
Fisioterapeuta	SIM
Nutricionista	SIM
Psicólogo	NÃO
Assistente Social	SIM

Serviços Cadastrados

Serviço	Ambulatorial	Hospitalar
	SUS	SUS
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO INDIGENA	NÃO	SIM
SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	NAO	SIM
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SIM	SIM
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	SIM	SIM
SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESP.	NÃO	SIM
SERVICO DE ENDOSCOPIA	SIM	SIM
SERVICO DE FARMACIA	SIM	SIM
SERVICO DE HEMOTERAPIA	SIM – TERCEIRIZADO (UCT)	SIM – TERCEIRIZADO (UCT)
SERVICO DE OFTALMOLOGIA	NÃO	SIM
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	SIM	SIM
SERVICO DE CIRURGIA POR VIDEO	NÃO	SIM

CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES PACTUADAS

O Hospital disponibilizará todas as suas atividades, mesmo as não pactuadas, para a Rede de Serviços do SUS, quando solicitado pelo gestor e acordado entre as partes, sendo que as atividades pactuadas serão submetidas aos dispositivos de controle, avaliação e regulação.

Dentro da proposta organizacional da Saúde para o município, a instituição deve garantir o acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programa-



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ção específica estabelecida. As modificações na programação de que trata este Documento Descritivo, tanto para a inclusão quanto para a interrupção de ações e serviços pactuados, devem ser formalizadas através de Termo Aditivo ao Contrato firmado entre as partes.

O Hospital se compromete a prestar assistência humanizada, através do desenvolvimento de ações centradas nos usuários e seus familiares, buscando sempre a melhoria de seus serviços, em consonância com as orientações do Ministério da Saúde, expressas na Política Nacional de Humanização do SUS.

O desenvolvimento das atividades pactuadas neste documento será avaliado pelo Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

DAS CONDIÇÕES PARA O INTERNAMENTO DO USUÁRIO DO SUS

A internação do usuário do Sistema Único de Saúde - SUS garante a prestação dos serviços, na forma seguinte:

- a) Alojamento em enfermaria com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos de cada unidade, sendo 01 banheiro para cada 06 leitos, e com iluminação e ventilação adequados ao bem estar do paciente;
- b) Fornecimento de roupa hospitalar ao paciente em casos cirúrgicos e partos;
- c) Serviços de enfermagem;
- d) Alimentação, inclusive dietas prescritas;
- e) Assistência permanente de médico-plantonista;
- f) Medicamentos prescritos durante a internação;
- g) Serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
- h) Serviços profissionais de médicos;
- i) Serviço de assistente social;
- j) Utilização de sala de cirurgia e do material e serviços do Centro Cirúrgico, definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS;
- k) Acomodações e alimentação para o acompanhante; e
- l) Serviços gerais (higienização, limpeza, gestão de resíduos).
- m) Permitir a presença, junto à parturiente de 1 (um) acompanhante (indicado por ela) durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005.
- n) Realizar o Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês (teste da linguiinha) em todos os bebês nascidos no hospital, conforme lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014.



o) Realizar o exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas (teste da orelhinha) em todos os bebês nascidos no hospital, conforme lei n.º 12.303, de 02 de agosto de 2010.

p) Permitir o alojamento conjunto, entre mãe e recém-nascido sadio após o nascimento, em tempo integral, até a alta, conforme Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016.

DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

O Hospital deverá estar organizado para atuar, com eficiência e eficácia, nas seguintes áreas:

- a) Assistência integral à saúde;
- b) Humanização do atendimento;
- c) Gestão.

Assistência à Saúde

A assistência à saúde a ser prestada pelo Hospital deverá se desenvolver de modo a garantir a realização de todos os procedimentos pactuados que se façam necessários para o atendimento integral das necessidades dos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema, ou seja, garantir-lhes atendimento integral e conclusivo.

✓ Atendimento Ambulatorial

A assistência ambulatorial se desenvolverá no Hospital a partir do agendamento de exames através do Sistema Nacional de Regulação do SUS.

Os pacientes que devam ter continuidade de tratamento deverão ser referenciados para a rede SUS e/ou regulados para o Hospital quando da necessidade de internação.

Os atendimentos ambulatoriais de natureza emergencial serão regulados pela Unidade de Pronto Atendimento - e deverão ser realizados pelo Hospital sobre os pacientes em atendimento em sua Unidade de Emergência.

✓ Atendimento hospitalar eletivo

Os atendimentos hospitalares de média complexidade, de natureza eletiva, serão disponibilizados aos usuários do SUS que tiverem essa necessidade identificada nos serviços ambulatoriais eletivos e encaminhados através da Central de Regulação Municipal.

A viabilização desses atendimentos se fará pelo próprio Hospital, em conformidade com sua disponibilidade de vagas e critérios técnicos de priorização.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

A identificação da origem da indicação da internação eletiva deverá ser efetivada por ocasião da emissão do laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar, sendo que todos deverão ser emitidos constando os dados do paciente, indicação clínica para internação, CID, código do procedimento SUS, assinatura e carimbo do médico solicitante, e exames que comprovem a patologia.

As internações eletivas somente deverão ser efetivadas pelo Hospital após a autorização da Central de Regulação Municipal e deverão constar cópias do comprovante de residência, documentos pessoais e Cartão Nacional de Saúde.

✓ **Atendimento hospitalar de urgência e emergência**

As internações de natureza emergencial deverão ter como origem de demanda a Unidade de Pronto Atendimento - ou unidades com essa característica.

Junto ao laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar encaminhado ao Hospital, a Unidade de Pronto Atendimento encaminhará os exames realizados em suas dependências e que comprovam o diagnóstico, e os laudos deverão conter os dados do paciente, indicação clínica para internação, CID, código do procedimento SUS, assinatura e carimbo do médico solicitante.

Todos os laudos para solicitação de autorização de internação hospitalar de urgência deverão ser apresentados à SMS da mesma forma que os atendimentos eletivos.

DA PACTUAÇÃO

a) Ambulatorial

Definição das ações pactuadas. O Município poderá executar até os limites previstos na tabela que segue:

Ambulatório	Quantidade Mês	Quantidade Ano	Valor Unitário	Valor Total Mês	Valor Total Ano
Procedimentos					
Radiodiagnostico	200	2.400	R\$ 57,08	R\$ 11.416,00	R\$ 136.992,00
Ultrassonografia	100	1.200	R\$ 187,56	R\$ 18.756,00	R\$ 225.072,00
Ultrassonografia com doppler	60	720	R\$ 162,66	R\$ 9.759,60	R\$ 117.115,20
Ultrassonografia morfológica	12	144	R\$ 235,14	R\$ 2.821,68	R\$ 33.860,16
Eecocardiograma	10	120	187,56	1.875,60	22.507,20
Mamografia	300	3.600	R\$ 125,27	R\$ 37.581,00	R\$ 450.972,00
Endoscopia digestiva	80	960	R\$ 224,86	R\$ 17.988,96	R\$ 215.867,52
Colonoscopia	30	360	R\$ 437,88	R\$ 13.136,40	R\$ 157.636,80
Consulta medica	50	600	R\$ 71,35	R\$ 3.567,50	R\$ 42.810,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Tomografia	50	600	R\$ 475,52	R\$ 23.776,00	R\$ 285.312,00
------------	----	-----	------------	---------------	----------------

Quantidade total da demanda do município. Em caso de credenciamento de mais de um hospital, a quantidade será dividida.

Os procedimentos realizados através da urgência não poderão ser considerados na avaliação de resultados e metas, já que não terão agenda fixa e só serão encaminhados caso a rede pública não possa garantir ao paciente. Serão considerados para avaliação apenas os procedimentos pactuados em planilha paralela pelo gestor e Hospital, respeitado os limites estabelecidos acima e apresentada posteriormente a Comissão para acompanhamento.

b) Hospitalar

1. Detalhamento das internações por clínica na média complexidade

Especialidades	Internações/ano	Internações/mês
Clínica Cirúrgica	2.280	190
Clínica Médica	2.160	180
Clínica Médica entidade que tenha UTI	480	40
Total	4.920	410

Fonte: Relatório SUS – SIH – 04/2016 a 03/2017 - Pacientes de Primavera do Leste e Indígenas.

No caso de 02 (dois) ou mais Hospitais credenciados, este quantitativo será dividido, levando em consideração apenas que as internações em leito de Terapia Intensiva, não farão jus a recebimento de nenhuma complementação prevista neste instrumento. As internações em leito de UTI receberão os valores previstos na Tabela Unificada de Procedimentos SUS e sua complementação será definida em outro instrumento de pactuação.

2. Detalhamento da Complementação Variável de procedimentos executados na Internação (SADT).

Hospitalar	Quant. Mês	Quant. Ano	Valor Unitário*	Valor Total Mês	Valor Total
Procedimentos Ultrassonografia	60	720	R\$ 93,39	R\$ 5.603,40	R\$ 67.240,80
Ecocardiograma	10	120	R\$ 93,39	R\$ 933,90	R\$ 11.206,80
Ultrassonografia com doppler	20	240	R\$ 124,23	R\$ 2.484,55	R R\$ 29.814,60



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Endoscopia digestiva	20	240	R\$ 166,15	R\$ 3.323,05	R\$ 39.876,60
Colonoscopia	10	120	R\$ 296,53	R\$ 2.965,33	R\$ 35.583,90
Albumina Humana	40	480	R\$ 125,13	R\$ 5.005,00	R\$ 60.060,00
Imunoglobulina Anti-RH	20	240	R\$ 251,74	R\$ 5.034,70	R\$ 60.416,40
Tomografia	20	240	R\$ 354,25	R\$ 7.085,00	R\$ 85.020,00

Quantidade total da demanda do município. Em caso de credenciamento de mais de um hospital, a quantidade será dividida.

A diferença do valor SUS será faturado obrigatoriamente na AIH.

3. Valor Hospitalar Fixo referente às Internações.

Orçamento Fixo – Recursos Próprios	R\$ 364.275,36	R\$ 4.371.304,32
---	-----------------------	-------------------------

- **O valor de R\$ R\$ 364.275,32 referente à parcela fixa corresponde ao atendimento de 240 pacientes SUS por mês, sendo que não alcançando as metas estabelecidas no Documento Descritivo, o Hospital terá desconto dos valores, porém, em casos de excesso de internação o mesmo fará jus ao equivalente a proporcionalidade pactuada acima.*
- *O valor do orçamento fixo a ser repassado aos hospitais são para cobrir despesas provenientes de gastos hospitalares não cobertos em sua totalidade pela AIH, estão inclusos: diárias do paciente e acompanhantes, alimentação de pacientes e acompanhantes, medicação, exames laboratoriais e de Raio X.*
- **Caso não atinja a meta quantitativa mensal, e houver alguma recusa de atendimento por motivos não justificados, o hospital receberá apenas as internações realizadas, não sendo levado em consideração a Tabela de Valorização de Desempenho, mesmo que atinja o mínimo de 85%.*
- *Caso o hospital que não atinja pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local. (Art. 29 da Portaria MS No. 3.410, de 30 de dezembro de 2013).*

✓ Detalhamento da Complementação Hospitalar Variável referente à Internação.

Complementação por Procedimento	Quant. Mês	Quant. Ano	Valor Unitário	Valor Total Mês	Valor Total Ano
Clínico	70	840	R\$ 162,61	R\$ 11.382,70	R\$ 136.592,40
Cirurgião	150	1800	R\$ 501,41	R\$ 75.211,50	R\$ 902.538,00



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Auxiliar	150	1800	R\$ 208,11	R\$ 31.216,50	R\$ 374.598,00
Cirurgião (Cesárea + LT)	24	288	R\$ 563,97	R\$ 13.535,28	R\$ 162.423,36
Anestesiata	178	2136	R\$ 249,99	R\$ 44.498,22	R\$ 533.978,64
Obstetra	70	840	R\$ 501,61	R\$ 35.112,70	R\$ 421.352,40
Pediatra	94	1128	R\$ 250,49	R\$ 23.546,06	R\$ 282.552,72
Cirurgia por vídeo - cirurgia	Sob autorização			R\$ 1.005,32	
Utilização equipamento vídeo do hospital	Sob autorização			R\$ 1.001,68	
Cirurgia uretrolitotomia (pinça)	Até 10 procedimentos - sob autorização			R\$ 1.437,50	
Cirurgia cistoscopia	Até 10 procedimentos - sob autorização			R\$ 1.322,50	
Fio guia	Sob autorização			R\$ 600,00	

Quantidade total da demanda do município. Em caso de credenciamento de mais de um hospital, a quantidade será dividida.

A complementação será efetuada aos profissionais envolvidos na execução do procedimento de acordo com o rateio previsto na Tabela Unificada do SUS – Serviços Profissionais - SP.

✓ **Cirurgias Múltiplas**

- Cirurgias Múltiplas são ato cirúrgicos, sem, vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizada em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicadas a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não devido a diferentes doenças, executados através de uma única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico – **Cirurgia bilateral não é considerada Cirurgia Múltipla.** (Portaria nº 421 de 23 de julho de 2007), terão complementação hospitalar nas seguintes proporções:

1º Procedimen- to	2º Procedimen- to	3º Procedimen- to	4º Procedimen- to	5º Procedimen- to
100%	50%	50%	25%	25%

✓ **Cirurgias eletivas de média complexidade pactuadas.**

- Serão encaminhadas conforme demanda gerada pelo ambulatório das especialidades - Centro de Especialidades Médicas e serviços ambulatoriais contratualizados pelo SUS;
- As cirurgias eletivas geradas pela Política Nacional das Cirurgias Eletivas serão programadas e pactuadas conforme a necessidade do município e da região;
- Os pacientes serão encaminhados ao Hospital pela Central de Regulação com o laudo da solicitação de cirurgia devidamente autorizado e seguindo o fluxo determinado pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação;
- Os exames pré-operatórios básicos serão encaminhados junto ao laudo de AIH;
- Serão encaminhados, pacientes residentes em Primavera do Leste e em municípios da região conforme pactuação;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

- Após a apresentação do laudo de AIH devidamente autorizada e acompanhada da documentação necessária, o hospital deverá informar a data de agendamento da cirurgia;
- A consulta pós-operatória será garantida pelo cirurgião e será realizada no hospital;
- Os cirurgiões que tiverem vínculo com a SMS para atendimento ambulatorial realizarão o pós-operatório na própria Rede;
- No primeiro dia útil do mês subsequente o hospital deverá encaminhar ao Departamento de Regulação, Controle e Avaliação a relação de pacientes que realizaram a cirurgia por especialidade.

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA TOTAL

LOTES	Orçamento Pré-Fixado (por Produção) – Recursos Federal, Estadual e Municipal	MENSAL	ANUAL
01	SIH/SUS (Média Complexidade) hospitalar	R\$ 424.000,00	R\$ 5.088.000,00
02	SIH/SUS (Média Complexidade)/faturamento UTI*	R\$ 170.000,00	R\$ 2.040.000,00
03	Complementação SIH/SUS (Média Complexidade). Recursos Próprios	R\$ 304.360,36	R\$ 3.652.324,32
04	Complementação das AIH's Excedentes. Recursos Próprios	R\$ 131.796,50	R\$ 1.581.558,00
05	Produção Ambulatorial	R\$ 45.000,00	R\$ 540.000,00
	Orçamento Fixo – Recursos Próprios	R\$ 364.275,36	R\$ 4.371.304,32
ORÇAMENTO TOTAL		R\$1.439.432,22	R\$17.273.186,64

- Somente poderão pleitear o Lote os hospitais que possuírem UTI habilitada.

O cumprimento das metas quantitativas representará 60% do valor da parcela Fixa, sendo que 70% estarão condicionadas a execução das internações e 30% ao pactuado no ambulatório.

O cumprimento das metas qualitativas e de desempenho representará 40% do valor da parcela Fixa, de acordo com o pactuado.

REAJUSTE ANUAL

Os reajustes permitidos pelo artigo 65, da Lei n. 8.666/93, serão concedidos após decorridos 12 (doze) meses da vigência do contrato, por provocação do contratado, que deverá comprovar através de percentuais do INPC/FGV, o reajuste pleiteado, que pas-



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

sarão por análise contábil de servidores designados pelo Município de Primavera do Leste- MT

No caso dos valores ficarem bem abaixo do preço de mercado, a critério da **CREDENCIANTE**, os valores poderão ser revistos a qualquer tempo.

Os preços praticados que sofrerem revisão não poderão ultrapassar os preços praticados no mercado, mantendo-se a diferença percentual apurada entre o valor originalmente constante da tabela e aquele vigente no mercado à época da contratação.

Caso o preço praticado seja superior à média dos preços de mercado, a PREFEITURA solicitará ao Contratado, mediante correspondência, redução do preço praticado, de forma a adequá-lo ao preço usual no mercado.

Serão considerados compatíveis com os de mercado os preços registrados que forem iguais ou inferiores à média daqueles apurados pelo setor demandante, na pesquisa de estimativa de preços.

METAS DE QUALIDADE

1) Implementação da Política de Humanização:

- Implementar gestão descentralizada, colegiada e com controle social;
- Adequar área física para conforto de usuários, familiares e trabalhadores priorizando áreas com maior desconforto e espera dos pacientes;
- Implementar visita aberta no mínimo de 1h/dia, considerando horários especiais para acompanhantes contemplados em legislação específica; e
- Acompanhar avaliação do grau de satisfação do usuário.
- Desenvolver protocolos para abordagem de problemas e situações selecionados.

2) Política Nacional de Medicamentos:

- Elaborar protocolos de padronização e implementação de políticas para promoção do uso racional de medicamentos destacando a adoção de medicamentos genéricos;
- Desenvolver o processo educativo dos consumidores de medicamentos;
- Garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de imposição do cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e
- Desenvolver atividades para promover a atualização dos profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como risco de automedicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

3) Saúde do Trabalhador:

- Apresentar levantamento trimestral de absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do Serviço; e
- Notificar as doenças relacionadas à Saúde do Trabalhador.

4) Alimentação e Nutrição:

- Elaborar e atualizar protocolos clínico-nutricionais e cardápios para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital;
- Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;
- Acompanhar a implantação e o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas enterais e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Capacitar os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição e promover rotinas de apresentação de discussões sobre o tema e estudos de caso com equipes multidisciplinares; e
- Estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

5) HIV/DST/AIDS:

- Realização de teste rápido para HIV em sangue periférico em 100% de parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal;
- Realização de VDRL e TPHA confirmatório (reagentes para VDRL) em 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para parto, nos termos da Portaria 2.104/GM, de 19/11/2002 inclusive nos casos de aborto; e
- Disponibilizar administração do AZT xarope na maternidade para os RN filhos de mães soropositivas para HIV diagnosticadas no prenatal ou na hora do parto, garantindo-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto.

COMISSÕES ATUANTES OBRIGATORIAMENTE

1) Comissão de Prontuários Médicos

Indicador:

- Apresentar trimestralmente relatório contendo itens relacionados à organização dos prontuários, qualidade dos registros e medidas adotadas quando necessário.

2) Comissão de Infecção Hospitalar

Indicador:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

• **CCIH** - Enviar relatório mensal produzido pela comissão ao gestor local com sugestão dos seguintes indicadores, para os seguintes serviços:

✓ Taxa de Infecção Hospitalar Cirúrgica por 100 procedimentos (Incidência de infecção em ferida operatória limpa) em Centro Cirúrgico e Obstétrico:

INDICADORES DE DESEMPENHO

Atendimento e qualidade					
Indicador	Unidade	Método cálculo	Tipo de meta	Sentido	Temporalidade
Internações realizadas	%	(Quant. Internações realizadas / Quant. Internações pactuadas)*100	Elevar	Maior melhor	Mensal
<u>Médias de permanência por especialidade e procedimento de acordo com a Tabela Unificada SUS</u>	Número absoluto	Média em dias de permanência por especialidade e procedimento	Manter	Padrão SUS	Mensal
Internações de urgência	%	(Quant. Internações de urgência / Quant. Internações realizadas)*100	Indiferente	Menor melhor	Mensal
Mortalidade geral	%	(Quant. Mortes / Quant. Internações realizadas)*100	Reduzir	Menor melhor	Mensal
Cirurgias eletivas	%	(Quant. Cirurgias eletivas / Quant. Cirurgias realizadas)*100	Elevar	Maior melhor	Mensal
Partos cesárea	%	(Quant. Partos cesáreas / Quant. Partos realizados)*100	Reduzir (< ou = 30%)	Menor melhor	Mensal
Mortalidade neonatal	%	(Quant. Mortes neonatais / Quant. Partos realizados)*100	Reduzir	Menor melhor	Mensal
Mortalidade materna	%	(Quant. Mortes maternas / Quant. Partos realizados)*100	Reduzir	Menor melhor	Mensal
Ocupação dos leitos	%	(Quant. Leitos ocupados / Quant. Leitos disponíveis para SUS)*100	Entre 75% e 90%	Maior melhor	Mensal
Infecção hospitalar geral (clínica e cirúrgica) em urgência e emergência	%	(Quant. Pacientes infecção hospitalar / Quant. Pacientes atendidos urg./emerg.)*100	Reduzir	Menor melhor	Mensal
Infecção hospitalar geral (clínica e cirúrgica) eletivos	%	(Quant. Pacientes infecção hospitalar / Quant. Pacientes atendidos eletivos)*100	Reduzir	Menor melhor	Mensal
Infecção hospitalar cirúrgica (infecção em ferida operatória limpa) - urgência e emergência	%	(Quant. Pacientes infecção hospitalar cirúrgica / Quant. Total pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicosurg. emergência)*100	Reduzir	Menor melhor	Mensal
Infecção hospitalar cirúrgica (infecção em ferida operatória limpa) - eletivos	%	(Quant. Pacientes infecção hospitalar cirúrgica / Quant. Total pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicoseletivos)*100	Reduzir	Menor melhor	Mensal
Usuários pesquisados	%	(Quant. Usuários pesquisados / Quant. Total usuários)*100	Elevar	Maior melhor	Mensal



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Satisfação do usuário de acordo com os diferentes serviços	%	Média de todas as pesquisas de satisfação realizadas	Elevar	Maior melhor	Mensal
--	---	--	--------	--------------	--------

Saúde do trabalhador

Indicador	Unidade	Método cálculo	Tipo de meta	Sentido	Temporalidade
Absenteísmo	%	$((\text{Quant. Total dias ou horas atrasos e faltas}) / (\text{Dias ou horas trabalhados no mês} \times \text{Quant. Total de funcionários})) \times 100$	Reduzir	Menor melhor	Trimestral
Incidência de doenças relacionadas ao trabalho	%	$(\text{Quant. Doenças relacionadas ao trabalho} / \text{Quant total de doenças dos trabalhadores}) \times 100$	Reduzir	Menor melhor	Trimestral
Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho	%	$(\text{Quant. Doenças recorrentes relacionadas ao trabalho} / \text{Quant total de doenças relacionadas ao trabalho}) \times 100$	Reduzir	Menor melhor	Trimestral

HIV/DST/AIDS

Indicador	Unidade	Método cálculo	Tipo de meta	Sentido	Temporalidade
Teste rápido HIV em sangue periférico que não apresentem teste HIV no pré-natal	%	$(\text{Quant. Testes rápidos em gestantes} / \text{Quant. Pacientes que não apresentaram teste HIV no pré-natal}) \times 100$	100%	Maior melhor	Mensal
Exame VDRL em gestantes para parto	%	$(\text{Quant. Exames em gestantes} / \text{Quant. Total gestantes}) \times 100$	100%	Maior melhor	Mensal
Exame TPHA em gestantes para parto	%	$(\text{Quant. Exames em gestantes} / \text{Quant. Total gestantes}) \times 100$	100%	Maior melhor	Mensal
Administração AZT Xarope para RN filhos de mães soropositivas para HIV	%	$(\text{Quant. Administração realizadas} / \text{Quant. Total gestantes soropositivas HIV}) \times 100$	100%	Maior melhor	Mensal
Teste rápido HIV em todas cirurgias urgentes e eletivas	%	$(\text{Quant. Testes realizados} / \text{Total de cirurgias realizadas}) \times 100$	100%	Maior melhor	Mensal

METAS PARA OS INDICADORES DE DESEMPENHO

Destinação de Serviços Assistenciais ao SUS:

Destinar no mínimo 60 % dos serviços assistenciais ao SUS

Permanência Hospitalar:

Manter o Tempo Médio de Permanência Hospitalar, em no máximo:

Clínica	Média de Permanência
Obstétrica	02



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Médica	03
Cirúrgica	02
Pediátrica	03
Psiquiatria	---

PARÂMETRO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA

Desempenho da Assistência Hospitalar						
Indicador	Unidade	Método cálculo	Tipo de meta	Sentido	Temporalidade	Pontuação
Internações realizadas	%	(Quant. Internações realizadas / Quant. Internações pactuadas)*100	Mínimo 100%	Maior melhor	Mensal	200
Taxa de cesáreas (incluindo gestantes de risco)	%	(Total cesáreas realizadas / Total de partos realizados)*100	Máximo 40%	Menor melhor	Mensal	200
Ocupação dos leitos	%	(Quant. Leitos ocupados / Quant. Leitos disponíveis)*100	Mínimo 75%	Maior melhor	Mensal	200
Médias de permanência por especialidade e procedimento de acordo com a Tabela Unificada SUS	Número absoluto	Média em dias de permanência por especialidade e procedimento	Mínimo 2 dias	Padrão SUS	Mensal	200
Taxa de aplicação de imonoglobulina em gestantes	%	(Quant. Gestantes com aplicação de imonoglobulina / Total gestantes com antiRH)*100	Mínimo 100%	Padrão SUS	Mensal	100
Informar as taxas de infecção hospitalar geral e cirúrgica	Informação	---	---	---	Mensal	100
Teste rápido HIV em sangue periférico que não apresentem teste HIV no pré-natal	%	(Quant. Testes rápidos em gestantes / Quant. Pacientes que não apresentaram teste HIV no pré-natal)*100	Mínimo 100%	Maior melhor	Mensal	100
Exame VDRL em gestantes para parto	%	(Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes)*100	Mínimo 100%	Maior melhor	Mensal	100
Exame TPHA em gestantes para parto	%	(Quant. Exames em gestantes / Quant. Total gestantes)*100	Mínimo 100%	Maior melhor	Mensal	100
Administração AZT Xarope para RN filhos de mães soropositivas para HIV	%	(Quant. Administração realizadas / Quant. Total gestantes soropositivas HIV)*100	Mínimo 100%	Maior melhor	Mensal	100



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Teste rápido HIV em todas cirurgias urgentes e eletivas	%	(Quant. Testes realizados / Total de cirurgias realizadas) * 100	Mínimo 100%	Maior melhor	Mensal	100
---	---	--	-------------	--------------	--------	-----

Desempenho da Área de Humanização

Indicador	Unidade	Método cálculo	Tipo de meta	Sentido	Temporalidade	Pontuação
Implementar e manter Grupo de Treinamento em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS, apresentando relatórios	---	---	---	---	Trimestral	50
Satisfação do usuário de acordo com os diferentes serviços	%	Média de todas as pesquisas de satisfação realizadas	Mínimo 70%	Maior melhor	Mensal	200
Possui no quadro Assistente Social	---	---	---	---	Mensal	200

TABELA DE VALORIZAÇÃO DE DESEMPENHO

Faixas de pontuação	Percentual do Valor Fixo
84% - 100%	100%
67% - 83%	80%
50% - 66%	50%

Os Repasses dos recursos financeiros mensais estarão condicionados a apresentação dos Relatórios de acompanhamento de metas e custos constantes no presente Documento Descritivo de Contratualização.

Executar,

Primavera do Leste – MT, ____ de _____ de 2018.

Hospital

LEONARDO TADEU BORTOLIN
Prefeito Municipal

Testemunhas: 1. _____
2. _____



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO V

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Ilmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde

A EMPRESA devidamente representada por meio de seu representante, Sr (a)....., vem requerer o seu **CREDENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO – HOSPITALARES, MEDIANTE PRESTAÇÕES DE AÇÕES E SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), CONFORME PREVISTOS NA PORTARIA MS Nº 2.567 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2016, PORTARIA Nº 3.410 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 E DE ACORDO COM AS QUANTIDADES E ESPECIFICAÇÕES DESTE EDITAL.**

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital de Credenciamento e, especialmente, nunca ter sofrido qualquer penalidade no exercício da atividade.

Apresento documentos, declarando expressamente a concordância com todas as condições apresentadas no Edital e ciência de que o pedido de Credenciamento poderá ser deferido ou indeferido, segundo a avaliação da Comissão Permanente de Licitações.

As intimações e comunicações decorrentes deste requerimento poderão ser feitas no endereço infra-indicado, seja pessoalmente, por carta ou outro meio idôneo.

Termos em que,
Pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 2018.

Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is) da Empresa.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO E ACEITAÇÃO DO EDITAL

A empresa....., inscrita no CNPJ sob o nº....., licitante no presente processo licitatório, promovido pelo Município de Primavera do Leste - MT, declara, por meio de seu representante, Sr (a)....., que está regular com a Fazenda Nacional, Estadual e Municipal, com a Seguridade Social (FGTS e INSS), bem como que atende a todas as exigências de habilitação constantes no edital do referido certame e que aceita as condições do presente edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se vencedora fornecerá o objeto desta licitação pelo preço proposto.

_____, _____ de _____ de 2018.

Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is) da Empresa.

13-05

PRIMAVERA DO LESTE

1986



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À Comissão de Licitação da **Prefeitura Municipal de Primavera do Leste - MT**

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de proponente do presente de Credenciamento, instaurado por esse órgão público, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por expressão da verdade, firmamos o presente.

_____, _____ de _____ de 2018.

Nome completo do(s) representante(s) legal(is) da Empresa.





**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENORES

(Razão Social da Empresa) _____,
CNPJ Nº _____, sediada na (endereço completo) _____

_____, **DECLARA**
para fins do disposto no Art. 27, V, da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei nº 9.854/97,
que não emprega menor de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno, perigoso ou insa-
lubre e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos.

Ressalva: Emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz.

_____, _____ de _____ de 2018.

Nome completo do(s) representante(s) legal(is) da Empresa.

13-05

PRIMAVERA DO LESTE

1986



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

ANEXO IX

CONTRATO Nº/2018

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE E DE OUTRO O HOSPITAL QUALIFICADO COMO ENTIDADE PRIVADA.

Contrato de prestação de serviços de saúde que entre si celebram o Município de PRIMAVERA DO LESTE, inscrito no CNPJ sob nº, com sede nesta cidade na Rua Maringá, 444 - Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, GETÚLIO GONÇALVES VIANA, brasileiro, , portador do RG nº. SSP/RS, inscrito no CPF sob nº....., residente e domiciliado na Rua, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado o **HOSPITAL.....**, inscrito no CNPJ sob N°., com sede na Rua, e com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob N°., instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000 e regulamentada pela Portaria MS/SAS 511/2000, neste ato representado por seu sócio proprietário,, portador do RG nº., inscrito no CPF nº., doravante denominado CONTRATADO, tendo em vista os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos nas Leis Federais N°. 8.080/90 e N°. 8.142/90, Decreto nº. 7.508/11, Lei Complementar nº 141/12, Portaria N° 204 de 29 de Janeiro de 2007, Portaria N° 529 de 01 de Abril de 2013, Portaria MS N° 2.567 de 25 de Novembro de 2016 e Portaria MS nº. 3.410 de 30 de Dezembro de 2013, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO**, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços médicos-hospitalares, mediante a prestação de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS conforme previsto nas Portarias MS N°. 2.567 de 25 de Novembro de 2016 e N° 3.410 de 30 de Dezembro de 2013.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os serviços serão prestados em regime hospitalar em caráter eletivo e de urgência e emergência, 24 horas por dia, durante todos os dias da semana, devendo atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

PARÁGRAFO SEGUNDO

Durante a semana de referência para atendimento de urgência e emergência os pacientes serão regulados e encaminhados ao Hospital através do Pronto Atendimento Municipal. Na semana em que a referência seja outra unidade, na ausência de leito, a Unidade de Pronto Atendimento entrará em contato com o Hospital para mapeamento e disponibilidade de leito.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os procedimentos eletivos serão regulados pela Central de Regulação Municipal e respeitarão o mapa cirúrgico apresentado pela unidade hospitalar.

PARÁGRAFO QUARTO

Integra e complementa este instrumento contratual, para todos os fins e de direito, devidamente rubricado pelas partes contratantes, o seguinte anexo:

- a) Anexo I – Documento Descritivo de Contratualização.

PARÁGRAFO QUINTO

Este contrato não tem caráter de exclusividade no atendimento dispensado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

PARÁGRAFO SEXTO

Os perfis dos Hospitais do Município não atendem ao estabelecido do Art. 2º da Portaria Nº 3.410/2013 que é de no mínimo 50 leitos operacionais, porém, atendem a caracterização regional do Município, não comprometendo a Atenção Hospitalar devida.

PARÁGRAFO SÉTIMO

O valor total da contratação é de R\$ _____,
(_____), sendo pago conforme a utilização dos serviços.

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabem a CONTRATADA, além das obrigações constantes no Documento Descritivo de Contratualização e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, as seguintes:

No Eixo de Assistência, são responsabilidades do Hospital:

- I. Cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;
- II. Cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos;
- III. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

- IV. Manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 07 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;
- V. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;
- VI. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;
- VII. Implantar e/ou implementar as ações previstas na [Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013](#), que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações: implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente; elaboração de planos para Segurança do Paciente; e implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
- VIII. Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- IX. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
- X. Garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;
- XI. Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades na semana de referência, previstas no Documento Descritivo (Anexo II);
- XII. Promover a visita ampliada para os usuários internados;
- XIII. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;
- XIV. Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
- XV. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
- XVI. Possuir e manter em pleno funcionamento: Comissão de Prontuário Médico, Comissão de Óbito, Comissão de Ética Médica e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- XVII. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e
- XVIII. Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

No Eixo de Gestão, são responsabilidades do Hospital:

- I. Prestar as ações e serviços de saúde pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;
- II. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

- III. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
- IV. Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;
- V. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
- VI. Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;
- VII. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
- VIII. Dispor de serviço de atendimento ao usuário;
- IX. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
- X. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
- XI. Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
- XII. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;
- XIII. Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas;
- XIV. Participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização;
- XV. Afixar aviso, em lugar visível de sua condição de entidade qualificada ao atendimento SUS;
- XVI. Informar diariamente, a Secretaria Municipal de Saúde, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizadas as informações do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação;
- XVII. Nos casos de Urgência e Emergência, não havendo leitos disponíveis nas enfermarias compete ao Hospital proceder à internação do paciente em acomodações especiais, até que seja liberada vaga em leito de enfermaria; e
- XVIII. Informar a Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Regulação, Controle e Avaliação sobre as alterações referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- XIX. Manter afixado em local visível na recepção do hospital o número do telefone da Ouvidoria do SUS.

No Eixo de Avaliação, são responsabilidades do Hospital:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

- I. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
- II. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
- III. Avaliar em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
- IV. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
- V. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
- VI. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

CLÁUSULA TERCEIRA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

A CONTRATANTE fica obrigada a:

- I. Dar conhecimento a CONTRATADA das obrigações e responsabilidades que lhe cabe acerca dos serviços objeto deste contrato;
- II. Informar previamente a CONTRATADA sobre total e qualquer anormalidade do sistema que possa influir no atendimento do usuário;
- III. Zelar para que a CONTRATADA atenda o usuário do Sistema Único de Saúde dentro das normas impostas pelo exercício da profissão;
- IV. Executar os procedimentos de auditoria médica de acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina e DENASUS/MS; e
- V. Programar no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Documento Descritivo de Contratualização, que integra este instrumento.
- VI. Fiscalizar, através do Conselho Municipal de Saúde / Ouvidoria e Central de Regulação o cumprimento deste contrato.

CLÁUSULA QUARTA

DO ACOMPANHAMENTO E CONTROLE

A execução do presente contrato será acompanhada pela Coordenação de Planejamento e Orçamento da SMS e pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação.

O Contrato Assistencial contará ainda com uma Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

- I. Será constituída por 02 (dois) representantes do Hospital, 02 (dois) da Secretaria Municipal de Saúde e 02 (dois) representantes do Conselho Municipal de Saúde, e ainda os suplentes;
- II. A Comissão de Acompanhamento da Contratualização deverá se reunir mensalmente para monitorar e avaliar as metas e indicadores do Anexo IV, através de relatórios emitidos pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação, pelo Hospital e outros que se fizerem necessários;
- III. O cumprimento das Metas Qualitativas e Quantitativas, estabelecidas no Anexo I - Documento Descritivo deverá ser avaliada e validada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que estabelecerá critérios para aplicabilidade do percentual das faixas de Desempenho e retenção financeira;
- IV. As reuniões para avaliação e acompanhamento da execução do presente contrato, no cumprimento das metas estabelecidas no Anexo I e a avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários deverão ocorrer trimestralmente;
- V. Analisará trimestralmente os relatórios relativos a execução deste Contrato Assistencial, comparando as metas com os resultados alcançados e a compatibilidade com o Documento Descritivo dos indicadores de desempenho e de produtividade pactuados; e
- VI. A Comissão de Acompanhamento da Contratualização será criada pela Contratante até 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato.

CLÁUSULA QUINTA

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente contrato terá vigência de 12 (doze) meses contados à partir da data de assinatura, sendo renovado automaticamente, caso não haja manifestação em contrário.

CLÁUSULA SEXTA

DOS RECURSOS FINANCEIROS

A CONTRATANTE repassará a CONTRATADA os valores previstos na Tabela Unificada de procedimentos do Sistema Único de Saúde e Complementação Financeira para os serviços executados, que passam a fazer parte integrante deste contrato, para os procedimentos realizados, conforme estabelecido no Anexo IV - Documento Descritivo de Contratualização.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A CONTRATADA apresentará à CONTRATANTE, mensalmente, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente a produção digitalizada no Sistema SISAIH01 – DATASUS ou sistema similar que atenda as exigências estabelecidas pelo DATASUS.

PARÁGRAFO SEGUNDO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

A documentação comprobatória do atendimento prestado será emitida em duas vias, destinando-se uma para apresentação à CONTRATANTE e a outra ao controle da CONTRATADA, além dos relatórios gerenciais devidamente validados.

CLÁUSULA SÉTIMA

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

07.004.10.302.0020-2.180.33903900 - Fonte 201 Ficha 0713

07.004.10.302.0020-2.180.33903900 - Fonte 202 Ficha 0714

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Por se tratar de pagamento referente à produção, os valores repassados são variáveis e serão provenientes dos recursos federais, estaduais e municipais do Bloco da Média e Alta Complexidade - MAC.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O pagamento será efetuado em até 15 (quinze) dias após atestado pelo fiscal de contrato.

CLÁUSULA NONA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente CONTRATO poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que deverá conter a declaração de interesse de ambas as partes e autorização do Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO

O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer momento, por qualquer das partes, mediante comunicação expressa, de uma a outra, respeitada a antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de recebimento, desde que devidamente justificadas e na forma da Lei, prevenidas as partes por interpelação judicial ou extrajudicial formalizada.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

DO FORO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

P.M. PVA DO LESTE
C.P.L

Fls. nº _____

Visto _____

Fica eleito o Foro de Primavera do Leste, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente convênio em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Primavera do Leste, _____ de _____ de 2018.

Contratado

Contratante
Prefeitura Municipal de Primavera do Leste

Testemunhas:

Nome
R.G.

Nome
R.G.

