

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

CRENCIAMENTO 01/2022

CRENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS - GRUPO 03, SUBGRUPO 02 - FISIOTERAPIA, ACRESCIDO DE CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - CÓDIGO 03.01.01.004- 8, CBO DE FISIOTERAPEUTA, DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM - SIGTAP/SUS PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL AOS USUÁRIOS DO SUS.

O Município de Campo Alegre – Secretaria Municipal de Saúde, através do Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre, inscrito no CNPJ sob nº 01.941.360/0001-50, torna público que abrirá inscrições para o Credenciamento de Prestadores de Serviços de Saúde para realização de Procedimentos Clínicos - Grupo 03, Subgrupo 02 - Fisioterapia, acrescido de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) - Código 03.01.01.004- 8, CBO de Fisioterapeuta, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM - SIGTAP/SUS para atendimento ambulatorial aos usuários do SUS, do Município de Campo Alegre/SC, de acordo com as diretrizes do SUS e em conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93, Lei Federal nº 8.080/90, e demais legislações pertinentes e condições a seguir:

1 – DATA, LOCAIS E HORÁRIOS

- 1.1 – O presente edital para credenciamento ficará aberto por prazo indeterminado.
- 1.2 – Os envelopes com a documentação de habilitação serão recebidos na Prefeitura Municipal de Campo Alegre, no Serviço de Protocolo, sito à Rua Cel. Bueno Franco, nº 292 – Centro - CEP 89294-000 – Campo Alegre - SC, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h, observadas as condições e exigências mínimas para a prestação dos serviços, as condições de pagamento e a tabela de preços, que remunerará os serviços prestados, e demais requisitos fixados no presente regulamento.
- 1.3 – O Edital e seus Anexos estão disponíveis para consulta no site www.campoalegre.sc.gov.br, no link “Licitações”.

2 – DO OBJETO E DO PREÇO

- 2.1 – O objeto do presente é o Credenciamento de Prestadores de Serviços de Saúde para realização de Procedimentos Clínicos - Grupo 03, Subgrupo 02 - Fisioterapia, acrescido de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) - Código 03.01.01.004- 8, CBO de Fisioterapeuta, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM - SIGTAP/SUS para atendimento ambulatorial aos usuários do SUS, em conformidade com o Anexo I (Tabela de Procedimentos e Valores) e Anexo XIV (Minuta de Termo de Credenciamento) do Edital, nos prazos, tipos, quantidades e qualidades solicitadas em ato formal do Município.
- 2.2 - A Secretaria Municipal de Saúde estabelece uma estimativa anual de R\$ **42.532,20 (quarenta e dois mil, quinhentos e trinta e dois reais e vinte centavos)** a serem contratados, que serão utilizados conforme objeto deste Credenciamento.
- 2.3 – O preço referente aos serviços efetivamente prestados, nos termos do artigo 26 da Lei nº. 8.080/90 será aquele constante no Anexo I (Tabela de Procedimentos e Valores), ficando esclarecido, desde já, que a Administração não admitirá qualquer alegação posterior que vise o ressarcimento de custos não considerados nos preços.

2.4 – Constituem parte integrante deste Edital:

Anexo I – Tabela de Procedimentos e Valores;

Anexo II – Modelo Solicitação de Credenciamento;

Anexo III – Declaração de Aceitação dos Preços;

Anexo IV – Declaração de Cumprimento ao Disposto no Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal;

Anexo V – Controle Individual de Frequência na Fisioterapia;

Anexo VI – Termo de Esclarecimento;

Anexo VII – Modelo Indicando sua Capacidade de Oferta e Quantidade;

Anexo VIII – Declaração de Desistência;

Anexo IX – Usuário SUS – Saiba seus Direitos e Deveres;

Anexo X – Questionário de Satisfação;

Anexo XI – Modelo Declaração de Disponibilidade de instalações, aparelhamento e pessoal;

Anexo XII – Termo de Referência;

Anexo XIII – Roteiro de Visita Técnica; e

Anexo XIV – Minuta de Termo de Credenciamento.

3 – DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1 – A Secretaria de Saúde credenciará todos os interessados que preencherem as condições e exigências do presente regulamento, sendo que inexistirá possibilidade de discussão entre as partes acerca das cláusulas contratuais, porém a contratação dos serviços ocorrerá desde que observadas as quantidades constantes no Anexo XII - TERMO DE REFERÊNCIA.

3.2 – Poderão participar do certame pessoas jurídicas com ou sem fins lucrativos do Município de Campo Alegre/SC e São Bento do Sul/SC, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal e que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e seus Anexos.

3.2.1 – Os Municípios elencados no item 3.2 foram definidos em virtude do deslocamento dos usuários X quantidade de pacientes a serem atendidos X número de sessões de fisioterapia. A frota da Secretaria da Saúde é pequena diante do volume de usuários e da quantidade de sessões de fisioterapia necessárias para a recuperação dos pacientes. Clínicas em municípios mais distantes inviabiliza a proposta de dar celeridade ao atendimento visando reduzir o tempo de espera na fila de fisioterapia, que hoje ainda tem pacientes aguardando atendimento desde 2014.

3.3 – Os atendimentos deverão ser realizados na sede da Credenciada, em locais legalmente destinados a esta finalidade, que cumpram as exigências sanitárias e todas as normas regulamentadoras em vigor, e equipados para prestar o serviço objeto deste Edital.

3.4 – Não será admitido o credenciamento de proponentes:

3.4.1 – Em falência ou concordata, que se encontre em processo de recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

3.4.2 – Punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração, inscritos ou não no Cadastro Central de Fornecedores do Município de Campo Alegre, durante o prazo estabelecido para a penalidade;

3.4.3 – Que tenha sido declarado inidôneo por qualquer órgão da Administração direta ou indireta, com qualquer órgão público Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;

3.4.4 – Cujos diretores, gerentes, sócios e empregados sejam servidores ou dirigentes da Administração Pública Municipal;

3.4.5 – É vedada a participação de consórcio.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

3.5 – A participação na licitação implica automaticamente na aceitação integral e irretratável dos termos e conteúdo deste edital e seus anexos, a observância dos preceitos legais e regulamentos em vigor, e a responsabilidade pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

4 – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

4.1 – Os interessados em participar do presente credenciamento deverão entregar 01 (um) invólucro fechado de forma inviolável, contendo os "Documentos de Habilitação".

4.1.1 – No invólucro deverá constar:

Credenciamento Nº 01/2021

Município de Campo Alegre – Secretaria Municipal de Saúde - Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre

Objeto: Credenciamento de Prestadores de Serviços de Saúde para realização de Procedimentos Clínicos - Grupo 03, Subgrupo 02 - Fisioterapia, acrescido de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) - Código 03.01.01.004- 8, CBO de Fisioterapeuta, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM - SIGTAP/SUS para atendimento ambulatorial aos usuários do SUS.

Documentação de Habilitação

Proponente: _____

4.2 – Depois de encaminhados os documentos nenhum outro será recebido em separado, sendo que, na ausência de algum documento essencial constante no item 5 deste Edital, poderá o interessado efetuar o reenvio de toda a documentação dentro do prazo estipulado para recebimento das inscrições para o credenciamento.

4.3 – A abertura dos envelopes dos interessados no credenciamento ocorrerá no período previsto no item 1.1 deste edital, de acordo com o recebimento dos invólucros.

4.4 – A Comissão procederá ao exame e rubrica de todos os documentos e terá poderes para indeferir a habilitação do proponente, caso este, não atenda a todas as condições de habilitação estabelecidas neste Edital.

1.1. 4.5 – Ao final do exame dos documentos, a comissão lavrará ata constando o julgamento dos documentos apresentados e publicará o resultado do julgamento no Diário Oficial do Município (www.diariomunicipal.sc.gov.br), e ainda no *site* do Município (www.campoalegre.sc.gov.br).

5 – DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

5.1 – Os documentos de habilitação devem ser entregues em uma única via, preferencialmente, numerados em sequência e rubricados em todas as suas páginas por representante legal da proponente ou preposto e poderão ser apresentados:

a) em original; ou

b) cópia autenticada por cartório; ou

c) cópia autenticada por servidor autorizado do Serviço de Compras da Secretaria Municipal de Administração de Campo Alegre/SC, mediante a exibição dos originais antes da entrega dos envelopes; ou

d) exemplar da publicação em órgão da imprensa oficial.

5.1.1 – Somente serão aceitos documentos originais, cópias ou publicações legíveis, que ofereçam condições de análise por parte da comissão;

5.1.2 – Somente será(ão) autenticado(s) documento(s) através da apresentação de seu(s) original(is);

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

5.1.3 – Serão aceitos comprovantes de regularidade fiscal, obtidos na rede internet, condicionado a que os mesmos tenham sua validade confirmada pela comissão, na fase de habilitação.

5.2 – Os documentos a serem apresentados são:

- a)** Prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);
- b)** Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Responsável Legal pela Instituição;
- c)** Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrados, ou o registro público de empresário individual e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores, com a comprovação de publicação na imprensa da ata arquivada, bem como das alterações, caso existam, e, no caso de sociedades simples, acompanhados de prova de diretoria em exercício;
- d)** Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais, à Dívida Ativa da União e às contribuições previdenciárias e de terceiros;
- e)** Certidão Negativa de Débitos Estaduais, da sede do proponente;
- f)** Certidão Negativa de Débitos Municipais, da sede do proponente;
- g)** Certificado de Regularidade do FGTS;
- h)** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, conforme Lei nº 12.440, de 07 de julho de 2011;
- i)** Declaração de que a proponente cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, conforme Anexo IV deste Edital;
- j)** Certidão Negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede do proponente;
- k)** Considerando a implantação do sistema eproc do Poder Judiciário de Santa Catarina, as empresas participantes sediadas neste estado deverão apresentar a certidão do modelo "Falência, Concordata e Recuperação Judicial" emitida no SAJ juntamente com a respectiva "Certidão de Registros Cadastrados no sistema eproc", para que tenham validade;
- l)** Na hipótese de outras Unidades Federativas com situação similar, as empresas participantes deverão apresentar a Certidão complementar nos mesmos termos;
- m)** Alvará Sanitário vigente, emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária Municipal, compatível com o serviço a ser prestado;
- n)** Comprovante de inscrição da unidade (Declaração de Regularidade de Funcionamento) e dos profissionais no respectivo órgão de classe da jurisdição, cuja situação deverá estar ativa e regular;
- o)** Comprovação de que o responsável técnico integra o quadro permanente da proponente na data prevista para entrega dos invólucros, que deverá ser feito mediante a apresentação de Carteira de Trabalho, Contrato de Prestação de Serviço ou Contrato Social;
- p)** Comprovação de que o (s) fisioterapeuta(s) integram o quadro permanente da proponente na data prevista para entrega dos invólucros, que deverá ser feito mediante a apresentação de Carteira de Trabalho, Contrato de Prestação de Serviço ou Contrato Social;
- q)** Comprovante de inscrição e atualização dos dados e requisitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da unidade;
- r)** Declaração de disponibilidade de instalações, aparelhamento e pessoal (incluindo relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador,

- informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, quando for o caso), conforme Anexo XI;
- s) Declaração mencionando os horários de atendimento aos usuários do SUS;
 - t) Solicitação formal de Credenciamento (Modelo Solicitação de Credenciamento), de acordo com o Anexo II do Edital, indicando o(s) item(ns) que será(ão) fornecido(s);
 - u) Termo de Procuração, se a requerente estiver representada por um procurador;
 - v) Declaração de Aceitação dos Preços, conforme ANEXO III.
 - w) Indicação da capacidade total mensal da oferta de atendimentos fisioterapêuticos que pretende disponibilizar para o SUS, discriminando de acordo com o modelo ANEXO VII.
 - x) Relação de equipamentos (quantificar e especificar), contendo marca, modelo e número de registro na ANVISA, quando obrigatório;
 - y) Todos os documentos deverão estar dentro do prazo de validade. Se a validade não constar de algum documento, será considerado válido por um período de 60 dias contados a partir da data de sua emissão;
 - z) Sob pena de inabilitação, nos documentos a que se refere o subitem 5.2 deste Edital deverão constar o nome/razão social do proponente, o número do CNPJ e o respectivo endereço, observado que se a proponente for:
 - a) matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz; e
 - b) filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial.

5.5 – O proponente poderá apresentar os comprovantes de regularidade relativa à Seguridade Social – INSS e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS centralizados junto à matriz, desde que junte comprovante da centralização do recolhimento das contribuições e apresente certidão em que conste o CNPJ da entidade centralizadora;

5.6 – Poderão ser apresentadas Certidões Negativas ou Positivas com efeito de Negativas;

5.7 – O representante legal do proponente que subscrever os documentos apresentados deve estar devidamente identificado no processo, acompanhado da respectiva representatividade e, quando for o caso, de procuração e documento de identidade.

6 – DO JULGAMENTO

6.1 – O Município de Campo Alegre – Secretaria Municipal de Saúde - Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre/SC poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que, porventura, se fizerem necessários.

6.2 – O Município de Campo Alegre/SC realizará, através da Secretaria Municipal de Saúde, visitas às instalações dos Serviços interessados, visando emitir parecer técnico sobre os aspectos relativos às condições de atendimento, segurança, aparelhagem, corpo funcional e técnico.

6.2.1 – Ficam estabelecidos os seguintes critérios a serem julgados durante a visita técnica:

6.2.1.1 – Equipe mínima:

6.2.1.2 - Equipe Mínima: No mínimo 01 (um) Fisioterapeuta responsável técnico e demais fisioterapeutas devidamente registrados e regulares no órgão de classe, em atendimento ao disposto no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013), Artigo 9º, e Resolução COFFITO Nº 139, de 28 de novembro de 1992, em quantidade necessária afim de atender a contratação.

6.2.1.3 - Equipamentos e outros:

Estrutura essencial, conforme roteiro de visita técnica (ANEXO XII) e Resolução COFFITO nº 387/2011. A Credenciada deverá dispor de equipe apoio suficiente para atender ao objeto da contratação.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

6.2.2 – A capacidade instalada será estimada levando-se em consideração a carga horária dos profissionais, o número de equipamentos, o tempo de atendimento proposto pelo prestador, a duração do procedimento preconizada ou estimada pelo Ministério da Saúde, Associação/Colégio de Especialidade, Órgão de Classe e/ou literatura.

6.2.3 – A visita técnica será realizada seguindo Roteiro de Vistoria, disponibilizado no Anexo XIV.

6.2.4 – Os critérios de análise e o roteiro de vistoria poderão ser reajustados para incluir as novas legislações que possam surgir, bem como para adequação às alterações das legislações até o presente momento aplicadas neste Credenciamento.

6.3 – Após a análise e visitas, o Município, com base no parecer dos técnicos da Área de Controle, Avaliação e Auditoria, emitirá Relatório de Aceitação ou Recusa do Credenciamento.

6.4 – A recusa será sempre baseada no não cumprimento de quesitos estabelecidos pelo Edital de Credenciamento.

7 – DOS RECURSOS

7.1 – O interessado que tiver negado seu credenciamento poderá apresentar recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da data de publicação da decisão, nos termos do disposto no art. 109 da Lei 8.666/93 e alterações posteriores;

7.2 – Os recursos deverão:

7.2.1 – Obedecer ao disposto no artigo 109 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores;

7.2.2 – Ser encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde;

7.2.3 – Estar acompanhado de respectiva representatividade e de procuração, quando for o caso;

7.2.4 – Ser protocolados no Serviço de Protocolo, sito à Rua Cel. Bueno Franco, nº 292 – Centro - CEP 89294-000 – Campo Alegre - SC, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h; e

7.2.5 – Não serão admitidos recursos enviados via fax e e-mail.

7.3 – Os recursos serão julgados pela Comissão de Licitações e o resultado será publicado no Diário Oficial do Município.

8 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1 – Os recursos financeiros para encargos decorrentes do presente Credenciamento correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

42 – 3.3.90.39.00.00.00 - Fonte de Recurso 0119 – Valor de complemento

43 – 3.3.90.39.00.00.00 - Fonte de Recurso 1010 – Preço SUS

9 – DOS VALORES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1 – O pagamento será efetivado de acordo com o preço fixado no Anexo I deste Edital.

10.2 – O pagamento será efetuado:

10.2.1 – Mensalmente, em até 15 (quinze) dias após a prestação dos serviços, mediante emissão de documento fiscal emitido pela CREDENCIADA com base nos serviços prestados, e após a Secretaria Municipal de Saúde certificar de que os serviços foram efetivamente prestados.

10.2.2 – Mediante apresentação dos seguintes documentos:

a) Nota fiscal para preço SUS e nota fiscal para valor de complemento.

b) Prova de regularidade para com a Dívida Ativa da União, Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual, Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, Prova de

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

regularidade relativa à Seguridade Social, Prova de Regularidade Relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

10.3 – Somente serão pagos os valores correspondentes às parcelas dos serviços efetivamente realizados atestadas pela equipe gestora do contrato do Município de Campo Alegre/SC.

10.4 – Em caso de atraso dos pagamentos por culpa exclusiva da Administração, será aplicado como índice de atualização monetária o IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo.

11 – DA VIGÊNCIA, PRAZO DE EXECUÇÃO E REAJUSTE

11.1 – Do prazo de execução:

11.1.1 – O prazo de vigência do Termo de Credenciamento iniciar-se-á na data de sua assinatura e terá validade de 12 (doze) meses, prorrogável nos termos do artigo 57, II da Lei nº 8.666/93.

11.1.1.1 – O contrato poderá ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o limite máximo estabelecido no Artigo 57 e seus parágrafos, da Lei n.º 8.666/93 e alterações.

11.1.2 - A Contratada deverá iniciar a prestação de serviços, em todos os seus termos, em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de assinatura do Termo de Credenciamento.

11.1 – Do reajuste:

11.1.1 – Do preço preconizado pelo SUS – Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS:

11.1.1.1 - Não serão concedidos reajustes anuais.

11.1.1.2 - O reajuste será concedido na mesma proporção em que houver sido atualizada a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, em conformidade com o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, após a publicação no Diário Oficial da União.

11.1.1.3 – O reajuste do item 11.1.1.2 será aplicado uniformemente a todos os contratados, independente da data de assinatura do Termo de Contrato.

11.1. 2 – Do valor de complemento:

11.2.1.1 – O valor de complemento se refere a diferença entre o valor total, menos o valor estabelecido na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

11.2.1.2 - No caso de prorrogação do contrato fica instituído o INPC como índice de reajuste, nunca, porém, em intervalo inferior a 12 (doze) meses, exclusivamente para o valor de complemento.

12 – DAS SANÇÕES

12.1 – As penalidades que poderão ser cominadas à CREDENCIADA são as previstas na Lei Federal nº 8.666/93, garantida a prévia defesa no prazo de 05 (cinco) dias úteis;

I – Advertência;

II – Multa, que será deduzida dos respectivos créditos ou garantia, podendo ainda ser cobrada administrativamente ou judicialmente, correspondente a:

a) 0,2% (zero vírgula dois por cento) do valor contratado por dia de atraso no cumprimento do prazo para prestação dos serviços contratados;

b) 10% (dez por cento) do valor contratado, pela inexecução sem justo motivo, por parte da CREDENCIADA, sem prejuízo da apuração e reparação do dano que a exceder.

III – suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

IV – Declaração de inidoneidade quando a CREDENCIADA, sem justa causa, não cumprir as obrigações assumidas, praticando falta grave, dolosa ou revestida de má-fé, a juízo do Município. A pena de inidoneidade será aplicada em despacho fundamentado do Secretário

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

Municipal de Administração, assegurando a defesa do interessado no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista, ponderada a natureza, a gravidade da falta e a extensão do dano efetivo ou potencial.

12.2 – O montante de multas aplicadas à CREDENCIADA não poderá ultrapassar a 15% (quinze por cento) do valor global do contrato. Caso aconteça, o Município terá o direito de rescindir o contrato mediante notificação.

12.3 – As multas deverão ser pagas junto à Secretaria de Finanças do Município até o dia de pagamento que a CREDENCIADA tiver direito ou poderão ser cobradas judicialmente após 30 (trinta) dias da notificação.

12.3.1 – Poderão também ser descontadas dos créditos que a CREDENCIADA tenha a receber do Município.

12.4 – Nas penalidades previstas no contrato, a Administração considerará, motivadamente, a gravidade da falta, seus efeitos, bem como os antecedentes da CREDENCIADA, graduando-as e podendo deixar de aplicá-las, se admitidas as justificativas da CREDENCIADA, nos termos do que dispõe o art. 87, caput, da Lei nº 8.666/93.

12.5 – As penalidades aplicadas serão registradas no cadastro da CREDENCIADA.

12.6 – Nenhum pagamento será realizado à CREDENCIADA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

13 – DA GESTÃO

13.1 – A gestão do contrato será realizada pela Secretaria de Saúde, gestora do Fundo Municipal de Saúde, sendo a mesma responsável pelo recebimento e fiscalização do objeto licitado, devendo ser observado o disposto no art. 67 da Lei nº 8.666/93.

14 – DO REGISTRO DOS ATENDIMENTOS

14.1 – O registro dos atendimentos será realizado no sistema de gestão utilizado pela Secretaria de Saúde de Campo Alegre, sem ônus para a CREDENCIADA;

15.2 – Dispor de no mínimo 01 (um) computador contendo navegador Google Chrome ou Mozilla Firefox na versão mais atualizada para uso do sistema de gestão do Município.

15 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 – A presente contratação se dará em concordância ao disposto no art. 199 da Constituição Federal de 1988 que autoriza a participação de instituições privadas, de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

15.2 – O presente edital e seus anexos são complementares entre si, qualquer detalhe mencionado em um dos documentos e omitido no outro, será considerado especificado e válido.

15.3 - Para os casos omissos no presente edital, prevalecerão os termos da Lei nº 8.666/93, e suas alterações posteriores e demais legislações em vigor.

15.4 – Os pedidos de informações que se fizerem necessários ao perfeito entendimento do presente Edital deverão ser protocolados no Serviço de Protocolo, sito à Rua Cel. Bueno Franco, nº 292 – Centro - CEP 89294-000 – Campo Alegre - SC, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

15.4.1 – Os questionamentos recebidos e as respectivas respostas relacionados ao presente edital ficarão disponíveis para todos os interessados no endereço eletrônico www.campoalegre.sc.gov.br, link “Portal de Licitações”, no respectivo edital.

15.5 – Não haverá um número mínimo ou máximo de credenciados, porém a contratação dos serviços ocorrerá desde que observadas as quantidades constantes no Anexo XII - TERMO DE REFERÊNCIA.

15.6 – Nenhuma indenização será devida aos proponentes por apresentarem documentação relativa ao presente credenciamento.

15.7 – O presente credenciamento poderá vir a ser revogado por razões de interesse público decorrentes de fato superveniente, devidamente comprovado, ou anulado no todo ou em parte, por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

15.8 – Todas as publicações como alterações ou prorrogações do edital, serão publicadas no endereço eletrônico www.campoalegre.sc.gov.br, link “Portal de Licitações”, no respectivo edital.

15.9 – Os resumos de atas de julgamento de documentação e eventuais decisões de recursos serão publicados no endereço eletrônico www.campoalegre.sc.gov.br, link “Portal de Licitações”, no respectivo edital.

15.10 – Todos os documentos referentes ao procedimento de credenciamento estarão disponíveis para vistas dos interessados no Serviço de Suprimentos - Secretaria Municipal de Administração. As vistas serão concedidas mediante prévio requerimento do interessado.

15.11 – Fica a proponente ciente de que a simples apresentação da documentação, implicará na aceitação das condições estabelecidas neste Edital e no Termo de Credenciamento, conforme Anexo XII.

Campo Alegre/SC, 3 de fevereiro de 2022.

JOCELI DE SOUZA COTHOVISKY
Secretaria Municipal de Administração

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANEXO I CREDENCIAMENTO Nº 01/2022 TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES

Nº	Código SUS	Descrição	Valor Unitário – Tabela SUS (R\$)	Completo (R\$)	Valor a pagar (R\$)
1	03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23
2	03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$7,51
3	03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23
4	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23
5	03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67	R\$ 3,78	R\$ 8,45
6	03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51
7	03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 6,35	R\$ 1,95	R\$ 8,30
8	03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51
9	03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23
10	03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51
11	03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67	R\$ 3,78	R\$ 8,45
12	03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23
13	03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 4,67	R\$ 3,78	R\$ 8,45
14	03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23
15	03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23
16	03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51
17	03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 6,35	R\$ 1,16	R\$ 7,51
18	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30	R\$ 2,81	R\$ 9,11

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

Obs.: O Município de Campo Alegre/SC através do Fundo Municipal de Saúde, se reserva o direito de, a seu exclusivo critério, utilizar ou não a totalidade prevista, não gerando este fato nenhum direito ou indenização à CONTRATADA.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANEXO II CREDENCIAMENTO Nº 01/2022 SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

À Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre

Solicitamos Credenciamento, conforme Edital de Credenciamento de Prestadores de Serviços de Saúde para realização de Procedimentos Clínicos - Grupo 03, Subgrupo 02 - Fisioterapia, acrescido de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) - Código 03.01.01.004- 8, CBO de Fisioterapeuta, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM - SIGTAP/SUS para atendimento ambulatorial aos usuários do SUS, em conformidade com o Anexo I (Tabela de Procedimentos e Valores) e Anexo XII (Minuta de Termo de Credenciamento), nas condições e prazos estipulados no Edital de Credenciamento nº 01/2022

(Especificar procedimentos e códigos para os quais solicita o credenciamento)

Por oportuno, declaramos, desde já, que aceitamos todas as condições estipuladas no Edital de Credenciamento nº 01/2022 e seus anexos e que temos pleno conhecimento que o deferimento do credenciamento/habilitação se dará após sua análise técnica e legal.

Outrossim, declaramos que aceitamos as normas do SUS e a remuneração proposta, a qual será feita exclusivamente com base nos valores expressos na Tabela de Procedimentos e Valores - Anexo I, da qual temos pleno conhecimento.

Para fins de pagamento, informamos abaixo os dados bancários desta empresa:

Banco: _____

Nº da Agência: _____

Nº da Conta - corrente: _____

Para fins de contato, informamos abaixo o endereço de e-mail e telefones:

E-mail: _____

Telefones: _____

Para fins de assinatura do Termo de Credenciamento, informamos abaixo os dados do responsável:

Responsável: _____

CPF: _____

RG: _____

_____/SC, ____ de _____ de ____.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura (com identificação do responsável)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS

A empresa, pessoa jurídica de direito privado, com sede na....., cidade de , inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, em atenção ao Edital de Credenciamento Universal N°/....., vem manifestar sua aceitação aos preços praticados neste edital, estando também ciente de que a atualização da tabela será no mesmo percentual da Tabela Sigtap, não sendo concedidos reajustes anuais para os preços praticados pelo SUS.

_____, ____ de _____ de _____.

NOME:

CPF:

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANEXO IV

CRENCIAMENTO Nº 01/2022

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A empresa....., inscrita no CNPJ nº....., por intermédio do seu representante legal o (a) Sr. (a), portador (a) da Carteira de Identidade nº e do CPF nº, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, conforme art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal. Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz (....). (Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

_____, ____ de _____ de _____.

Diretor, Sócio-Gerente ou Representante.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANEXO V CONTROLE INDIVIDUAL DE FREQUÊNCIA NA FISIOTERAPIA

Nº da Requisição: _____

Nome do paciente: _____

Procedimento	Data	Assinatura
Avaliação inicial		
Sessão nº 01		
Sessão nº 02		
Sessão nº 03		
Sessão nº 04		
Sessão nº 05		
Sessão nº 06		
Sessão nº 07		
Sessão nº 08		
Sessão nº 09		
Sessão nº 10		
Avaliação Final		

**ANEXO VI
TERMO DE ESCLARECIMENTO
(Faltas às sessões de Fisioterapia)**

Eu, _____, RG/CPF: _____
_____ Matrícula SUS: _____ fui orientado(a) que durante este atendimento fisioterápico de sessões, poderei ser desligado(a) de meu tratamento na ocorrência de 02 (duas) faltas consecutivas ou 03 (três) faltas alternadas injustificadas.

Estou ciente de que mediante desligamento por motivo de faltas injustificadas se faz necessário novo encaminhamento para acessar o tratamento fisioterápico.

Concordo que, na necessidade de me ausentar da sessão agendada, comunicarei a clínica com antecedência de até 48 (quarenta e oito) horas para que seja realizado o reagendamento.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANEXO VII MODELO INDICANDO SUA CAPACIDADE DE OFERTA E QUANTIDADE

(Papel Timbrado da Empresa) (data/mês/ano)

Segue abaixo a proposta de oferta de atendimentos fisioterapêuticos ambulatoriais a ser disponibilizada ao SUS:

Nº	Código SUS	Descrição	Quantidade mês
1	03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	
2	03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	
3	03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	
4	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	
5	03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	
6	03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	
7	03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	
8	03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	
9	03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	
10	03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	
11	03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	
12	03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	
13	03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	
14	03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	
15	03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	
16	03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	
17	03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	
18	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	

Nota: As consultas com fisioterapeuta, são para a avaliação inicial e final do tratamento, independentemente do número de sessões solicitadas, devendo sua oferta ser na proporção do número de usuários que tenha capacidade de atendimento.

**ANEXO VIII
DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA**

Eu, _____, declaro que é de livre escolha que solicito
desistência do atendimento, estando ciente das minhas responsabilidades.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura Paciente

Assinatura Clínica

ANEXO IX

USUÁRIO SUS – SAIBA SEUS DIREITOS E DEVERES

- **NÃO** realize qualquer tipo de pagamento, pois seu atendimento é financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- **TUDO** cidadão tem direito ao tratamento humanizado, sem discriminação.
- **ASSINE** o controle de frequência a cada sessão.

Dúvidas ou sugestões, ligue (47) 3632-1621/3632-1622/3632-2408 Serviço de Auditoria, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Alegre/SC.

ANEXO X QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Este questionário poderá ser aplicado por meio de entrevista presencial ou telefone.

Prezado usuário!

Nosso objetivo é contribuir para o seu bem-estar e assim sua opinião é fundamental. Solicitamos que informe em uma escala de Ótimo, Bom, Ruim, Péssimo sua percepção em relação a qualidade do atendimento recebido para que possamos sempre aprimorar os serviços prestados.

Instalações físicas do estabelecimento (clínica).

Ótimo Bom Ruim Péssimo

Explicações oferecidas com clareza pelo profissional sobre o seu tratamento.

Ótimo Bom Ruim Péssimo

Orientações após a execução do procedimento (alta).

Ótimo Bom Ruim Péssimo

Grau de satisfação com o atendimento.

Ótimo Bom Ruim Péssimo

Recomendaria o estabelecimento (clínica) para algum amigo ou familiar.

Sim Não

Escala: Ótimo ou Bom, Sim: 1 ponto.

Ruim ou Péssimo, Não: zero ponto.

Se a pontuação atingida for menor que 3, será considerado insatisfatório o atendimento.

Tamanho da amostra: 10% dos usuários atendidos na competência analisada.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

ANEXO XI CREDENCIAMENTO Nº XX/2021 DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE INSTALAÇÕES, APARELHAMENTO E PESSOAL

A _____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ n.º _____, por intermédio de seu representante legal que esta subscreve, o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade n.º _____ e do C.P.F. n.º _____, DECLARA que estará disponível, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos após a assinatura do Termo de Credenciamento, para iniciar o atendimento dos serviços do Edital de Credenciamento nº xx/2021, consoante às regras do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e seguindo as normas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Declara ainda que disporá das instalações e dos equipamentos necessários a perfeita execução do objeto, bem como, manterá no quadro funcional da empresa, a partir da data de início efetivo da prestação dos serviços, o(s) profissional(is) técnico(s) relacionados(s), e que, em caso de dispensa, o(s) substituirá por profissional do mesmo nível e com qualificação compatível, sempre com a ciência prévia da Secretaria da Saúde, conforme §10 do Art. 30 da Lei 8.666/93, para prestação de atendimento aos usuários do SUS, nos termos deste Edital. No caso de não substituição do(s) profissional(is), justificará à Secretaria da Saúde os devidos motivos, com a garantia de que a execução dos serviços não será prejudicada.

Relação de Profissionais - Fisioterapeuta

Nome completo do profissional técnico legalmente habilitado	CPF	Carga horária semanal	Função	Número do registro no Conselho Profissional	Tipo de vínculo (sócio, contratado, estagiário, etc)

ANEXO XII TERMO DE REFERÊNCIA

1-Objeto para a contratação:

1.1 - Credenciamento de Prestadores de Serviços de Saúde para realização de Procedimentos Clínicos - Grupo 03, Subgrupo 02 - Fisioterapia, acrescido de Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) - Código 03.01.01.004- 8, CBO de Fisioterapeuta, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM - SIGTAP/SUS para atendimento ambulatorial aos usuários do SUS, conforme quadro de itens abaixo.

1.2 - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, tendo preferência as Entidades Filantrópicas e as Sem Fins Lucrativos (art. 199, § 1.º, CF/88).

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

Nº	Código SUS	Descrição	Quantidade a contratar	Preço Unitário – Tabela SUS (R\$)	Preço complemento	Preço por procedimento	Total
1	03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	200	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23	R\$ 1.846,00
2	03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	200	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51	R\$ 1.502,00
3	03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	300	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23	R\$ 2.769,00
4	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	100	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23	R\$ 923,00
5	03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	300	R\$ 4,67	R\$ 3,78	R\$ 8,45	R\$ 2.535,00
6	03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	50	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51	R\$ 375,50
7	03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	100	R\$ 6,35	R\$ 1,95	R\$ 8,30	R\$ 830,00
8	03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	50	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51	R\$ 375,50
9	03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	800	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23	R\$ 7.384,00
10	03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	800	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51	R\$ 6.008,00
11	03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	300	R\$ 4,67	R\$ 3,78	R\$ 8,45	R\$ 2.535,00
12	03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	50	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23	R\$ 461,50
13	03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	200	R\$ 4,67	R\$ 3,78	R\$ 8,45	R\$ 1.690,00
14	03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	50	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23	R\$ 461,50
15	03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	500	R\$ 6,35	R\$ 2,88	R\$ 9,23	R\$ 4.615,00

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

16	03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	50	R\$ 4,67	R\$ 2,84	R\$ 7,51	R\$ 375,50
17	03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	50	R\$ 6,35	R\$ 1,16	R\$ 7,51	R\$ 375,50
18	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	820	R\$ 6,30	R\$ 2,81	R\$ 9,11	R\$ 7.470,20
TOTAL							R\$ 42.532,20

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

Nº	Código SUS	Qtde.	Unid. De Medida	Descrição
1	03.02.01.001-7	200	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS
2	03.02.01.002-5	200	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS
3	03.02.02.003-9	300	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA
4	03.02.04.001-3	100	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
5	03.02.04.002-1	300	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
6	03.02.04.003-0	50	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR
7	03.02.04.004-8	100	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR
8	03.02.04.005-6	50	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS
9	03.02.05.001-9	800	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS
10	03.02.05.002-7	800	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
11	03.02.06.001-4	300	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
12	03.02.06.002-2	50	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
13	03.02.06.003-0	200	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR
14	03.02.06.004-9	50	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO
15	03.02.06.005-7	500	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
16	03.02.07.001-0	50	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO
17	03.02.07.003-6	50	Serv.	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)
18	03.01.01.004-8	820	Serv.	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

2.1 – Os serviços serão executados conforme avaliação da capacidade instalada (número de profissionais, carga horária e horário de funcionamento) e demanda do CREDENCIANTE.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

- 2.1.1 – A abertura das agendas será por meio do sistema que o CREDENCIANTE definir.
- 2.2 – Havendo mais de um prestador credenciado, a distribuição da demanda será realizada de maneira igualitária ou levando-se em consideração eventual territorialização definida pelo CREDENCIANTE e a capacidade de execução prevista no contrato.
- 2.3 – Os serviços serão prestados exclusivamente aos usuários externos dos serviços de saúde pública municipal (SUS) que forem devidamente autorizados, agendados e encaminhados pela Secretaria Municipal da Saúde.
- 2.4 - A remuneração dos serviços será conforme Tabela de Preços – ANEXO I, que é parte integrante deste Edital.
- 2.5 - As Consultas de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico), CBO de fisioterapeuta, deverão ser realizadas no início (pré-tratamento) e término (pós-tratamento) do tratamento fisioterápico, após conclusão de todas as sessões previstas na requisição.
- 2.5.1 - Caso o usuário não conclua o número de sessões previstas na requisição, conforme ANEXO II, os prestadores não poderão apresentar a Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) do pós-tratamento.
- 2.5.2 – Quando houver desistência do usuário ou solicitação de troca de estabelecimento, a CREDENCIADA deverá cancelar as sessões de fisioterapia no sistema.
- 2.5.3 - A CREDENCIADA deverá solicitar ao usuário, sempre que possível, a assinatura do termo de desistência, conforme modelo ANEXO VIII.
- 2.5.4 Caso seja necessária a prorrogação do tratamento, a CREDENCIADA poderá indicar o número de atendimentos/sessões através do laudo conclusivo e da contra-referência, via sistema integrado de gestão, imprime, assina e entrega ao paciente.
- 2.6.1 - O médico assistente, mediante consulta, realizará a avaliação do usuário e emitirá nova requisição, se necessário, porém, o usuário ingressará novamente na fila de espera do Município.
- 2.7 - Cada sessão de fisioterapia deverá ter duração mínima de 30 minutos nos atendimentos, conforme Resolução 387, de 08 de junho de 2011, em especial os Anexos I e II.
- 2.7.1 - Considerar-se-á 1 (uma) sessão de fisioterapia o tempo de 30 minutos, no caso de atendimento ambulatorial, independentemente do número de procedimentos ou regiões tratadas.
- 2.7.2 - As consultas com fisioterapeuta são para a avaliação inicial e final do tratamento, independente do número de sessões solicitadas, devendo sua oferta ser na proporção do número de usuários atendidos.
- 2.8 - Contemplam neste edital, os atendimentos de fisioterapia no âmbito domiciliar, das diversas especialidades, conforme demanda.
- 2.9 - Os usuários que porventura faltarem ao atendimento sairão da fila de espera, salvo motivo justificado e aceito pelo Serviço de Auditoria, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

3-Equipe Mínima:

3.1 - Equipe Mínima: No mínimo 01 (um) Fisioterapeuta responsável técnico e demais fisioterapeutas devidamente registrados e regulares no órgão de classe, em atendimento ao disposto no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013), Artigo 9º, e Resolução COFFITO Nº 139, de 28 de novembro de 1992, em quantidade necessária afim de atender a contratação.

3.2 - Equipamentos e outros:

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

Estrutura essencial, conforme roteiro de visita técnica (ANEXO XIV) e Resolução COFFITO nº 387/2011. A CREDENCIADA deverá dispor de equipe apoio suficiente para atender ao objeto da contratação.

3.3 - A contratada deverá possuir equipe suficiente para atender o objeto da contratação.

4-Frequência e Periodicidade da execução dos serviços:

4.1 - Os serviços serão executados conforme a demanda do CREDENCIANTE, a capacidade de atendimento instalada e o horário de funcionamento a ser informado pela CREDENCIADA no ato do credenciamento.

4.2 - Os agendamentos para atendimento dos usuários serão realizados pelo CREDENCIANTE, diretamente no sistema, respeitando o Sistema de Rodízio.

4.3 - Do Sistema de Rodízio:

4.3.1 – Havendo mais de um credenciado, a prestação dos serviços ocorrerá em sistema de rodízio, sendo alternado o fornecedor a cada usuário indicado para procedimento, observada a sua capacidade instalada de atendimento.

4.3.2 – O rodízio iniciará pela ordem cronológica de credenciamento, sendo o primeiro credenciado o primeiro a prestar os serviços e assim sucessivamente.

4.3.3 – Havendo mais de um credenciado na mesma data, será realizado sorteio entre eles para estabelecer a ordem dentro do sistema de rodízio.

4.3.4 – Os novos credenciados passarão a integrar o sistema de rodízio como últimos da lista de espera, ainda que os demais credenciados já tenham prestado serviço alguma vez.

5-Cronograma de execução dos serviços:

5.1 - O Credenciamento ficará aberto por tempo indeterminado, contados a partir da data da sua publicação.

5.2 - O prazo de vigência do Termo de Credenciamento iniciar-se-á na data de sua assinatura e terá validade de 12 (doze) meses, prorrogável nos termos do artigo 57, II da Lei nº 8.666/93.

5.3 - A CREDENCIADA terá 05 (cinco) dias úteis, a partir da data de assinatura do Termo de Contrato e da concessão dos acessos e permissões ao módulo prestador do sistema de gestão, para disponibilizar a Secretaria Municipal da Saúde, no sistema, oferta de vagas para o agendamento dos usuários, com data, hora e endereço para realização do atendimento.

5.4 – A CREDENCIADA deverá iniciar a prestação de serviços, em todos os seus termos, em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de assinatura do Termo de Contrato.

6-Local de execução dos serviços:

6.1 - Os procedimentos deverão ser realizados em locais legalmente destinados a esta finalidade, que atendam às exigências sanitárias e de todas as normas regulamentadoras em vigor, localizados no Município de Campo Alegre/SC e São Bento do Sul/SC e equipados para prestar o serviço objeto deste termo.

7-Gestor do Contrato:

7.1 – A gestão do contrato será realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Alegre, gestora do Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre, sendo o mesmo responsável pelo recebimento e fiscalização do objeto licitado, devendo ser observado o disposto no art. 67 da Lei nº 8.666/93.

8-Obrigações da Contratada específicas do objeto:

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

8.1 - A partir da data do agendamento da avaliação inicial, a CREDENCIADA deverá iniciar o tratamento do usuário (sessão de fisioterapia) em até 7 (sete) dias úteis, obedecendo os limites financeiros do contrato.

8.1.1 - É vedada a criação de fila de espera interna pela CREDENCIADA após início das sessões de fisioterapia.

8.2 - A CREDENCIADA deverá respeitar o prazo limite de contrato na abertura das vagas e o tempo mínimo entre uma sessão e outra de 30 minutos para atendimento ambulatorial, conforme os parâmetros assistenciais estabelecidos pela Resolução COFFITO nº 387/2011.

8.3 - Para fins de comprovação da produção a CREDENCIADA deverá manter sob sua guarda em prontuário o Controle Individual de Frequência (ANEXO V), por meio da assinatura do usuário ou responsável, das sessões de fisioterapia realizadas.

8.3.1 - A CREDENCIADA deverá garantir que o Controle Individual de Frequência (ANEXO V) represente fidedignamente as sessões realizadas.

8.3.2 - Não será permitido qualquer tipo de rasura na documentação.

8.4 - O Termo de Esclarecimento (ANEXO VI) estabelece as normativas quanto a ocorrência de faltas por parte do usuário, devendo ser assinado pelo mesmo no momento da avaliação inicial fisioterápica, ficando sob guarda da clínica.

8.5 - A CREDENCIADA deverá afixar Aviso, em local visível, conforme modelo disponibilizado pelo CREDENCIANTE (ANEXO IX), orientando o usuário a assinar o controle de frequência individual (ANEXO V) em cada sessão realizada.

9-Obrigações da Contratante específicas do objeto:

9.1 – Os acessos e permissões ao módulo prestador do sistema de gestão serão realizados pela equipe da Secretaria da Saúde de Campo Alegre.

9.2 – O CREDENCIANTE deverá controlar, avaliar e auditar a prestação dos serviços bem como os relatórios apresentados;

9.3 – O CREDENCIANTE deverá exercer fiscalização dos serviços prestados, através de servidores especialmente designados na forma prevista na Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, o que em nenhuma hipótese eximirá a CREDENCIADA das responsabilidades fixadas pelo Código Civil;

9.4 – O CREDENCIANTE deverá efetuar visitas técnicas nas instalações dos prestadores para conferir o cumprimento dos requisitos deste Credenciamento assim como para certificar o cumprimento dos requisitos do contrato, conforme ANEXO I.

9.5 – O CREDENCIANTE deverá prestar todas as informações e esclarecimentos necessários para a fiel execução contratual, que venham a ser solicitadas pelos funcionários da CREDENCIADA.

9.6 – O CREDENCIANTE deverá cumprir e fazer cumprir as disposições deste Termo de Credenciamento.

9.7 – O CREDENCIANTE deverá intervir no objeto licitado nos casos previstos em lei e na forma deste termo visando proteger o interesse público.

9.8 – O CREDENCIANTE deverá estabelecer mecanismos de controle de cumprimento dos serviços pelo credenciado.

9.9 – O CREDENCIANTE não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela CREDENCIADA com terceiros, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da CREDENCIADA, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

9.10 – O CREDENCIANTE deverá notificar a CREDENCIADA por escrito sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no serviço fornecido.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

9.10.1 – O CREDENCIANTE estabelecerá o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da notificação, para que a CREDENCIADA apresente esclarecimentos e laudos provenientes destas falhas e respectivas medidas corretivas. 9.11 – O CREDENCIANTE realizará visitas às instalações dos serviços interessados visando emitir parecer técnico sobre os aspectos relativos às condições de atendimento, capacidade instalada, segurança, aparelhagem, corpo funcional e técnico, em consonância aos critérios exigidos na legislação e itens elencados neste edital.

9.11.1 – A capacidade instalada será estimada levando-se em consideração a carga horária dos profissionais, o número de equipamentos, o tempo de atendimento proposto pelo prestador, a duração do procedimento preconizada ou estimada pelo Ministério da Saúde, Associação/Colégio de Especialidade, Órgão de Classe e/ou literatura.

9.11.2 – A visita técnica será realizada seguindo roteiro, conforme ANEXO XIV.

9.11.3 – Os critérios de análise e o roteiro de visita poderão ser alterados para incluir as novas legislações que possam surgir, bem como para adequação às alterações das legislações até o presente momento aplicadas neste credenciamento.

10 - Condições Gerais (se houver):

10.1 - Comprovante de inscrição e atualização dos dados e requisitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da unidade.

10.2 - Relação de equipamentos (quantificar e especificar), contendo marca, modelo e número de registro na ANVISA, quando obrigatório.

10.3 - Relação nominal dos recursos humanos disponíveis (discriminar, qualificar e quantificar por categoria funcional).

10.4 - Comprovante de inscrição da unidade (Declaração de Regularidade de Funcionamento) e dos profissionais no respectivo órgão de classe da jurisdição, cuja situação deverá estar ativa e regular.

10.5 - Declaração mencionando os horários de atendimento aos usuários do SUS.

10.6 - Cópia do Alvará sanitário regular, atualizado e compatível com o serviço.

10.7 - Declaração de Aceitação dos Preços, conforme ANEXO X.

10.8 - Indicação da capacidade total mensal da oferta de atendimentos fisioterapêuticos que pretende disponibilizar para o SUS, discriminando de acordo com o modelo ANEXO VI.

JOCELI DE SOUZA COTHOVISKY
Secretária Municipal de Administração

ANEXO XIII ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA EM CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA

Data da visita: / /

1. IDENTIFICAÇÃO DA CLÍNICA

Nome empresarial:

CNES:

CNPJ:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

2. ANÁLISE DOCUMENTAL E RECURSOS HUMANOS

2.1 O Alvará Sanitário está dentro do prazo de validade? () sim () não

Se não, justificar:

2.2 O estabelecimento está inscrito e regular junto ao Órgão de Classe? () sim () não

Se não, justificar:

2.3 Há compatibilidade das atividades descritas no Alvará Sanitário e na inscrição junto ao Órgão de Classe com os procedimentos a serem contratados? () sim () não

Se não, justificar:

2.4 Todos os profissionais descritos na relação de recursos humanos e que realizarão procedimentos previstos no credenciamento estão devidamente inscritos e regulares junto ao Órgão de Classe? () Sim () Não

Nome do Responsável Técnico:

Registro Crefito nº:

Profissionais fisioterapeutas que trabalham no serviço: Profissionais fisioterapeutas que trabalham no serviço:

Nome	CREFITO	Carga horária semanal	Especialidade	Atende SUS (sim ou não)

2.5 O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) está devidamente atualizado?

a) Equipamentos: () sim () não

Se não, justificar:

b) Profissionais e carga horária () sim () não

Se não, justificar

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

c) Serviço e classificação () sim () não

Se não, justificar:

d) Habilitação () sim () não () não se aplica

Se não, justificar:

3. SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA QUE O ESTABELECIMENTO TEM CAPACIDADE DE REALIZAR E SE SERÃO DISPONIBILIZADOS AO SUS

Nº	Procedimento	Capacidade Instalada	Atendimento SUS	Forma/Técnicas de tratamento:
1	03.02.01.001-7 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS			
2	03.02.01.002-5 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS			
3	03.02.02.003-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA			
4	03.02.04.001-3 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS			
5	03.02.04.002-1 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS			
6	03.02.04.003-0 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR			
7	03.02.04.004-8 ATENDIMENTO			

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

	FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR			
8	03.02.04.005-6 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS			
9	03.02.05.001-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓSOPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS			
10	03.02.05.002-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS			
11	03.02.06.001-4 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICO- FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS			
12	03.02.06.002-2 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICO- FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS			
13	03.02.06.003-0 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR			
14	03.02.06.004-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO			
15	03.02.06.005-7 ATENDIMENTO			

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

	FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA			
16	03.02.07.001-0 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO			
17	03.02.07.003-6 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)			
18	03.01.01.004-8 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)			

3.1 Equipamentos para Avaliação

Esfigmonanômetro () Sim () Não

Estetoscópio () Sim () Não

Goniômetro () Sim () Não

Martelo Reflexo () Sim () Não

Fita Métrica () Sim () Não

Dinamômetro () Sim () Não

Negatoscópio () Sim () Não

Plataforma Equilíbrio () Sim () Não

3.2 Todos os equipamentos e materiais informados na técnica de tratamento estão em boas condições?

() Sim () Não

Observação:

3.3 Os materiais e equipamentos possuem licença ou registro na ANVISA, quando obrigatório?

() Sim () Não

3.4 É realizada manutenção preventiva dos equipamentos? Existe registro desta manutenção e/ou contrato com empresa?

() Sim () Não

Observação:

4. INSTALAÇÕES FÍSICAS

4.1 O serviço dispõe de ambientes adequados para recepção e atendimento?

() Sim () Não

4.2 Existe sala exclusiva para exames e avaliação fisioterapêutica?

Sim Não

4.3 O ambiente em geral possui boas condições de higienização?

Sim Não

5. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

5.1 O serviço dispõe de protocolos de assistência e/ou procedimentos operacionais conforme especialidade tratada?

Sim Não

Se sim, quais:

5.2 Os usuários assinam o controle de frequência a cada sessão realizada (em caso de renovação)?

Sim Não

5.3 O serviço dispõe de prontuários?

Sim Não

Especificar: informatizado físico

5.3.1 É elaborado em prontuário conforme preconizado pelo CREFITO:

I – Identificação do cliente/paciente: nome completo, naturalidade, estado civil, gênero, local e data de nascimento, profissão, endereço comercial e residencial;

II – História clínica: queixa principal, hábitos de vida, história atual e pregressa da doença, antecedentes pessoais e familiares; tratamentos realizados;

III – Exame clínico/físico: descrição do estado de saúde físico funcional de acordo com a semiologia fisioterapêutica;

IV – Exames complementares: descrição dos exames complementares realizados previamente e daqueles solicitados pelo próprio fisioterapeuta;

V – Diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos: descrição do diagnóstico fisioterapêutico considerando a condição de saúde físico funcional do cliente/paciente estabelecendo o provável prognóstico fisioterapêutico que compreende a estimativa de evolução do caso;

VI – Plano terapêutico: descrição dos procedimentos fisioterapêuticos propostos 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;

VII – Evolução da condição de saúde físico funcional do cliente/paciente: Descrição da evolução do estado de saúde do cliente/paciente, do tratamento realizado em cada atendimento e das eventuais intercorrências;

VIII – Identificação do profissional que prestou a assistência: Assinatura do fisioterapeuta que prestou a assistência fisioterapêutica com o seu carimbo identificando seu nome completo e o seu número de registro no Conselho.

Sim Não

5.3.2 Os procedimentos realizados estão devidamente registrados no prontuário?

Sim Não

5.4 O estabelecimento possui algum instrumento para monitoramento do grau de satisfação, qualidade e/ou efetividade dos atendimentos?

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE – SC

Sim Não

Se sim, especificar:

6. PROCEDIMENTOS E CAPACIDADE INSTALADA

6.1 A clínica tem capacidade de realizar todos os procedimentos previstos no edital?
(verificar parâmetros da Tabela SIGTAP/SUS e eventuais limitações)

sim não

Se não, justificar:

6.2 Estimativa da capacidade instalada:

Procedimentos por mês:

Metodologia de cálculo:

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

7.1

8. CONCLUSÃO

Cumpre todos os requisitos

Cumpre parcialmente os requisitos

Especificar:

Equipe responsável pela visita técnica:

Data da visita técnica:

Assinatura da equipe: