



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023 – SAÚDE

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 09/2023

INEXIGIBILIDADE 01/2023

O MUNICÍPIO DE BOM JESUS DA LAPA/BA, através da Secretaria Municipal de Saúde, pela **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES** (DECRETO Nº. 020 DE 01 DE JANEIRO DE 2023), torna público que realizará abertura de CREDENCIAMENTO, regido pela Lei Federal n.º 8.666, de 21.06.93 e alterações posteriores, devendo a documentação ser entregue no Setor de Licitação, Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba – Cep: 47.600-000, onde também poderá ser obtido o EDITAL, acompanhado dos seus anexos, no período de **02 de janeiro de 2023 até o dia 15 de dezembro de 2023**, no horário de funcionamento do Ente Público de **8h00 às 12h00**.

1 - OBJETO DO CREDENCIAMENTO

1.1. O objeto do presente CREDENCIAMENTO é a contratação de **prestadores privados para a Prestação de Serviços de Saúde aos usuários do SUS/Bom Jesus da Lapa, nas seguintes modalidades: HOSPITALAR, AMBULATORIAL, EXAMES, CONSULTAS E APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.**

2. Da Compra dos Serviços de Saúde

2.1. A compra de serviços ambulatoriais e hospitalares de saúde no Município deverá atender às especificações e condições especiais, abaixo discriminadas:

2.1.1. Procedimentos que fazem parte dos lotes abaixo discriminados e conforme o **Anexo I**:

LOTE 1 – PLANTÕES PRESENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE UPA 24HS, SAMU 192, HOSPITAL MUNICIPAL, MATERNIDADE MUNICIPAL;

LOTE 2- PLANTÕES EM SOBREVISO NAS UNIDADES HOSPITAL MUNICIPAL, MATERNIDADE MUNICIPAL, CAPS;

LOTE 3- SERVIÇO DE ATENDIMENTO EM ENFERMIARIAS NAS UNIDADES HOSPITAL MUNICIPAL, MATERNIDADE MUNICIPAL;

LOTE 4- ATENDIMENTO MÉDICO GENERALISTA EM PROGRAMAS: PSF, PACS, CAPS, CRESS, SAD, UPA 24HS;

LOTE 5- ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALISTA NA POLICLINICA MUNICIPAL, CAPS, TFD, PERÍCIA MÉDICA MUNICIPAL;



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



LOTE 6- PROCEDIMENTOS MÉDICOS NAS UNIDADES DE SAÚDE: POLICLÍNICA MUNICIPAL, HMCD, UPA 24HS, MATERNIDADE MUNICIPAL;

LOTE 7- SERVIÇOS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO JUNTO A DIRETORIA DAS UNIDADES: SAMU, HMCD, UPA 24HS, MATERNIDADE MUNICIPAL;

LOTE 8- SERVIÇOS MÉDICOS PARA CIRURGIAS ELETIVAS NO HMCD;

3 - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1 - Somente poderão participar deste credenciamento **pessoas jurídicas** que tenham como objeto social os serviços previstos neste edital e que comprovem regularidade jurídica e fiscal, qualificação econômico-financeira e técnica, capacidade operacional, que aceitem as exigências estabelecidas nas normas do Sistema Único de Saúde – SUS e que cumpram todas as demais exigências previstas neste edital.

3.2 - É vedada a participação de:

3.2.1 - Empresas que estejam constituídas sob consórcio de empresas;

3.2.2 - Empresas que não estiverem legalmente constituídas e que não comprovarem sua habilitação, conforme disposto neste Edital;

3.2.3 - Empresas que tenham sido declaradas inidôneas por quaisquer órgãos da Administração Pública e/ou que estejam cumprindo suspensão do direito de licitar e/ou de contratar com a Administração Pública Municipal de Bom Jesus da Lapa;

3.2.5 - Empresas que não tenham cumprido, integralmente, contratos anteriores firmados ou que, embora ainda vigente, se encontrem inadimplentes com qualquer das obrigações assumidas, quer com esta Prefeitura, quer com outros órgãos e entidades públicas.

3.3 - A participação das empresas no processo de credenciamento implica na aceitação de todas as condições expressas no presente Edital, seus anexos e legislação pertinente;

3.4 - Os interessados deverão proceder, antes da entrega da documentação, a verificação minuciosa de todos os elementos fornecidos, solicitando esclarecimentos por escrito à Comissão de Credenciamento, que se reunirá na sede da Secretaria de Saúde do município.

3.5 - A não comunicação na forma acima estabelecida, implicará na tácita aceitação dos elementos fornecidos, não cabendo, em nenhuma hipótese, qualquer reivindicação posterior, com base em imperfeições, incorreções, omissões ou falhas.

4 - FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



4.1 - Os interessados em contratar com a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, através do presente credenciamento e com base nos valores constantes das tabelas do anexo I, deverão apresentar sua documentação de acordo com o estabelecido no presente item.

4.2 – O interessado deverá apresentar a sua documentação acondicionada em envelope lacrado, contendo os seguintes dizeres:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CREDENCIAMENTO nº 001/2023
DOCUMENTOS PARA ANÁLISE
(NOME COMPLETO DA FIRMA OU PESSOA FISICA
INTERESSADA)
CNPJ n.º _____
ESPECIALIDADE(S) PRETENDIDA(S):

4.3 - Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original, inclusive publicação em órgão da Imprensa Oficial, ou por qualquer processo de cópia, devidamente autenticada por tabelião ou por algum dos membros da Comissão de Credenciamento à vista dos originais.

4.4 - Para fins de credenciamento, a documentação exigida para o interessado **PESSOA JURÍDICA** é a seguinte:

4.4.1 - ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores **OU** inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

4.4.2 - prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

4.4.3 - prova de regularidade perante a Fazenda Federal, Estadual e Municipal;

4.4.4 - prova de regularidade junto ao FGTS;

4.4.5 - prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

4.4.6 - prova de registro de inscrição dos profissionais, listados de acordo com o item anterior, no respectivo Conselho de Classe ou equivalente;

4.4.7 - prova de que os profissionais possuem titulação da especialidade pretendida devidamente registrada no respectivo Conselho de Classe ou equivalente;



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



4.4.8 - prova de quitação de obrigações da pessoa jurídica junto aos órgãos reguladores;

4.4.9 - prova de quitação de obrigações dos profissionais, listados de acordo com o item 4.4.9, junto ao respectivo Conselho de Classe ou equivalente;

4.4.10- certidão negativa de falência ou concordata;

4.4.11 - Alvará de Vigilância Sanitária e de Funcionamento fornecido pelos órgãos federados.

4.4.12- Declaração de cumprimento às normas de controle de infecção na execução dos procedimentos;

4.4.13 - Declaração de que a empresa está de acordo com as normas de segurança para utilização de materiais radioativos, instituída por ato do Ministério da Saúde, quando a mesma realizar atividades envolvendo radiologia e radioterapia;

4.4.14 - *Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União - www.portaldatransparencia.gov.br/ceis;*

4.4.15 - *Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php.*

4.4.16 - *Sistema Nacional de Inabilitados e Inidôneos, mantido pelo Tribunal de Contas da União - TCU, contas.tcu.gov.br/ords/f?p=inabilitado:certidao;*

4.4.17 *A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n.º 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.*

5 - FORMA DE PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO

5.1 - A partir do dia indicado no preâmbulo deste edital, o interessado apresentará o seu envelope contendo a documentação listada no capítulo 3 deste edital.

5.2. –Serão credenciados os interessados que preencham os requisitos previstos neste termo, de acordo com as necessidades e disponibilidade financeira e orçamentária.

5.3 –Os pedidos de credenciamento serão analisados pela Comissão de Credenciamento, da Secretaria da Saúde, em conformidade com os parâmetros e requisitos estabelecidos neste edital.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



5.4 – Serão credenciados todos os interessados que preencham os requisitos previstos neste edital e nos seus anexos, observada a ordem de entrega da integralidade dos documentos exigidos, disponibilidade orçamentária e os critérios de divisão dos valores entre os credenciados.

5.5 – Após análise da documentação e com base no parecer de vistoria, a Comissão de Credenciamento emitirá relatório conclusivo sobre a viabilidade do credenciamento, por especialidade e/ou área de interesse, que deverá ser homologado pela Secretária de Saúde como condição de eficácia;

5.6 – Da decisão de deferimento ou indeferimento do credenciamento, proferida pela Comissão de Credenciamento, caberá recurso dirigido à Secretária Municipal de Saúde, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da publicação no Diário Oficial do Município.

5.7 – Será inabilitado o interessado que não apresentar toda a documentação exigida no presente Edital.

5.8 – Os serviços pleiteados para credenciamento deverão ser compatíveis com o objeto social da pessoa jurídica, a experiência e a capacidade instalada do interessado.

5.9 – A Comissão de Credenciamento poderá, a qualquer tempo, verificar a veracidade das informações prestadas por atestados, certidões e declarações; a autenticidade dos documentos apresentados; bem como solicitar outros documentos que julgar necessários para a avaliação dos documentos apresentados.

5.10 – A Comissão de Credenciamento poderá conceder prazo para que o interessado possa apresentar documentação ou informações complementares. Sendo que, em não sendo atendida, poderá indeferir o pedido de credenciamento. O mesmo ocorrendo no caso da unidade de saúde que obtiverem conceito “precário” após vistoria técnica da Secretaria de Saúde.

5.11 – O resultado dos pedidos de credenciamento poderão ser apresentados paulatinamente, devendo ser publicado no Diário Oficial do Município.

5.12 – O credenciamento não implica no direito à contratação, a qual dar-se-á ao exclusivo critério da Secretaria da Saúde, de acordo com as necessidades da população local, com as demandas do SUS no município, com as metas planejadas, programadas ou pactuadas pela Secretaria Municipal da Saúde e a disponibilidade financeira e orçamentária.

5.13 – O Município de Bom Jesus da Lapa, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, não se obriga a contratar todos os serviços ofertados pelo credenciado, reservando-se o direito de contratar os procedimentos necessários e na quantidade adequada à demanda estimada de acordo com os parâmetros definidos pela Secretaria Municipal de Saúde (a qual poderá tomar por base os parâmetros estabelecidos pelo ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde) observando sempre a disponibilidade financeira e orçamentária.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



5.14 – É facultada à Comissão, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, inclusive podendo requisitar do interessado a apresentação de documentos faltantes ou prestar esclarecimentos.

5.15 – Deferido o credenciamento, o interessado será convocado, na forma do item 6.1 deste Edital, para assinar o respectivo contrato.

5.16 – Caberá à Comissão promover o acompanhamento quanto à validade dos documentos apresentados pelo Credenciado, ficando este obrigado a apresentar os documentos atualizados, sob pena de ser descredenciado.

6 - PRAZOS

6.1 - O prazo máximo para a assinatura do Contrato (minuta anexa) é de 05 (cinco) dias úteis, a contar da convocação do interessado, prorrogável por igual período mediante requerimento do interessado dirigido à Comissão de Credenciamento.

6.2 - O prazo de vigência para a execução dos serviços objeto deste credenciamento, será até 29 de dezembro de 2023, contados da assinatura do Contrato.

7 - RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

7.1 - Para o custeio da execução dos serviços objeto deste Edital, serão utilizados recursos consignados na Lei Orçamentária do Município de Bom Jesus da Lapa, nas seguintes dotações:

Unidade Gestora: 09.09 – Secretaria Municipal de Saúde

Projeto Atividade: 10.301.4.2.050 – Gestão do Programa Saúde da Família – PSF

Projeto Atividade: 10.301.4.2.051 – Gestão das Atividades de Atenção Básica à Saúde

Projeto Atividade: 10.301.4.2.052 – Gestão do Programa de Assistência Farmacêutica Básica

Projeto Atividade: 10.301.4.2.053 – Gestão das Atividades da Saúde Pública

Projeto Atividade: 10.304.4.2.055 – Gestão das Atividades de Vigilância Sanitária

Projeto Atividade: 10.305.4.2.056 – Gestão das Atividades de Cont. de Epidemiologia e de Doenças

Projeto Atividade: 10.302.4.2.057 – Gestão do Programa de Atenção Psicossocial

Projeto Atividade: 10.301.4.2.058 – Gestão do Programa de Saúde Bucal

Projeto Atividade: 10.302.4.2.060 – Gestão das Atividades do SAMU

Projeto Atividade: 10.302.4.2.062 – Gestão da Unidade de Pronto Atendimento – UPA

Projeto Atividade: 10.301.4.2.079 GESTÃO DO SUS

Projeto Atividade: 10.301.4.2.122 GESTÃO DAS AÇÕES DA UTI

Elemento/Despesa: 3390.39.00.0002 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica.

Elemento/Despesa: 3390.39.00.0014 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica.

Elemento/Despesas: 3390.36.00.0002 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoas Física.

Elemento/Despesas: 3390.36.00.0014 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoas Física.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



7.2 - O valor estimado pela municipalidade para o processo de credenciamento em exame é de **R\$ 23.678.880,00** (Vinte e três milhões, seiscentos e setenta e oito mil, oitocentos e oitena reais).

7.3 - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.

8 - PAGAMENTOS

8.1 – O pagamento pelos serviços prestados será feito até 45 (quarenta e cinco) dias mensalmente após a apresentação e conferência da fatura emitida pelo prestador e terá como referência os valores consignados nas Tabelas do anexo I deste edital;

8.2– As faturas de serviço só serão pagas mediante comprovação de recolhimentos do FGTS e INSS para pessoas jurídicas, bem como de documentação probatória dos procedimentos/serviços executados.

9 - REAJUSTAMENTO

9.1 - Os valores estipulados nas tabelas do anexo I serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Município.

10 - PENALIDADES E RESCISÃO

10.1 -A inobservância pelo Credenciado de cláusula ou obrigação constante deste credenciamento, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará ao Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos arts. 86, 87 e 88 da Lei Federal n.º 8.666/93, saber:

I - advertência escrita;

II - multa de 2% até 5% do valor anual do contrato a ser firmado;

III - multa dia de até 1/60 (um sessenta avos) do valor mensal do contrato a ser firmado;

IV - suspensão temporária dos encaminhamentos aos procedimentos credenciados;

V - rescisão de contrato e descredenciamento;

VI - suspensão temporária de contratar com a Administração Pública Municipal;

VII - declaração de inidoneidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



10.2 - A imposição das penalidades previstas neste capítulo dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação circunstância objetiva em que ela ocorreu, através de auditoria assistencial ou inspeção, e dela serão notificadas ao Credenciado.

10.3 - As sanções previstas nos incisos I e III do item 9.1 poderão ser aplicadas juntamente com a do inciso II, conforme § 3º do art. 86 da Lei Federal n.º 8.666/93.

10.4 - O valor da multa diária será descontado dos pagamentos devidos pela Secretaria Municipal de Saúde ao Credenciado.

10.5 - A penalidade de rescisão poderá ser aplicada independentemente da ordem das sanções previstas no item 9.1.

10.6 - A reincidência do Credenciado em quaisquer irregularidades tornará o contrato passível de rescisão.

10.7 - Da decisão da Secretaria Municipal de Saúde de rescindir o contrato caberá, inicialmente, pedido de reconsideração no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

10.8 - Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do item anterior, a Secretaria Municipal de Saúde deverá manifestar-se no prazo de 5 (cinco) dias úteis e poderá ao recebê-lo atribuir-lhe eficácia suspensiva.

10.9 - A imposição de qualquer das sanções estipuladas neste capítulo, não ilidirá o direito de o Município através da Secretaria Municipal de Saúde, exigir o ressarcimento integral dos prejuízos e das perdas e danos, que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos da Prefeitura, seus usuários e terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ou ética do autor do fato.

11 - ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

11.1 - A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE exercerá o acompanhamento dos serviços através de técnicos devidamente autorizados pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, sem reduzir nem excluir a responsabilidade do CONTRATADO.

11.2 - Ficam reservados à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, o direito e a autoridade para resolver todo e qualquer caso singular, duvidoso ou omissivo, não previsto no Contrato, no Edital, nas Leis, nas Normas, nos Regulamentos e em tudo mais que, de qualquer forma, se relacione, direta ou indiretamente, com os serviços em questão.

11.3 - Compete especificamente à Secretaria de Saúde esclarecer prontamente as dúvidas que lhes sejam apresentadas pelo CONTRATADO.

11.4 - A substituição dos responsáveis técnicos do CONTRATADO, durante a execução dos serviços,



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



dependerá da aquiescência da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE quanto ao substituto apresentado.

11.5 - Os serviços deverão desenvolver-se sempre em regime de estrito entendimento entre o CONTRATADO, sua Equipe e a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, dispondo esta de amplos poderes para atuar no sentido do cumprimento do contrato.

12 – DO TERMO DE AJUSTE EMERGENCIAL

12.1 – Havendo necessidade para suprir a demanda dos serviços a Secretaria de Saúde poderá firmar **Termo de Ajuste Emergencial** com prestadores que não reúnam todas as condições de regularidade jurídico-fiscal, mas que possuam capacidade técnica, ficando a vigência deste termo limitada a 90 (noventa) dias, não prorrogável, condicionada ao compromisso do prestador de regularizar sua situação dentro deste prazo, o que permitirá sua contratação regular.

13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 - Os interessados se obrigam a seguir a sistemática estabelecida neste Edital, no que tange à forma de apresentar a documentação exigida.

13.2 - Na distribuição dos serviços será adotada a seguinte ordem de preferência:

13.2.1 – Empresas estabelecidas no Município de Bom Jesus da Lapa;

13.2.2 - Empresas estabelecidas em território nacional;

13.3 - Visando dar celeridade ao procedimento de credenciamento e tendo o interessado apresentado documentação para mais de um edital, a Comissão poderá suprir eventuais ausências com cópia de documentos apresentados em outro envelope.

13.4 - Nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE pelo uso, por parte do CONTRATADO, de técnicas ou produtos que sejam privativos de terceiros, por força de Registro ou Patente, ainda que tenha aprovado emprego de técnica ou de produto patentado, bem como pela quebra de equipamentos e/ou componentes importados, dos quais deverão existir em estoque suficiente à demanda determinada pelo volume dos trabalhos que serão realizados pela credenciado.

13.5 - O interessado deverá providenciar, às suas expensas, cópias dos elementos que venham a ser necessários, não só para o credenciamento e assinatura do Contrato, como também, no decorrer dos serviços.

13.6 - O interessado deverá responder por todos os ônus e obrigações concernentes à Legislação Fiscal, Social, Tributária e Trabalhista.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA – BA
Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1ºAndar – Centro – Bom Jesus da Lapa/Ba –
Cep: 47.600-000.
CNPJ: 14.105.183/0001-14
E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br
Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



13.7 - A Administração Municipal poderá revogar o presente credenciamento, por interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, ou anulá-lo por ilegalidade, total ou parcialmente, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

13.8 - Ainda como documentação complementar, no ato da assinatura, o interessado CONTRATADO apresentará declaração expressa de que assumirá total e irrestrita responsabilidade por qualquer dano que venha a causar a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos, quando da execução dos serviços contratados.

13.9 - Para quaisquer informações adicionais, referente ao objeto deste Credenciamento o interessado deverá dirigir-se à Comissão, na sede da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Bom Jesus da Lapa – BA, 28 dezembro de 2022.

Fabio Nunes Dias
Prefeito Municipal
Contratante

Marcélio Magno Magalhães Silva
Secretaria de Saúde

José Pereira de Souza
Presidente da Comissão de Licitação



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DA LAPA
– BA

Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 208 - Sala de
Licitação - 1º Andar – Centro – Bom Jesus da
Lapa/Ba – Cep: 47.600-000.

CNPJ: 14.105.183/0001-14

E-mail: licitacao@bomjesusdalapa.ba.gov.br

Tel: (77) 3481-3374 – ramal 216



ANEXO I
PLANILHA SEPARADA – EM ANEXO

LOTE 1- PLANTÕES PRESENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE UPA 24HS, SAMU 192, HOSPITAL MUNICIPAL, MATERNIDADE MUNICIPAL, CAPS, COVID, UTI

UNIDADE DE SAÚDE MUNICIPAL	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNITÁRIO DE REFERÊNCIA EM REAIS	QUANTIDADE MENSAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL	VALOR TOTAL
UPA - 24 HORAS	Plantão Presencial em Clínica Geral de 12 Horas Tipo I (de Segunda a Sexta)	R\$ 970,00	121	R\$ 117.370,00	R\$ 1.408.440,00	R\$ 1.983.960,00
	Plantão Presencial em Clínica Geral de 12 Horas Tipo II (Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 1.090,00	44	R\$ 47.960,00	R\$ 575.520,00	

SAMU	Plantão Presencial em SAMU 12hs (médico intervencionista)Tipo I (de Segunda a Sexta)	R\$ 900,00	44	R\$ 39.600, 00	R\$ 475.200, 00	R\$ 1.437.30 0,00
	Plantão Presencial em SAMU 12hs (regulador)Tipo I (de Segunda a Sexta)	R\$ 900,00	44	R\$ 39.600, 00	R\$ 475.200, 00	
	Plantão Presencial em SAMU 12hs (médico intervencionista)Tipo II (Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 950,00	18	R\$ 17.100, 00	R\$ 205.200, 00	
	Plantão Presencial em SAMU 12hs (regulador)Tipo II (Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 950,00	18	R\$ 17.100, 00	R\$ 205.200, 00	
	Viagens intermunicipais	R\$ 425,00	15	R\$ 6.375,0 0	R\$ 76.500,0 0	
CENTRO INTERNAMENTO COVID -19	Plantão Presencialme Clinica Geral 12hs (de Segunda a Sexta e Feriados)	R\$ 1.150,00	22	R\$ 25.300, 00	R\$ 303.600, 00	R\$ 303.600, 00

	Plantão Presencial em Clínica Geral de 12 Horas Tipo II (Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 1.150,00	8	R\$ 9.200,00	R\$ 110.400,00	R\$ 110.400,00
UTI-ADULTO	Plantão Presencialme Clínica Geral 12hs (de Segunda a Sexta, e Feriados)	R\$ 1.500,00	40	R\$ 60.000,00	R\$ 720.000,00	R\$ 720.000,00
	Plantão Presencial em Clínica Geral de 12 Horas Tipo II (Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 1.500,00	20	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00
UTI-NEO NATAL	Plantão Presencialme Clínica Geral 12hs (de Segunda a Sexta, e Feriados)	R\$ 1.500,00	40	R\$ 60.000,00	R\$ 720.000,00	R\$ 720.000,00
	Plantão Presencial em Clínica Geral de 12 Horas Tipo II (Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 1.500,00	20	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00
HMCD	Plantão Presencial em Clínica Geral de 12 Horas Tipo I (de Segunda a Sexta Feirado)	R\$ 970,00	44	R\$ 42.680,00	R\$ 512.160,00	R\$ 1.298.400,00

	Plantão Presencial na Especialidade Medica de: Anestesia de 12hs com realização de cirurgias eletivas	R\$ 2.700,00	14	R\$ 37.800,00	R\$ 453.600,00	
	Plantão Presencial na Especialidade Medica de: Cirurgia Geral de 12hs com realização de cirurgias eletivas	R\$ 2.700,00	3	R\$ 8.100,00	R\$ 97.200,00	
	Plantão Presencial em Clinica Geral de 12 Horas Tipo II (Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 1.090,00	18	R\$ 19.620,00	R\$ 235.440,00	
MATERNIDADE	Plantão Presencial em Clinica Geral de 12 Horas (segunda a sexta-feira, sábado, domingo e feriado)	R\$ 1.090,00	60	R\$ 65.400,00	R\$ 784.800,00	
	Plantão Presencial em Ginecologia/Obstétrica de 12 Horas (segunda a sexta-feira, sábado, domingo e feriado)	R\$ 1.400,00	60	R\$ 84.000,00	R\$ 1.008.000,00	R\$ 1.288.800,00
	Plantão Presencial na Especialidade Medicas de Pediatria de 12hs.	R\$ 1.400,00	30	R\$ 42.000,00	R\$ 504.000,00	

CAPS III- CAPS AD	Plantão Presencial em Clínica Geral de 12 Horas Tipo I (de Segunda a Sexta, Sábado, Domingo e Feriado)	R\$ 900,00	20	R\$ 18.000,00	R\$ 216.000,00	R\$ 216.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE				R\$ 612.275,00	R\$ 9.806.460,00	R\$ 6.638.460,00
LOTE 2- PLANTÕES EM SOBREVISO NAS UNIDADES HOSPITAL MUNICIPAL, MATERNIDADE MUNICIPAL, CAPS						
HMCD	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Ginecologia/Obstetrícia de 12hs.	R\$ 1.025,00	20	R\$ 20.500,00	R\$ 246.000,00	R\$ 2.442.000,00
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Cardiologia de 12hs.	R\$ 1.250,00	6	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00	
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Neurologia de 12hs.	R\$ 1.250,00	6	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00	
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Nefrologia de 12hs.	R\$ 1.250,00	5	R\$ 6.250,00	R\$ 75.000,00	

	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Infectologia de 12hs.	R\$ 1.250,00	5	R\$ 6.250,00	R\$ 75.000,00
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Cirurgia Geral de 12hs.	R\$ 1.250,00	35	R\$ 43.750,00	R\$ 525.000,00
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Ortopedia/ Traumatologia de 12hs.	R\$ 1.250,00	40	R\$ 50.000,00	R\$ 600.000,00
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Anestesia de 12hs.	R\$ 1.250,00	40	R\$ 50.000,00	R\$ 600.000,00
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Oftalmologia de 12hs.	R\$ 1.250,00	6	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Pediatria de 12hs.	R\$ 800,00	10	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00

	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de Otorrinolaringologista de 12hs.	R\$ 1.250,00	2	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00	
MATERNIDADE	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Ginecologia/Obstetrícia de 12hs.	R\$ 1.025,00	20	R\$ 20.500,00	R\$ 246.000,00	R\$ 1.059.000,00
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de Pediatria de 12hs.	R\$ 800,00	10	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00	
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Anestesia de 12hs.	R\$ 1.250,00	35	R\$ 43.750,00	R\$ 525.000,00	
	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Ginecologia/Obstetrícia de 12hs com realização de cirurgias e ultrassom obstétrico	R\$ 2.000,00	8	R\$ 16.000,00	R\$ 192.000,00	
CAPS	Plantão de Sobreaviso nas Especialidades Medicas de: Psiquiatria de 12hs.	R\$ 1.250,00	4	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00

VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE	R\$ 303.000,00	R\$ 3.636.000,00	R\$ 3.561.000,00
---	-----------------------	-------------------------	-------------------------

LOTE 3- SERVIÇO DE ATENDIMENTO EM ENFERMARIAS NAS UNIDADES HOSPITAL MUNICIPAL, MATERNIDADE MUNICIPAL

HMCD	Atendimento(matutino e/ou vespertino) em enfermarias: Pediatria, Obstetrícia/ Ginecologia, Clínica médica, Cirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Neurologia, Psiquiatria, Urologia, Otorrinolaringologia	R\$ 350,00	50	R\$ 17.500,00	R\$ 210.000,00	R\$ 210.000,00
UTI	Atendimento(matutino e/ou vespertino) em enfermarias: UTI Adulto e/ou Neonatologia	R\$ 500,00	60	R\$ 30.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00
MATERNIDADE	Atendimento(matutino e/ou vespertino) em enfermarias: Pediatria e Neonatologia, Obstetrícia/Ginecologia	R\$ 350,00	20	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00	R\$ 84.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE				R\$ 24.500,00	R\$ 654.000,00	R\$ 294.000,00

LOTE 4- ATENDIMENTO MÉDICO GENERALISTA EM PROGRAMAS: PSF, PACS, CAPS, CRESS, SAD, UPA 24HS

PSF SEDE	Atendimento Médico Generalista em Unidades de PSF (SEDE)- 40 horas semanais	R\$ 12.000,00	14	R\$ 168.000 ,00	R\$ 2.016.00 0,00	R\$ 2.016.00 0,00
PSF ZONA RURAL (unidades com menos de 50 km de deslocamento da sede)	Atendimento Médico Generalista em Unidades de PSF (ZONA RURAL)- 40 horas semanais	R\$ 12.800,00	4	R\$ 51.200, 00	R\$ 614.400, 00	R\$ 614.400, 00
PSF ZONA RURAL (unidades com mais de 50 km de deslocamento da sede)	Atendimento Médico Generalista em Unidades de PSF (ZONA RURAL)- 40 horas semanais	R\$ 14.200,00	7	R\$ 99.400, 00	R\$ 1.192.80 0,00	R\$ 1.192.80 0,00
SAD	Atendimento Médico Generalista em Atenção Domiciliar- 20 horas semanais	R\$ 6.000,00	2	R\$ 12.000, 00	R\$ 144.000, 00	R\$ 144.000, 00
PACS	Atendimento Médico Generalista em Unidade Básica de Saúde (atendimentos realizados)	R\$ 39,00	40	R\$ 1.560,0 0	R\$ 18.720,0 0	R\$ 18.720,0 0

CAPS	Atendimento Médico Generalista em Unidade Básica de Saúde (por turno de 4hs)	R\$ 750,00	12	R\$ 9.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 108.000,00
CRESS	Atendimento Médico Generalista em Unidade Básica de Saúde (por turno de 4hs)	R\$ 750,00	8	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00	R\$ 72.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE				R\$ 347.160,00	R\$ 4.165.920,00	R\$ 4.165.920,00

LOTE 5- ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALISTA NA POLICLINICA MUNICIPAL, CAPS, TFD, PERÍCIA MÉDICA MUNICIPAL

POLICLÍNICA MUNICIPAL	Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Ortopedia e traumatologia (por consulta/atendimento realizado)	R\$ 71,00	400	R\$ 28.400,00	R\$ 340.800,00	R\$ 1.790.820,00
	Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Anestesia (por consulta/atendimento realizado)	R\$ 71,00	80	R\$ 5.680,00	R\$ 68.160,00	
	Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Neurologia/ Neuropediatria (por consulta/atendimento realizado)	R\$ 99,00	100	R\$ 9.900,00	R\$ 118.800,00	

<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Nefrologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 71,00	40	R\$ 2.840,00	R\$ 34.080,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Oftalmologia (por consulta/atendimento realizado, fundoscopia, biomicroscopia, tonometria, teste acuidade visual)</p>	R\$ 71,00	250	R\$ 17.750,00	R\$ 213.000,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Cardiologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 71,00	40	R\$ 2.840,00	R\$ 34.080,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Psiquiatria (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 160,00	50	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Ginecologia/Obstetrícia (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 71,00	300	R\$ 21.300,00	R\$ 255.600,00

<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Cirurgia Geral/Proctologista (por consulta/atendimento realizado)</p>	<p>R\$ 71,00</p>	<p>120</p>	<p>R\$ 8.520,00</p>	<p>R\$ 102.240,00</p>
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Pneumologia/Alergista /Imunologista /Reumatologista(por consulta/atendimento realizado)</p>	<p>R\$ 99,00</p>	<p>30</p>	<p>R\$ 2.970,00</p>	<p>R\$ 35.640,00</p>
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Urologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	<p>R\$ 71,00</p>	<p>60</p>	<p>R\$ 4.260,00</p>	<p>R\$ 51.120,00</p>
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Dermatologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	<p>R\$ 71,00</p>	<p>50</p>	<p>R\$ 3.550,00</p>	<p>R\$ 42.600,00</p>
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Endocrinologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	<p>R\$ 71,00</p>	<p>60</p>	<p>R\$ 4.260,00</p>	<p>R\$ 51.120,00</p>

<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Gastroenterologista (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 71,00	10	R\$ 710,00	R\$ 8.520,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Pediatria (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 71,00	270	R\$ 19.170,00	R\$ 230.040,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Mastologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 99,00	15	R\$ 1.485,00	R\$ 17.820,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Angiologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 160,00	10	R\$ 1.600,00	R\$ 19.200,00
<p>Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Especialidade: Otorrinolaringologia (por consulta/atendimento realizado)</p>	R\$ 71,00	100	R\$ 7.100,00	R\$ 85.200,00
<p>Atendimento Especializado Hidroterapia com Realização de Procedimentos (por consulta/atendimento realizado, sessão)</p>	R\$ 80,00	20	R\$ 1.600,00	R\$ 19.200,00

	Atendimento Especializado Nutrição com Realização de Procedimentos (por consulta/atendimento realizado)	R\$ 40,00	150	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00	
	Atendimento Especializado Psicologia com Realização (por consulta/atendimento realizado, sessão)	R\$ 40,00	150	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00	
	Atendimento Ambulatorial fonoaudiólogo/Terapeuta ocupacional (por consulta/atendimento realizado, sessão)	R\$ 40,00	150	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00	
UBS	Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos na Área TUBERCULOSE/ HANSENIASE	R\$ 71,00	40	R\$ 2.840,00	R\$ 34.080,00	R\$ 36.600,00
CAPS	Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas e Procedimentos nas Especialidades: Psiquiatria (por consulta/atendimento realizado)	R\$ 160,00	90	R\$ 14.400,00	R\$ 172.800,00	R\$ 172.800,00
TFD	Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas para atenção aos pacientes do programa de Tratamento Fora do Domicílio(turno 4h)	R\$ 600,00	8	R\$ 4.800,00	R\$ 57.600,00	R\$ 57.600,00
AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	Realização de monitoramento/ planejamento de ações em saúde em todas as esferas da rede municipal: DAB, DAE, DAS, Ouvidoria SUS (por turno de 4hs)	R\$ 600,00	4	R\$ 2.400,00	R\$ 28.800,00	R\$ 28.800,00

PERÍCIA MÉDICA MUNICIPAL	Atendimento Médico em Ambulatório com Realização de Consultas para verificação de atestados (turno)	R\$ 600,00	2	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00	R\$ 14.400,00
VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE				R\$ 195.575,00	R\$ 2.346.900,00	R\$ 2.101.020,00
LOTE 6- PROCEDIMENTOS MÉDICOS NAS UNIDADES DE SAÚDE: POLICLÍNICA MUNICIPAL, HMCD, UPA 24HS, MATERNIDADE MUNICIPAL						
HMCD/ MATERNIDADE	Sobreaviso para os serviços de ultrassonografia abdomen total, abdomen superior, tireóide, torax, obstétrica, pelvica, transvaginal, articulação, mamaria, prostata, bolsa escrotal, aparelho urinário	R\$ 150,00	30	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00	R\$ 54.000,00
POLICLÍNICA MUNICIPAL- UPA 24HS- HMCD	Anatomo- Patológico (biópsias simples, peças cirúrgicas ou anatômicas)	R\$ 150,00	20	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 960.960,00
	Audiometria	R\$ 90,00	15	R\$ 1.350,00	R\$ 16.200,00	
	Colonoscopia (coloscopia)	R\$ 650,00	4	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00	
	Ecocardiografia	R\$ 300,00	20	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00	

Eletrocardiograma	R\$ 15,00	220	R\$ 3.300,00	R\$ 39.600,00
Eletroencefalograma quantitativo com mapeamento	R\$ 140,00	15	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00
Endoscopia digestiva	R\$ 250,00	20	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
Estudo urodinamico	R\$ 400,00	10	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
Exames otorrinolaringologia (laringoscopia, nasofibrosopia)	R\$ 120,00	10	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
Fluxometria, Espirometria (Prova de função pulmonar)	R\$ 110,00	15	R\$ 1.650,00	R\$ 19.800,00
LEEP (ou CAF- cirurgia de alta frequência)	R\$ 370,00	3	R\$ 1.110,00	R\$ 13.320,00

Mnoitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)	R\$ 200,00	6	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
Monitoramento pelo sistema holter 24hs	R\$ 200,00	6	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
Procedimentos oftalmológicos: mapeamento de retina, campo visual, microscopia especular, fotocoagulação, ambos os olhos	R\$ 180,00	3	R\$ 540,00	R\$ 6.480,00
Procedimentos oftalmológicos: retinografia, gonioscopia, curva de pressao ocular, fundoscopia, ambos os olhos	R\$ 150,00	3	R\$ 450,00	R\$ 5.400,00
Procedimentos oftalmológicos: teste do olhinho, paquimetria, ecobiometria, ambos os olhos	R\$ 120,00	3	R\$ 360,00	R\$ 4.320,00
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por USG-tireóide, mama e outros órgãos	R\$ 240,00	1	R\$ 240,00	R\$ 2.880,00
Teste de esforço/ teste ergométrico	R\$ 280,00	6	R\$ 1.680,00	R\$ 20.160,00

	Ultrassom com dopler : , arterial ,venoso ,membros inferiores, carótida.	R\$ 305,00	20	R\$ 6.100,0 0	R\$ 73.200,0 0	
	Ultrassonografias: abdomen total, abdomen superior, tireóide, torax, obstétrica, pélvica, transvaginal, articulações, mamária, próstata, bolsa escrotal, aparelho urinário.	R\$ 71,00	500	R\$ 35.500, 00	R\$ 426.000, 00	
	Pequenas cirurgias	R\$ 75,00	20	R\$ 1.500,0 0	R\$ 18.000,0 0	
	Retirada de corpo estranho ouvido/nariz/faringe	R\$ 70,00	10	R\$ 700,00	R\$ 8.400,00	
	Ultrassonografia morfológica	R\$ 300,00	5	R\$ 1.500,0 0	R\$ 18.000,0 0	
VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE				R\$ 86.780, 00	R\$ 1.041.36 0,00	R\$ 1.014.96 0,00

LOTE 7- SERVIÇOS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO JUNTO A DIRETORIA DAS UNIDADES: SAMU, HMCD, UPA 24HS, MATERNIDADE MUNICIPAL, DAB, COVID, CAPS III /AD

UPA 24HS	Serviços Médicos para atendimento Junto a Diretoria da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
HMCD	Serviços Médicos para atendimento Junto a Diretoria da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
MATERNIDADE	Serviços de Médicos para atendimento Junto a Diretoria da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
SAMU	Serviços Médicos para atendimento Junto a Diretoria da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
CRESS	Serviços Médicos para Responsável Técnico da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
CAPS III	Serviços Médicos para Responsável Técnico da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00

AGENCIA TRANSFUSIONAL	Serviços Médicos para Responsável tecnico da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
UTI ADULTO E NEONATAL	Serviços Médicos para Responsável tecnico da Unidade, 20 hs semanais	R\$ 12.000,00	2	R\$ 24.000,00	R\$ 288.000,00	R\$ 288.000,00
CAPS AD	Serviços de Médicos para atendimento Junto a Diretoria da Unidade, 10 hs semanais	R\$ 3.000,00	1	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
DAB	Direção Médica da Atenção Básica Municipal para gerenciamento dos serviços médicos clinicos e especializados, 20 horas semanais	R\$ 6.000,00	1	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00	R\$ 72.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE				R\$ 54.000,00	R\$ 648.000,00	R\$ 648.000,00
LOTE 8- SERVIÇOS MÉDICOS PARA CIRURGIAS ELETIVAS NO HMCD						
HMCD	Serviços médicos para realização de cirurgias eletivas em ginecologia/obstetrícia, ortopedia/ traumatologia, cirurgia geral, proctologia, pediátrico, buco-maxilo, urologia, oncologico,vascular,matologista,otorrino (unidade)	R\$ 600,00	159	R\$ 95.400,00	R\$ 1.144.800,00	R\$ 1.144.800,00

<p>Serviços médicos para realização de cirurgias eletivas em urologia: com aparelho</p>	<p>R\$ 900,00</p>	<p>5</p>	<p>R\$ 4.500,00</p>	<p>R\$ 54.000,00</p>	<p>R\$ 54.000,00</p>
<p>Serviços médicos para realização de cirurgias eletivas em urologia: instalação de catéter duplo Jota</p>	<p>R\$ 900,00</p>	<p>3</p>	<p>R\$ 2.700,00</p>	<p>R\$ 32.400,00</p>	<p>R\$ 32.400,00</p>
<p>Serviços médicos para realização de cirurgias eletivas e procedimento em oftalmologia (Catarata, Capsulotomia, Yag Laser, Exérese de globo ocular e pterigio)por olho</p>	<p>R\$ 800,00</p>	<p>400</p>	<p>R\$ 320.000,00</p>	<p>R\$ 3.840,00</p>	<p>R\$ 3.840,00</p>
<p>Serviços médicos em anestesia para realização de cirurgias ambulatorial/sedação (unidade)</p>	<p>R\$ 160,00</p>	<p>21</p>	<p>R\$ 3.360,00</p>	<p>R\$ 40.320,00</p>	<p>R\$ 40.320,00</p>

	Serviços médicos em anestesia para realização de cirurgias eletivas (unidade)	R\$ 300,00	40	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00	R\$ 144.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO PARA O LOTE				R\$ 437.960,00	R\$ 5.255.520,00	R\$ 5.255.520,00

VALOR TOTAL ANUAL LICITADO = R\$ 23.678.880,00

VALOR TOTAL MENSAL 1.973.240,00

MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE CELEBRAM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE BOM JESUS DA LAPA E A EMPRESA.....

O **MUNICÍPIO DE BOM JESUS DA LAPA**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº. _____ representado pelo Prefeito Municipal, Sr. _____, brasileiro, solteiro, inc CPF _____, residente à _____ – Bom Jesus da Lapa – Bahia – CEP _____, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a Empresa, CNPJ: nº, Inscrição Municipal (ou cédula de identidade) nº, situado à, habilitado no Credenciamento nº 001/2023, neste ato representada pelo Sr., portador de documento de identidade nº, emitido por, doravante denominada(o) apenas **CONTRATADO**, resolvem celebrar o presente Contrato para a Prestação de Serviços de Saúde em consultas especializada, que se regerá pela Lei Federal 8.666/93, mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente de **prestação de serviços de saúde relativos a consultas e procedimentos especializadas**, na(s) área(s) de _____ no âmbito do Município de Bom Jesus da Lapa, conforme Edital de Credenciamento nº 01/2023 e seus anexos, que serão desenvolvidos nas instalações do CONTRATADO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas para o pagamento deste contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Gestora: 09.09 – Secretaria Municipal de Saúde

Projeto Atividade: 10.301.4.2.050 – Gestão do Programa Saúde da Família – PSF

Projeto Atividade: 10.301.4.2.051 – Gestão das Atividades de Atenção Básica à Saúde

Projeto Atividade: 10.301.4.2.052 – Gestão do Programa de Assistência Farmacêutica Básica

Projeto Atividade: 10.301.4.2.053 – Gestão das Atividades da Saúde Pública

Projeto Atividade: 10.304.4.2.055 – Gestão das Atividades de Vigilância Sanitária

Projeto Atividade: 10.305.4.2.056 – Gestão o das Atividades de Cont. de Epidemiologia e de Doenças

Projeto Atividade: 10.302.4.2.057 – Gestão do Programa de Atenção Psicossocial

Projeto Atividade: 10.301.4.2.058 – Gestão do Programa de Saúde Bucal

Projeto Atividade: 10.302.4.2.060 – Gestão das Atividades do SAMU

Projeto Atividade: 10.302.4.2.062 – Gestão da Unidade de Pronto Atendimento – UPA

Projeto Atividade: 10.301.4.2.079 – Gestão do SUS

Projeto Atividade: 10.301.4.2.122 – Gestão da Ações da UTI

Elemento/Despesa: 3390.39.00.0002 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica.

Elemento/Despesa: 3390.39.00.0014 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica.

Elemento/Despesas: 3390.36.00.0002 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoas Física.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO

O preço a ser pago ao **CONTRATADO** será o constante nos tabelas, editadas pelo Secretária Municipal de Saúde constante do **Anexo I** do Edital, sobre os serviços efetivamente prestados.

§ 1º - Nos preços computados neste Contrato, estão incluídos todos os custos com salários, encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, todo pessoal, materiais empregados, inclusive ferramentas, utensílios e equipamentos utilizados (quando necessários), depreciação, aluguéis, administração, impostos, taxas, emolumentos e quaisquer outros custos que, direta ou indiretamente, se relacionem com o fiel cumprimento, pelo **CONTRATADO** de suas obrigações.

§ 2º - O **CONTRATANTE** pagará, mensalmente, ao(a) **CONTRATADO(A)**, pelos serviços efetivamente marcados pela “Central de Marcação de Consultas”, auditados e realizados, os valores unitários de cada procedimento.

§ 3º. O **valor mensal** do presente contrato é estimado em R\$, tomando-se por base a média dos procedimentos dimensionados, nos termos das Propostas de Preços oferecidas, cujo **valor total**, até **29 de dezembro de 2023**, estima-se em R\$.....

§ 4º. O valor estimado no parágrafo terceiro desta cláusula, não implica em nenhuma previsão de crédito em favor do(a) **CONTRATADO(A)**, que somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente autorizados pelo **CONTRATANTE** e efetivamente prestados pelo **CONTRATADO**.

CLÁUSULA QUARTA - DO REAJUSTE

A Tabela de Preços da Prefeitura, constante do Anexo I do Edital, poderá ser reajustada, a critério da Administração, todas às vezes em que for constatada a existência de circunstâncias que modifiquem a regular prestação dos serviços pelos preços previamente fixados.

CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

O pagamento devido à Contratada será efetuado mensalmente, através de crédito em conta corrente em até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da conferência e atesto da Nota Fiscal/Fatura.

§1º - Caso ocorra alguma irregularidade na emissão da Nota Fiscal ou instrumento apto a substituí-lo no caso de pessoa jurídica, essa será devolvida ao **CONTRATADO** para a devida regularização, caso em que o prazo para pagamento será recontado a partir da data de sua reapresentação, sem erros.

§2º - A **CONTRATANTE** não arcará com eventuais acréscimos constantes na Nota Fiscal ou instrumento apto a substituí-lo no caso de pessoa jurídica, que não estiverem previstos neste Instrumento.

§3º - O CNPJ constante da Nota Fiscal ou instrumento apto a substituí-lo no caso de pessoa jurídica, deverá ser o mesmo registrado no presente instrumento, sob pena de não ser efetuado o pagamento.

§4º - Deverá ser apresentado, juntamente com a Nota Fiscal ou instrumento apto a substituí-lo, no caso de pessoa jurídica, relatório auxiliar detalhado, discriminando os exames e/ou consultas, seus valores unitários, cópia da solicitação do pedido de exame expedido pelo médico, nome completo do candidato/empregado, CPF e data de realização do procedimento.

§5º - O CONTRATADO deverá informar na Nota Fiscal ou instrumento apto a substituí-lo no caso de pessoa jurídica, o nome da __, CNPJ, o número do contrato e obrigatoriamente a identificação dos serviços prestados, o valor unitário e o valor total do pagamento pretendido, já incluído todos os impostos, taxas e encargos, além do nome e o número do banco, da agência e da conta corrente para crédito do pagamento.

CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO

O prazo do presente contrato será até 29 de dezembro de 2023, contado a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado desde que observadas as disposições dos §§ 1º e 2º do art. 57 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

Além das demais obrigações contidas neste Contrato e decorrentes de determinação legal, o **CONTRATADO** obriga-se a:

I - executar os serviços objeto deste Contrato de acordo com as especificações e/ou norma exigida, utilizando ferramentas apropriadas;

II - garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;

III - 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;

IV - 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;

V - manter sob sua exclusiva responsabilidade toda a supervisão, direção e mão de obra para execução completa e eficiente dos serviços objeto deste Contrato;

VI - respeitar e fazer com que seus profissionais respeitem as normas de segurança do trabalho, identificação, disciplina e demais regulamentos vigentes, bem como atentar para as regras de cortesia no local onde serão executados os serviços objeto deste Contrato;

VII – zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados e facilitar, por todos os meios ao seu alcance, a ampla ação fiscalizadora dos prepostos designados pelo CONTRATANTE, atendendo prontamente as observações e exigências que lhe forem solicitadas;

VIII - efetuar pontualmente o pagamento de todas as taxas e impostos que incidam ou venham a incidir sobre as suas atividades e/ou sobre a execução do objeto do presente Contrato, inclusive as obrigações sociais e previdenciárias e trabalhistas dos seus empregados;

IX - - observar e respeitar as Legislações Federal, Estadual e Municipal, relativas a prestação dos seus serviços;

X - apresentar, sempre que solicitado pelo CONTRATANTE, folha de pagamento de seus profissionais, Guias de Recolhimento das Contribuições Sociais e previdenciárias (INSS, FGTS e PIS), sob pena, em caso de recusa ou falta de exibição dos mesmos, de ser susgado o pagamento de quaisquer faturas que lhes forem devidas, até o cumprimento desta obrigação;

XI - arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo material causado ao CONTRATANTE e/ou a terceiros, inclusive por seus profissionais;

XII - providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato;

XIII - providenciar e manter profissionais capacitados, em número suficiente ao bom desempenho dos serviços objeto deste Contrato;

XIV - comunicar ao CONTRATANTE, qualquer anormalidade que interfira no bom andamento dos serviços, objeto do presente Contrato, inclusive indicando o nome do responsável;

XV - pagar os salários e encargos sociais devidos pela sua condição de única empregadora do pessoal designado para execução dos serviços ora contratados, inclusive, indenizações decorrentes de acidentes de trabalho, demissões, etc, obrigando-se, ainda, ao fiel cumprimento das legislações trabalhistas e previdenciárias, sendo-lhe defeso invocar a existência deste Contrato para tentar eximir-se destas obrigações ou transferi-las para o CONTRATANTE;

XVI - responder perante o CONTRATANTE, pela conduta, freqüência e pontualidade dos seus profissionais designados para a execução dos serviços objeto deste Contrato;

XVII - manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, ressalvados os prazos previstos em Lei;

XVIII - não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

XIX - justificar ao paciente ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste Credenciamento;

XX - respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviço de saúde, alvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

XXI - colocar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde o número total de serviços para o qual foi credenciado;

XXII - esclarecer ao paciente do SUS e/ou seus responsáveis legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

XXV - garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre seus exames;

XXVI - notificar à Secretaria Municipal de Saúde de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua Diretoria, contrato ou estatuto.

§ 1º. Os serviços serão executados conforme autorização fornecida pela Secretaria de Saúde.

§ 2º. O CONTRATADO deverá iniciar os serviços em até 24 horas, após o credenciamento;

§ 3º. Os serviços serão efetuados nas instalações da contratada que disponibilizará mão de obra devidamente qualificada e treinada, sem nenhum ônus para a contratante, com plena capacidade de desenvolver as atividades objeto deste contrato;

§ 4º. A empresa credenciada será responsável pelo material necessário à realização do procedimento, incluindo nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização do procedimento mesmo em casos de intercorrência;

§ 5º. Para efeito de faturamento, cada procedimento encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde garante um retorno dentro do prazo de 30 (trinta) dias ao usuário do SUS, sem ônus para o credenciador;

§ 6º. O número mensal de procedimentos a serem realizados será definido previamente ao mês da realização dos serviços pelo setor de Regulação, sempre respeitando as necessidades do Município e as determinações preconizadas pelos princípios norteadores da Administração Pública, salvo em condições de necessidade de atendimento de urgência e emergência;

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O **CONTRATANTE**, além das obrigações contidas neste Contrato e decorrentes de determinação legal, obriga-se a:

I - pagar as despesas decorrentes do presente Contrato;

II - facilitar o desempenho dos profissionais do **CONTRATADO**, designados para execução dos serviços, objeto do presente Contrato.

CLÁUSULA NONA - DO REGIME E DA FORMA DE EXECUÇÃO

O Regime de Execução do presente Contrato será o de Empreitada por Preço Unitário.

Parágrafo único. O **CONTRATADO** somente poderá transferir o presente Contrato, no todo ou em parte, ou subempreitar os serviços relativos ao mesmo, com o expresse consentimento por escrito da Prefeitura, desde que o terceiro possua a mesma qualificação aferida na época do Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA FISCALIZAÇÃO

A Fiscalização dos serviços ora contratados será exercida pela Secretaria Municipal de Saúde – Fundo Municipal, denominada no presente instrumento contratual de Fiscalização, com poderes para:

I - transmitir ao CONTRATADO as determinações que julgar necessárias;

II - recusar os serviços que não tenham sido executados de acordo com as condições especificadas neste Contrato;

III - comunicar ao CONTRATADO quaisquer defeitos ou irregularidades encontradas na execução dos serviços, estabelecendo prazos para que as mesmas sejam regularizadas.

§ 1º. O credenciado facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da secretaria municipal de saúde.

§ 2º. A Secretaria de Saúde designará formalmente o servidor responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução do objeto deste credenciamento, competindo-lhe atestar a realização do serviço credenciado, observando as disposições do edital de credenciamento, sem o que não será permitido qualquer pagamento.

§ 3º. A ação ou omissão total ou parcial da Fiscalização do CONTRATANTE, não eximirá o CONTRATADO de total responsabilidade na execução dos serviços objeto do presente Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES

O descumprimento, parcial ou total, de qualquer das cláusulas contidas no presente contrato sujeitará o **CONTRATADO** às sanções prevista na Lei Federal 8.666/93, garantida a prévia e ampla defesa em processo administrativo.

§ 1º. A inexecução parcial ou total do Contrato ensejará a suspensão ou a imposição da declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de Bom Jesus da Lapa e multa, de acordo com a gravidade da infração.

§ 2º. A multa será graduada de acordo com a gravidade da infração, nos seguintes limites máximos:

I - multa de 2% até 5% do valor anual do presente contrato;

II - multa dia de até 1/60 (um sessenta avos) do valor mensal do presente contrato;

§ 3º. A Administração se reserva ao direito de descontar do pagamento devido à contratada o valor de qualquer multa porventura imposta em virtude do descumprimento das condições estipuladas no contrato.

§ 4º. As multas previstas nesta cláusula não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá o CONTRATADO da responsabilidade de perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO

A inexecução, total ou parcial, deste Contrato ensejará a sua rescisão, com as consequências contratuais e as prevista na Lei nº 8666/93.

§ 1º. O CONTRATANTE poderá rescindir administrativamente o presente Contrato, nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei 8.666/93.

§ 2º. Nas hipóteses de rescisão com base nos incisos I a VIII do art. 78 da Lei 8.666/93, não cabe ao CONTRATADO direito a qualquer indenização.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

As partes elegem o Foro da Cidade de Bom Jesus da Lapa - Estado da Bahia, que prevalecerá sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas que subscrevem depois de lido e achado conforme.

Bom Jesus Lapa, de ____ de 2023.

Fábio Nunes Dias
Prefeito Municipal
Contratante

Contratada

Testemunhas:

CPF:

CPF:

ANEXO III
DOCUMENTAÇÃO PARA VISTORIA

Descrição		Hospitais	Laboratórios	Consultórios com procedimentos invasivos	Consultórios sem procedimentos invasivos
1	Escala de enfermagem recente. Nível médio e superior	X			
2	Manual de normas e rotinas:	X	X	X	X
2.1	Desinfecção de leitos e equipamentos;	X			
2.2	Norma para troca de soluções e desinfecção de almotolias	X	X	X	
2.3	Desinfecção de salas e equipamentos do Centro Cirúrgico	X			
2.4	Normas padrão para coleta de material		X		
2.5	Destino de peças (amputação) e placentas	X			
2.6	Destino de lixo contaminado	X	X	X	X
3	Resultados de exames admissionais e periódico de funcionários	X	X	X	X
4	Contrato de serviços terceirizados (se houver)	X	X	X	X
5	Programa de reciclagem de profissionais	X	X		
6	Lista de profissionais que compõe a CCIH	X			
6.1	Ato de implantação	X			
7	Relação de equipamentos e condições de uso		X		
8	Relatórios de manutenção periódica de aparelhos e equipamentos		X		
9	Relação de exames terceirizados		X		
10	Manual de procedimentos operacional padrão (POP)		X		
11	Registro de programa de sanitização	X	X	X	X

12	Lista de profissionais de nível médio e superior com especialidade e carga horária	X	X	X	X
----	--	---	---	---	---

ANEXO IV

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA EM CLÍNICAS (COM INTERNAMENTO) E HOSPITAIS QUANTIDADE DE PONTOS POSSÍVEIS NESTE MÓDULO (492)

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1- Razão Social

1.2- Nome Fantasia

1.3- CNPJ-_____

1.4- Endereço

1.5- Fone _____ Fax-_____

1.6- Responsável Técnico

Profissão

Nº do Conselho _____

1.7- Forneceu Planta Baixa - Sim Não

1.8- Nº Total de Funcionários _____

(anexar relação de funcionários de nível médio e superior, com especialidade e carga horária)

1.9- Nº Total de leitos _____

Discriminar por Especialidade _____

1.11- Quanto ao Corpo Clínico: Aberto Fechado Misto

1.12- Nº de Licença de Funcionamento _____

1. CLASSIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO:

2.1- Privado Conveniado Público Outros

3- TEM ESTACIONAMENTO PRIVATIVO? Sim Não

ADMINISTRAÇÃO E RECEPÇÃO					
UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS					
ITEM			SIM	NÃO	NA
		As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?	3		
2		O acesso ao estabelecimento é independente de forma a não permitir comunicação com residência ou qualquer outro local distinto do estabelecimento?	1		
		A ventilação é suficiente?	2		
		A iluminação é suficiente e adequada?	2		
		Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário	3		
3		Existe sanitário para o público, separado por sexo?	3		
3.1		Em boas condições de limpeza?	3		
4		Esgotos e encanamentos em bom estado de conservação?	3		
5		Existe equipamentos de segurança para combate de incêndios?	3		
5.1		O acesso a extintores e mangueiras está livre?	2		
7		Funcionários estão uniformizados?	3		
8		Os uniformes estão limpos e em boas condições?	3		
9		Os funcionários são submetidos a exames médicos admissionais e periódicos?	3		
10		Todas as salas da Administração apresentam os requisitos sanitários exigidos? (Salas: Diretoria, Administração, Financeiro, Sala de reuniões, Chefia de Enfermagem, Etc.)	1		
11		Escala de enfermagem N.U. e N. Superior condizente com carga horária?	3		
Obs:					

UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL					
Nº DE LEITOS					
ITEM			SIM	NÃO	NA
		Áreas internas em boas condições físico-estruturais?	2		
		Os quartos atendem ao padrão de área mínima (Consulta Pública SVS/MS Pta. nº 674 de 31/12/97) por Nº de leito (Adultos Adolescentes)			
		01 leito – 10m² : NA	Sim (3)	Não (0)	

UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL	
Nº DE LEITOS	
	02 leitos- 7 m ² por leito: Sim (3) Não (0) NA
	03 a 06 leitos- 6,5 m ² por leito : Sim (3) Não (0) NA

UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL				
ITEM		SIM	NÃO	NA
	Existe um manual de normas e rotinas de enfermagem? Em local de fácil acesso?	2		
	Existe CCIH implantada?	3		
	Listar os profissionais que a compõem			
	Soluções estão acondicionadas corretamente, e dentro do prazo de validade?	3		

	Existe quarto para isolamento de doença infecto contagiosa, com sanitário anexo?	3		
	Sanitários dos quartos apresentam boas condições de higiene e funcionamento?	3		
	Móveis e equipamentos estão em boas condições de higiene e conservação?	3		
	Existe depósito para materiais e equipamentos?	2		
	Posto de Enfermagem está com localização adequada em relação aos quartos?	2		
	Existe sistema de sinalização entre os quartos e posto de enfermagem?	2		
	Funcionários estão com uniforme, limpos e em bom estado de conservação?	3		
	Existe um programa de reciclagem dos profissionais (enfermeiros, auxiliares, higienização)?	3		
	Os profissionais utilizam EPIs de acordo atividade e/ou técnica desenvolvida?	3		
	Existe lavatórios, em área de fácil acesso, para funcionários?	3		
	Local de preparo de medicamentos adequado?	3		
	Descarte de pérfuro-cortante está de acordo com as normas técnicas?	3		
	Lixo hospitalar é acondicionado segundo as Normas Técnicas?	3		
	Instalação de oxigênio obedece as normas da ABNT?	3		
	Existe equipamento de segurança de combate a incêndio?	3		
	Qual a norma para troca das soluções e desinfecção das almotolias?			

		Quais as normas para desinfecção dos leitos e demais equipamentos?
Obs:		

UNIDADE DE PEDIATRIA E BERÇARIO					
Nº DE LEITOS					
ITEM			SIM	NÃO	NA
		Áreas internas em boas condições físico-estruturais?			
		Os quartos atendem ao padrão de área mínima (Consulta Pública SVS/MS Pta. 674 de 31/12/97) por Nº de leitos: 4,5 m² para Rn ou Lactente Sim (3) Não (0) NA 5,0 m² para infantes ou pré escolares Sim (3) Não (0) NA 5,0 m² para escolares Sim (3) Não (0) NA			
		Sanitários dos quartos apresentam boas condições de higiene e funcionamento?	3		
		Existe quarto para isolamento, com sanitário anexo?	3		
		Existe lavatórios, para funcionários nas enfermarias?	3		
		Posto de Enfermagem está com localização adequada em relação aos quartos?	2		
		Existe local adequado para preparo dos medicamentos?	3		
		Móveis e equipamentos estão em boas condições de higiene e conservação?	3		
		Profissionais estão com fardamento adequado?	3		
		Utilizam EPIs, de acordo atividade ou técnica desenvolvida?	3		
		Existe manual de normas e rotinas, em local de fácil acesso?	2		
		Existe sala para refeitório e recreação dos menores?	2		
		Quais as normas para desinfecção de leitos e equipamentos? Existe na Unidade Neonatal: Incubadora Sim (3) Não (0) Unidade de Fototerapia Sim (3) Não (0) Berço Aquecido Sim (3) Não (0) Equipamento de Ressuscitação Sim (3) Não (0) Laringoscópio + Cânulas Sim (3) Não (0) Aspirador de Secreções Sim (3) Não (0)			
OBS.					

CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO
Nº DE SALAS

ITEM			SIM	N	NA
		Existe local apropriado para troca de macas?	3		
		A unidade de Centro cirúrgico está localizada de modo a ficar livre do trânsito de pessoas e materiais estranhos ao trabalho que nele se realiza?	3		
		Os vestiários estão dispostos de forma que se constituam a única forma de adentrar ao Centro cirúrgico, após a troca de roupa?	3		
		Existe sanitários com chuveiros anexos aos vestiários? Em bom estado de conservação e higiene?	3		
		O lavabo está dotado de torneiras com características tais que permitam seu fechamento sem o uso das mãos?	3		
		Existe suporte para sabão líquido, acionado por pedal?	3		
		Sala cirúrgica com paredes, piso e teto em bom estado de conservação, material resistente e lavável?	3		
		Instalações de gases de acordo as Normas Técnicas?	3		
		Existe equipamento de segurança de combate a incêndio?	3		
		Na sala cirúrgica existe apenas o material necessário à cirurgia?	3		
		Medicamentos/anestésicos identificados e com data de validade?	3		
		Aparelhos e materiais em boas condições de higiene e conservação?	3		
		Equipamentos e materiais cirúrgicos em bom estado de conservação? (Cada item existente vale 03 (tres) pontos) Mesa cirúrgica com acessórios?..... Suporte duplo com bacias?..... Mesa de Mayo?..... Mesa auxiliar?..... Equipamentos de anestesia?..... Banqueta giratória?..... Lâmpadas de teto?..... Suporte para bacias?..... Hamper?..... Negatoscópio?..... Aspirador?..... Bisturi elétrico?..... Laringoscópio com lâminas reta e curva?..... Monitor Cardíaco Cardioversor Outros			
		Existe local apropriado para estoque de material esterilizado?			
		Existe sala de estar e repouso, com mobiliário mínimo necessário?			

CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO					
CONTINUAÇÃO					
ITEM			SIM	NÃO	NA
		Existe sala de enfermagem, com bancadas, ou mesas, quadro de avisos, armários para impressos, etc.	2		
		Existe sala de recuperação pós anestésica, com leito com grades de proteção?	3		
		Descreva rotina de desinfecção de salas e equipamentos.			
		Qual o destino de peças (amputação) e placentas?			
Obs:					

RELATÓRIO

03- Caracterização da Avaliação
--

Avaliação
Período de
Data do Relatório

04- Objetivo: _____

05- Pessoas Contactadas _____
(nome/ função) _____

06- Relato da Situação:

A PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE TÉCNICA SERÁ CALCULADA COM BASE
NA SEGUINTE FÓRMULA:

$$\frac{\text{PONTOS OBTIDOS}}{\text{PONTOS POSSÍVEIS}} \times 100 = \text{PONTUAÇÃO FINAL}$$

O “X” será a pontuação final expressando o resultado com uma escala de 0 a 100 e empregando um dígito decimal

07- Providencias Tomadas :

08- Considerações Finais:

09- Conclusão da Avaliação

Situação	<input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Satisfatório com Restrições <input type="checkbox"/> Insatisfatório <input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição parcial <input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição total	Prazo de adequação _____ dias
----------	--	----------------------------------

Risco	<input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo
-------	---

11- Equipe:

Nome dos Avaliadores	Matrícula	Assinatura

ANEXO V

**ROTEIRO DE AVALIAÇÃO
CONSULTÓRIO DE PROCEDIMENTO COM PROCEDIMENTO INVASIVO
TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS NESTE MÓDULO ()**

1- IDENTIFICAÇÃO:

1.1- Razão Social: _____

1.2- Nome Fantasia: _____

1.3- CNPJ: _____

1.4- Endereço: _____

1.5- Fone: _____ Fax: _____

1.6- Responsável Técnico: _____

1.6.1- Conselho: _____

1.6.2- Nº do Conselho: _____

1.7- Forneceu Planta Baixa: Sim Não

1.8- Nº Total de Funcionários: _____
(anexar relação de funcionários de nível médio e superior, com especialidade e carga horária)

1.9- Nº de Licença de Funcionamento: _____

0* CLASSIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO:

2- Tipo do Estabelecimento: Privado Conveniado Público
Outros: _____

3- Tem Estacionamento Privativo: SIM NÃO

**AMBULATÓRIO
CONSULTÓRIO COM PROCEDIMENTO INVASIVO**

ITEM			SIM	NÃO	NA	
1	N	As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?	3			
2	N	Em boas condições de limpeza?	3			
3		Existe sanitários para o público, separado por sexo?	3			
4		Em boas condições de higiene e demais acessórios?	2			
5	N	A ventilação é suficiente?	2			
6	N	A iluminação é suficiente e adequada?	2			
7	N	Existe lavatório com toalha descartável?	3			
8		Materiais/equipamentos utilizados para realização do exame médico:				
		Maca	3			
		Tensiômetro	3			
		Estetoscópio	3			
		Armário	1			
		Mesa\Cadeiras	3			
		Escada com dois degraus	3			
		Equipamentos utilizados:				
		Ano de Fabricação	mais de 5 anos	2		
			menos de 5 anos	3		
		Capacidade resolutive do equipamento	Boa	2		
			Ótima	3		
Diversificação de exames	Oferece até 03 modalidades	2				
	5 ou mais modalidades	3				
Forma de apresentação do Laudo de Exame:	Incompleto	1				
	Completo	3				
9	N	Em bom estado de conservação?	3			
10		Utiliza produtos/medicamentos para realização dos exames?	2			
11	I	Produtos tem inscrição no MS? (observar prazo de validade e acondicionamento)	3			
12		Tipo de roupa utilizada para exames:	descartável	3		
			lavável	2		
13	N	Lavanderia utilizada é própria? (se não for própria, apresentar contrato com lavanderia) A lavagem obedece padrões segundo as normas de Acreditação Hospitalar	3			
14		Contrato com Lavanderia terceirizada?	3			

OBS.

RELATÓRIO

05- Caracterização da avaliação

Avaliação: _____

Período: _____

Data do Relatório: _____

A PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE TÉCNICA SERÁ CALCULADA COM BASE NA SEGUINTE FORMULA:

$$\frac{\text{PONTOS OBTIDOS}}{\text{PONTOS POSSÍVEIS}} \times 100 = \text{PONTUAÇÃO FINAL}$$

O “X” será a pontuação final expressando o resultado com uma escala de 0 a 100 e empregando um dígito decimal

06-RelatodaSituação:

07- Providencias Tomadas :

08- Considerações Finais:

09- Conclusão da Avaliação

Situação	<input type="checkbox"/> Satisfatório	Prazo de adequação _____ dias
	<input type="checkbox"/> Satisfatório com Restrições	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição parcial	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição total	

- 10- Risco:** Elevado
 Moderado
 Baixo

11- Equipe:

Nome do Avaliador	Matrícula	Assinatura

ANEXO VI

**ROTEIRO DE AVALIAÇÃO
CONSULTÓRIO DE PROCEDIMENTO SEM PROCEDIMENTO INVASIVO
TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS NESTE MÓDULO ()**

1- IDENTIFICAÇÃO:

1.1- Razão Social: _____

1.2- Nome Fantasia: _____

1.3- CNPJ: _____

1.4- Endereço: _____

1.5- Fone: _____ Fax: _____

1.6- Responsável Técnico: _____

1.6.1- Conselho: _____

1.6.2- Nº do Conselho: _____

1.7- Forneceu Planta Baixa: Sim Não

1.8- Nº Total de Funcionários: _____
(anexar relação de funcionários de nível médio e superior, com especialidade e carga horária)

1.9- Nº de Licença de Funcionamento: _____

0* CLASSIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO:

2- Tipo do Estabelecimento: Privado Conveniado Público
Outros: _____

3- Tem Estacionamento Privativo: SIM NÃO

**AMBULATÓRIO
CONSULTÓRIO SEM PROCEDIMENTO INVASIVO**

ITEM			SIM	NÃO	NA	
1	N	As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, fácil higienização)?	3			
2	N	Em boas condições de limpeza?	3			
3		Existe sanitários para o público, separado por sexo?	3			
4		Em boas condições de higiene e demais acessórios?	2			
5	N	A ventilação é suficiente?	2			
6	N	A iluminação é suficiente e adequada?	2			
7	N	Existe lavatório com toalha descartável?	3			
8	Materiais/equipamentos utilizados para realização do exame médico:					
		Maca	3			
		Tensiômetro	3			
		Estetoscópio	3			
		Armário	1			
		Mesa\Cadeiras	3			
		Escada com dois degraus	3			
		Equipamentos utilizados:				
		Ano de Fabricação	mais de 5 anos	2		
			menos de 5 anos	3		
		Capacidade resolutive do equipamento	Boa	2		
			Ótima	3		
	Diversificação de exames	Oferece até 03 modalidades	2			
		5 ou mais modalidades	3			
	Forma de apresentação do Laudo de Exame:	Incompleto	1			
		Completo	3			
9	N	Em bom estado de conservação?	3			
10		Utiliza produtos/medicamentos para realização dos exames?	2			
11	I	Produtos tem inscrição no MS? (observar prazo de validade e acondicionamento)	3			
12		Tipo de roupa utilizada para exames:	descartável	3		
			lavável	2		
13	N	Lavanderia utilizada é própria? (se não for própria, apresentar contrato com lavanderia) A lavagem obedece padrões segundo as normas de Acreditação Hospitalar	3			
14		Contrato com Lavanderia terceirizada?	3			

OBS.

RELATÓRIO

05- Caracterização da avaliação

Avaliação: _____

Período: _____

Data do Relatório: _____

A PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE TÉCNICA SERÁ CALCULADA COM BASE NA SEGUINTE FORMULA:

$$\frac{\text{PONTOS OBTIDOS}}{\text{PONTOS POSSÍVEIS}} \times 100 = \text{PONTUAÇÃO FINAL}$$

O "X" será a pontuação final expressando o resultado com uma escala de 0 a 100 e empregando um dígito decimal

06-RelatodaSituação:

07- Providencias Tomadas :

08- Considerações Finais:

09- Conclusão da Avaliação

Situação	<input type="checkbox"/> Satisfatório	Prazo de adequação _____ dias
	<input type="checkbox"/> Satisfatório com Restrições	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição parcial	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição total	

- 10- Risco:** Elevado
 Moderado
 Baixo

11- Equipe:

Nome do Avaliador	Matrícula	Assinatura