



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2022 SCP/MS

Processo Administrativo nº 001/2022 SCP/MS

1 – PREÂMBULO:

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba- MS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos com sede na Avenida Durval Rodrigues Lopes nº 400, Bairro Ipê Branco, nesta cidade de Paranaíba-MS, inscrito no C.N.P.J. sob o Nº03.163.888/0001-71, neste ato representado pelo Presidente, Sr. Jair Alves de Souza, brasileiro, casado, CI-RG n.º 240.208-6 SSP/MS e inscrito no CPF/MF nº 005.022.271-68, residente nesta cidade de Paranaíba/MS, vem em conformidade com a Lei nº 14.133/21, Normas Gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, tornar público a realização de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS/HOSPITALARES, PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS PROFISSIONAIS COM ATUAÇÃO DIRETA LIGADA A CUIDADOS DOS PACIENTES COM SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARANAÍBA/MS**, nos termos das condições estabelecidos no presente Edital de Credenciamento. Tendo como referência no **QUADRO 1 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL** os valores praticados pela Secretaria Municipal de Saúde na presente data e no **QUADRO 2 - HOSPITALAR** os valores hoje praticados pela instituição para remuneração de procedimentos e plantões.

Jair Alves de Souza

Provedor

Paranaíba 02 de Fevereiro de 2022



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Publica. Federal 131, de 24/11/97

2 – OBJETO:

a) O presente Credenciamento tem por objeto o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS/HOSPITALARES, PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS PROFISSIONAIS COM ATUAÇÃO DIRETA LIGADA A CUIDADOS DOS PACIENTES COM SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARANAÍBA/MS, abrangendo as modalidades e quantidades estimadas descritas nos itens abaixo:

TABELA DE VALORES DOS SERVIÇOS MÉDICOS/HOSPITALARES, PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS PROFISSIONAIS

QUADRO 01				
ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
ITEM	ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO	
1	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA	CONSULTA	R\$ 65,00	
QUADRO 02 – HOSPITALAR				
ITEM	ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTO	UNIDADE	VALOR HORA/DIA PROCEDIMENTO
1	CLÍNICO GERAL	PLANTÕES DE SOBREAVISO, PRESCRIÇÕES, VISITAS DIÁRIAS E DE ROTINA NA CLÍNICA MÉDICA NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE HOSPITALAR	DIA 24 HS	R\$ 580,00
2	CLÍNICO GERAL	MÉDICO HORIZONTALIZADOR PRESENCIAL NA CLÍNICA MÉDICA E CIRURGICA NAS	DIA 12 HS	R\$ 900,00



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

		DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE HOSPITALAR		
3	PEDIATRIA	PLANTÕES DE SOBREAVISO DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE HOSPITALAR PEDIATRIA / SALA DE PARTO/ BERÇÁRIO	DIA 24 HS	R\$ 1.129,00
4	CLÍNICO GERAL	PLANTÕES DE SOBREAVISO NA ALA RESPIRATÓRIA COVID- 19, PRESCRIÇÕES, VISITAS DIÁRIAS E DE ROTINA NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE HOSPITALAR	DIA 24 HS	R\$ 580,00
5	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	PLANTÕES PRESENCIAIS NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE HOSPITALAR URGÊNCIA/EMERGÊNC IA/ CONSULTAS/PARTOS/ INTERNAÇÕES	DIA 12 HS	R\$ 1.210,00
6	ANESTESIA	SOBREAVISO URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA E PROCEDIMENTOS ELETIVOS	DIA 24 HS	R\$ 1.355,00
7	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGI A	SOBREAVISO/PROCEDI MENTO ELETIVO URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	DIA 24 HS 34 PROCEDIMENTO CIRURGICO/MÊS	R\$ 580,00



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

8	CIRURGIA GERAL	SOBREAVISO/PROCEDIMENTO ELEITVO URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	DIA 24 HS	R\$ 580,00
9	CLINICO GERAL	PLANTÕES PRESENCIAIS NO PRONTO SOCORRO NA SEDE DA UNIDADE HOSPITALAR	HORA DE SEGUNDA A SEGUNDA DIURNO E NOTURNO	R\$ 108,40
10	CIRURGIÃO	CIRURGIAS ELETIVAS	64 PROCEDIMENTO CIRURGICO/MÊS	UMA TABELA E MEIA SUS POR PROCEDIMENTO
11	CARDIOLÓGIA	SOBREAVISO PARECERES	DIA 24 HS	R\$ 500,00
12	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	SOBREAVISO PARECERES	DIA 12 HS	R\$ 400,00

3 - ATENDIMENTOS EM AMBULATÓRIO – QUADRO 01

a) Ortopedia e Traumatologia

I. Atendimentos Ambulatoriais:

b) Consultas e procedimentos médicos ambulatoriais de retorno pós-operatório, previstos para o Médico Ortopedista/Traumatologista no Código Brasileiro de Ocupação nº 225270 conforme DATASUS/CNES c/c Tabela SIA/SUS.

Parágrafo único: Os atendimentos previstos no item 01, enumerados no Quadro 01 – Atendimento Ambulatorial serão realizados através dos serviços elencados na respectiva coluna que descrevem os procedimentos, respeitando o Código Brasileiro de Ocupação citado nas



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

especialidades ortopedia/traumatologia, para retornos exclusivos de pacientes que passaram por procedimentos nesta Unidade Hospitalar.

c) As consultas e procedimentos médicos ambulatoriais serão disciplinadas por ato normativo expedido pela Presidência, Direção Clínica e Administrativa, trimestralmente (a cada três meses), onde constará o quantitativo e a identificação dos procedimentos fixados de acordo com a demanda necessária, capacidade operacional da Unidade Hospitalar e disponibilidade financeira;

d) A remuneração dos profissionais será efetuada por produção (consulta e procedimentos realizados), mediante relatório emitido pela **Comissão de Controle, Avaliação e Auditoria Interna** da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS, estabelecida através da **PORTARIA 002/2022 SCP/MS**.

e) Os valores de cada consulta tiveram como referência no **QUADRO 1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL** os valores praticados pela Secretaria Municipal de Saúde até a presente data.

4 - ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR – QUADRO 02

PLANTÃO NA UNIDADE HOSPITALAR

Os plantões médicos serão caracterizados como:

a) Plantão presencial nas dependências da Unidade Hospitalar prestado em tempo integral;

b) Plantão de sobreaviso prestado à distância, devendo o médico plantonista ficar à disposição da Unidade Hospitalar para atendimento quando solicitado;

c) Os plantões serão prestados em caráter personalíssimo, não podendo haver substituição sem a devida comunicação com antecedência de 05 (cinco) dias, à exceção de eventuais casos de força maior devidamente comprovados, em formulário próprio e autorização da Direção Clínica, com ciência da Diretoria Administrativa do hospital. Caso o credenciado, em última hora, não puder comparecer ao plantão, fica o mesmo responsabilizado por colocar substituto, em seu lugar, respondendo solidariamente por eventuais ocorrências.

d) As escalas de plantões serão disponibilizadas, com pelo menos com 07 (sete) dias de antecedência ao mês subsequente pela Direção Técnica.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

e) O médico que estiver no plantão presencial nas dependências da Unidade Hospitalar, prestado em tempo integral e sobreaviso, receberá pela unidade de referência estabelecida no Quadro 02 – HOSPITALAR;

f) Os médicos credenciados no Quadro 02 – HOSPITALAR deverão além do atendimento, acompanhar o paciente durante a sua internação;

Parágrafo primeiro: Os médicos não receberão pela internação, o valor profissional da produtividade gerada pela AIH (Atendimento de Internação Hospitalar), oriundos de urgência e emergência, tendo em vista que a modalidade produtividade não é mais cláusula contratual no Termo de Contratualização firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíba, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba e Secretaria de Estado de Saúde, mas sim pelas metas **quantitativas** que equivalem a, apenas, 40% (quarenta por cento) do valor do contrato, que são subdivididos entre inúmeros procedimentos ambulatoriais, exames, internações, etc, e **qualitativas** que corresponde a 60% (sessenta por cento). Portanto, a modalidade produção não é mais praticada por esta Instituição.

Parágrafo segundo: Eventuais atrasos dos recursos provenientes dos três entes federativos para pagamento, não poderão ser alegados como motivo de suspensão ou interrupção dos serviços objeto deste contrato, o que não impede que os profissionais médicos exerçam seus respectivos direitos, caso se sintam lesados.

Parágrafo terceiro: O desconto por eventuais glosas em pagamento de produção de AIH – Autorização de Internação Hospitalar, oriundo de descumprimento das normativas por qualquer profissional, que porventura participar, direta ou indiretamente do procedimento de internação, será efetuado com base valor estabelecido na Tabela do SISAH vigente, de acordo com o procedimento glosado, seguindo as normativas da Secretaria de Estado de Saúde, Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina, desde que não configure retenção ilegal ou abusiva de valores recebidos pelos serviços, efetivamente, prestados.

g) Os médicos credenciados no Quadro 02 – HOSPITALAR deverão realizar os procedimentos cirúrgicos de urgência/emergência e eletivos sempre quando a estrutura do Hospital assim possibilitar;

h) O médico contratado deverá atender as metas estabelecidas no Plano Operativo do Termo de Contratualização vigente, firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíba, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba e Secretaria de Estado de Saúde, o qual é parte integrante do presente contrato de adesão como Anexo I e declara ter conhecimento.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

- i) O profissional médico contratado poderá atuar como auxiliar nas cirurgias realizadas.
- j) O profissional médico de plantão, de sobreaviso, será responsável pelos atendimentos aos leitos que necessitam do suporte de sua especialidade.
- k) As cirurgias eletivas poderão ser realizadas, após preenchimento do laudo médico, com prévia autorização da Auditoria Municipal, para pacientes do Município de Paranaíba e da microrregião que pertence a este Município, dos procedimentos que estiverem pactuados e encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde com agendamento do setor de internação da Unidade Hospitalar, obedecendo as prioridades de gravidade que deve ser indicada no laudo pelo profissional médico, de acordo com a fila de espera cronológica, considerando ainda a demanda existente, capacidade física e financeira da instituição e o cumprimento das metas quantitativas estipuladas no **item n) DO QUADRO 02 - 4 - ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR.**
- l) É vedado a qualquer momento o encaminhamento a esta Unidade Hospitalar de pacientes oriundos de Unidades Privadas, salvo os casos de gravidade ou singularidade por parte do usuário, devidamente comprovados e atestado pela Direção Clínica da Entidade, seguindo o fluxo habitual do Pronto Socorro;
- m) Deverá o profissional médico que realizou o procedimento acompanhar o paciente em seu período pós-operatório até o momento da alta.
- n) Os plantões e procedimentos serão disciplinados por ato normativo expedido pela Presidência, Direção Clínica e Administrativa trimestralmente (a cada três meses) onde constará o quantitativo e a identificação dos procedimentos fixados de acordo com a demanda necessária, capacidade operacional da Unidade Hospitalar e disponibilidade financeira.

5- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- a) Os profissionais da Pessoa física ou Jurídica nas especialidades previstas no Quadro 1 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL, prestarão os serviços de consultas médicas/hospitalares, procedimentos e exames na sede da Unidade Hospitalar, devendo proceder ao atendimento diário conforme escala definida pelo Diretor Técnico da instituição;
- b) Os serviços médicos objeto deste credenciamento serão distribuídos igualmente para os credenciados (Pessoa Jurídica);



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

- c) No caso do número de serviços impossibilitarem a divisão igualitária entre os credenciados, o numerário restante de consultas, procedimentos e plantões serão distribuído igualitariamente entre os mesmos;
- d) Em caso do credenciado não ter disponibilidade ou interesse quanto à totalidade dos serviços disponibilizados, através da divisão isonômica para realização de consultas, exames, procedimentos e plantões, deverá, este, declinar da quantidade de serviço que não poderá prestar, mediante requerimento próprio e aprovação da Direção Clínica, com apoio das Direções Técnica e Administrativa, no entanto, se os demais participantes não tiverem interesse em assumir a quantidade declinada, o credenciado deverá cumprir, obrigatoriamente, a totalidade dos serviços a ele disponibilizados, sob pena de descredenciamento;
- e) Uma vez realizado a distribuição dos serviços, fica o credenciado obrigado a realizar as consultas, procedimentos e plantões, conforme indicado. Sendo que, qualquer mudança na referida distribuição, eventualmente acordada entre os credenciados, terá que ser comunicada à Direção Técnica que, posteriormente, estando de acordo, irá homologar o indigitado acordo.
- f) As Consultas, procedimentos e plantões serão, devidamente, definidos e escalonados pela Direção Técnica, assegurando a isonomia aos credenciados;
- g) Não havendo profissionais na lista de espera para prestação de serviços médicos hospitalares, procedimento e plantões, a seleção acima não será necessária, mantendo as mesmas condições definidas no ultimo agendamento, desde que não cause lesão aos direitos dos demais credenciados;
- h) Uma vez distribuídos os serviços estabelecidos no Quadro 1 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL e Quadro 2 – HOSPITALAR será preenchido “Termo de Compromisso”, cujo modelo consta no **Anexo IV**;
- i) No caso dos serviços relacionados no Quadro 2 – HOSPITALAR, não poderão ser realizados dois ou mais plantões, ao mesmo tempo, e na mesma unidade;
- j) É vedada expressamente a cobrança por parte dos credenciados de qualquer sobretaxa em relação aos preços descritos prefixados no presente edital;
- k) É permitido o credenciamento de interessados, a qualquer tempo, durante a vigência deste edital;
- l) Em caso de credenciamento, após o início da realização dos agendamentos, o novo credenciado, terá que aguardar nova distribuição, em conformidade com o Ato Normativo trimestral de distribuição dos serviços vigentes;



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

- m) Igualmente é permitido aos credenciados se descredenciarem, mediante denúncia de ajuste, a qualquer tempo, bastando notificar a instituição, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, de acordo com os termos contratuais;
- n) Os plantonistas de sobreaviso e pareceres deverão disponibilizar contato via telefonia fixa e móvel, o(s) número(s) os quais constarão no contrato para chamado via telefone da Unidade Hospitalar;
- o) O plantonista de sobreaviso, após acionado pelo telefone da instituição, cujo horário de chamada será, devidamente, registrado pelo responsável da ligação, dará as primeiras instruções, a fim de que sejam tomadas as providências necessárias, minimizando os eventuais riscos de saúde do paciente, devendo comparecer, no prazo justificável, até a Unidade Hospitalar para prestar os atendimentos nos casos de urgência/emergência, onde terá que preencher via sistema operacional (Software), através de sua certificação digital, o resultado da avaliação ou o devido parecer, sendo vedado o retorno ao médico de plantão;
- p) Os profissionais que atuam na instituição hospitalar mediante Contrato de Prestação de Serviços vigentes, através de Pessoa Jurídica, serão notificados quanto à rescisão contratual, no prazo de 30 dias a contar da publicação do Edital, podendo se reescrever sob a égide deste;
- q) A prestação dos serviços que serão contratados, através de Pessoa Jurídica, não implica em vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA;
- r) Caberá ao credenciado nos itens que gerem internação realizar as visitas, prescrições beira leito, bem como evoluções diárias atualizadas até às 09:30 horas, sob pena de sanções legais embasadas nas legislações vigentes;
- s) As altas médicas deverão ser realizadas até às 11:00 horas;
- t) Deverá o credenciado manter sempre atualizado e preenchido por completo, o prontuário dos pacientes atendidos, na modalidade disponibilizada pela instituição, seja ele manual ou eletrônica;
- u) Deverá o credenciado não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- v) Deverá o credenciado atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

- x) Deverá o credenciado justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- w) Deverá o médico escalado cumprir os horários estabelecidos para prestação dos serviços, sob pena de não lhe ser remunerado o, exato, tempo que permaneceu ausente;
- y) Comunicar imediatamente e por escrito ao Diretor Administrativo, qualquer anormalidade ou de caráter urgente;
- z) Observar as normas legais de segurança a que está sujeita a atividade contratada;

6 – OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS:

- a) Executar o objeto do contrato nos prazos e formas ajustadas;
- b) Responsabilizarem-se pelas despesas oriundas do credenciamento, tais como encargos sociais, fiscais, previdenciários, impostos, taxas e tantos outros que incidirem sobre os serviços;
- c) No caso da empresa possuir sócios ou profissionais contratados, dentro do seu quadro com capacidade técnica, formação acadêmica, titularidade reconhecida pelo órgão de classe compatível com o objeto deste instrumento, a distribuição dos serviços será realizada pelo número de profissionais que totalizem todos os credenciados, e não somente pelo número de empresas, sendo obrigatório o cumprimento dos serviços, ora assumidos pela Pessoa Jurídica credenciada, não podendo haver substituição até a próxima distribuição de serviços, através de ato normativo expedido pela Presidência, Direção Clínica, Direção Técnica e Administrativa trimestralmente (a cada três meses) com apoio das Direções Clínica, Técnica e Administrativa, onde constará o quantitativo e a identificação dos procedimentos, fixados de acordo com a demanda necessária, capacidade operacional da Unidade Hospitalar e disponibilidade financeira;
- d) O contratado será responsável pela comprovação do vínculo com seu funcionário/empregado ou prestador de serviço, e ainda por todas as despesas decorrentes da execução dos serviços, tais como salário(s), seguro de acidente, taxas, impostos e contribuições, indenizações, vale-refeição, vale-transporte e outras que por ventura venham a ser criadas e exigidas pela legislação;
- e) Comunicar imediatamente e por escrito a Presidência, Administrativa, Direção Técnica e Direção Clínica da instituição qualquer anormalidade de caráter urgente ou não;
- f) Observar as normas legais de segurança a que está sujeita à atividade credenciada;



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

- g) Prestar os serviços à população, devendo fazer-se presente um profissional médico, nos horários definidos nas escalas de plantões, sobreaviso e realização de consultas médicas ou procedimentos;
- h) O credenciado Pessoa física ou Jurídica, responderá juntamente com o médico prestador dos serviços, por qualquer tipo de falha, seja profissional ou funcional, eventualmente, ocorrida, desde que seja apurada em procedimento administrativo prévio, observado o Princípio da Ampla Defesa e do Contraditório;
- i) Encaminhar ao setor financeiro, até o quinto dia útil do mês de recebimento, nota fiscal constando os serviços realizados, a fim de que sejam auditados, possibilitando, assim, o recebimento de seus serviços médicos exigidos pelo órgão pagador;
- j) O credenciado deverá preencher “Termo de Responsabilidade”, cujo modelo consta no **Anexo V**, declarando a compatibilidade de horários na prestação de serviços objeto deste contrato;
- k) Os médicos credenciados terão obrigatoriedade em participar das Comissões Permanentes da instituição, não implicando o direito de receber remuneração adicional;
- l) A credenciada pessoa jurídica deverá notificar A INSTITUIÇÃO de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário, de mudança em sua diretoria, credenciado ou estatuto, no prazo de trinta (30) dias, contados a partir da data da alteração;
- m) No caso do CREDENCIADO ser pessoa jurídica, o atendimento deverá ser personalista informando o nome do médico que realizará o atendimento, no caso do profissional não fazer parte do quadro societário deverá a empresa fornecer o nome do médico, o contrato entre as partes, bem como todos os documentos legais e de registro profissional e especialidade do médico contratado, neste caso a empresa e seu Responsável Técnico responderá, juntamente, com o profissional, por qualquer tipo de falha, seja profissional ou funcional ocorrida na realização dos serviços objeto deste contrato;
- n) O deslocamento emergencial com acompanhamento médico, deverá ser realizado por profissional, previamente, qualificado para tal função;
- o) O CREDENCIADO será responsabilizado civil e criminalmente por qualquer cobrança indevida feita em razão da execução deste contrato;



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

p) Em caso de descumprimento das obrigações assumidas, serão aplicadas as sanções da Lei 14.133/21 e demais legislações correlatas.

q) Responsabilizar pelo cumprimento das Metas Quantitativas, conforme contrato 001/2021, celebrado com a Prefeitura Municipal de Paranaíba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíba.

7 – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

a) A execução do presente Edital será avaliada pelos órgãos competentes da CONTRATANTE, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições nele estabelecidas e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados;

b) Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada;

c) Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA poderá ensejar a não prorrogação do contrato ou a revisão das condições ora estipuladas;

d) Fiscalizar o cumprimento das Metas Quantitativas e Qualificativas, sugerir os descontos, mediante a análise da Comissão Interna de Controle e avaliação Hospitalar e Comissão Municipal de Acompanhamento da Contratualização, conforme contrato 001/2021.

d) A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre serviços, ora contratados, não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE ou para com os usuários da microrregião do Sistema da Saúde do Município de Paranaíba atendidos pelo SUS, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

8 – OBRIGAÇÕES DA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARANAÍBA/MS

a) Providenciar os pagamentos em até 50 (cinquenta) dias após o fechamento do mês, obedecendo os recebimentos dos órgãos dos três níveis de governo, Município, Estado e União;

b) Caso haja atraso no pagamento oriundo de alguma das fontes supracitadas no item a), o pagamento do contratado só ocorrerá quando houver tais recebimentos dos órgãos de governo, sem gerar qualquer ônus, mora ou multas para o contratante. Caso haja recebimento parcial dos referidos recursos, este deverão ser repassados, proporcionalmente, aos contratados;



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

c) Descontar impostos, taxas e o que demais for previsto em lei, dos pagamentos mensais aos credenciados/plantonistas.

9 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

a) Poderão se credenciar, no presente Edital, todas as pessoas físicas e jurídicas, que tenham atendido os requisitos exigidos neste chamamento;

b) Não poderão participar do credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos **III e IV, do art. 156 da Lei nº 14.133/2021;**

c) Não poderão participar do credenciamento, pessoas jurídicas em consórcio.

10 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

a) Para credenciar-se o interessado deverá protocolar toda documentação prevista neste instrumento, junto à Comissão Permanente de Credenciamento, estabelecida através da **PORTARIA 001/2022 SCP/MS**, endereçando-o a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS, Avenida Durval Rodrigues Lopes nº 400, Bairro Ipê Branco, a partir da publicação do respectivo Aviso do Edital, na Imprensa Oficial do Município de Paranaíba do Estado de Mato Grosso do Sul, no horário das 07:00h às 11:00h e 13:00h às 17:00h, em dias de expediente, declarando conhecer os termos do edital;

b) Serão considerados credenciados as pessoas jurídicas que apresentarem os documentos enumerados no item 12, subitem b), deste instrumento. No que tange às pessoas físicas, após a Comissão Permanente de Credenciamento, homologar a sua inscrição, serão submetidas ao crivo da Administração, a qual terá liberalidade para contratar, já que terão vínculo trabalhista;

c) Os interessados poderão solicitar o credenciamento a qualquer momento, a partir da publicação do aviso do edital, tendo direito a iniciar os serviços, imediatamente, após a publicação do primeiro ato normativo que distribuirá os serviços, desde que possível, caso contrário aguardará distribuição, conforme regras estabelecidas neste edital.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

11 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

a) Os interessados deverão apresentar os envelopes com os documentos relacionados no item 11, subitem a) com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS/HOSPITALARES, PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS PROFISSIONAIS Nº 001/2022.

INTERESSADO:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS/HOSPITALARES, PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS PROFISSIONAIS Nº 001/2022.

INTERESSADO:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

12– DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

a) Para credenciamento de **PESSOA FÍSICA** os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo do **Anexo II**;

2. Cópia do Diploma do profissional a ser credenciado;

3. Cópia do Certificado de comprovação da titulação na referida especialidade;

4. Cópia da Cédula de identidade do profissional a ser credenciado;

5. Cópia do CPF/MF do profissional a ser credenciado;

6. Cópia do certificado de inscrição no Conselho Regional do profissional a ser credenciado;

7. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal do Município de Paranaíba – Mato Grosso do Sul;

8. Prova de Regularidade fiscal com a Fazenda Federal;



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

9. Comprovante de residência.

b) Para credenciamento de **PESSOA JURÍDICA** os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo no **Anexo III**;
2. Cópia do cartão do CNPJ;
3. Cópia do Contrato Social e todas as suas alterações ou, sua última alteração consolidada;
4. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
5. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da empresa;
6. Prova de regularidade com a Fazenda Nacional mediante apresentação do seguinte documento:
Certidão Conjunta Negativa Ou Positiva, com efeito de negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa em que abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991 e de acordo com a resolução PGFN/RFB nº 1.751 de 02 de outubro de 2014;
7. Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
8. Certidão Negativa de Débitos Trabalhista (CNDT);
9. Certidão Simplificada da Junta Comercial;
10. Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa;
11. Cópia do Diploma e do certificado de inscrição no Conselho Regional competente, dos Profissionais que prestarão os serviços;
12. Cópia do Certificado de comprovação da titulação na referida especialidade;
13. Declaração de Inidoneidade (**Anexo VI**);
14. Declaração de atendimento ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal (**Anexo VII**);
15. Termo de Compromisso de realização de Serviços Médicos (**Anexo IV**);
16. Termo de Responsabilidade declarando a compatibilidade de horários na prestação de serviços (**Anexo V**);
17. Os documentos solicitados deverão estar no prazo de validade neles previstos, que uma vez não mencionado, será considerado como sendo de 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão.

13 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO

a) O cadastramento estará aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, sempre que houver alterações, o Credenciamento para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados nas novas condições;



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

- b) Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas neste edital, em especial as contidas no **item 12, subitem a) e b) deste instrumento**;
- c) Os inscritos serão cadastrados para os serviços médicos/hospitalares, procedimentos e serviços profissionais, segundo informações que prestarem no modelo contido no Anexo II e III;
- d) A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS disponibilizará no Mural Interno de Avisos a relação dos credenciados;
- e) A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento ou o cumprimento do estabelecido no contrato de prestação de serviços, que faz parte integrante do presente Edital, bem como por iniciativa unilateral da instituição;
- f) As condições para o credenciamento contidas no item 12, subitem a) e b) deste instrumento deverão existir durante todo período de prestação de serviços.

14 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO

- a) As pessoas físicas e jurídicas serão inicialmente cadastradas pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 10 subitem a) do presente instrumento e, posteriormente recadastrado conforme a ordem de execução dos serviços.

15 – DO VALOR

- a) A remuneração pela prestação dos serviços médicos hospitalares, procedimento e plantões, efetivamente prestados, correspondente aos valores fixados nos quadros 1 e 2, devidamente estabelecidos no termo de compromisso de realização de serviços médicos, conforme **Anexo II e III**;
- b) Cada consulta de que trata o Quadro 1 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL terá validade de até 15 (quinze dias) dias, não sendo considerado nova consulta para efeito de pagamento o retorno do paciente dentro deste período.

16– INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE NOVOS SERVIÇOS

- a) A inclusão de novos serviços e a exclusão de serviços existentes, só poderão ocorrer através de nova Contratualização ou aditivo entre a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS,



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde ou, ainda, através de programas especiais ou extra teto, vigentes à época.

17 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

a) Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS, poderá, garantida a ampla defesa, aplicar aos credenciados as sanções previstas no **Art. 104, inciso IV c/c 156 da Lei 14.133/2021**.

18 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

a) O Pagamento pela prestação dos serviços será realizado em até 50 (cinquenta) dias após o fechamento do mês, obedecendo os recebimentos dos órgãos dos três níveis de governo, Município, Estado e União.

b) O pagamento está condicionado ao cumprimento do Contrato 001/2021, celebrado com a Prefeitura Municipal de Paranaíba, por meio da Secretaria Municipal, Item 7.5 e ao Documento Descritivo, onde estabelece que os recursos financeiros são vinculados ao cumprimento das metas quantitativas nos procedimentos de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Cirúrgica Ortopedia, Clínica Gineco-Obstétrica, Clínica Pediátrica.

c) O Pagamento está condicionado ao preenchimento dos Prontuários Médicos, no prazo de 72hs, após a realização dos procedimentos cirúrgicos.

d) Caso haja atraso no pagamento oriundo de alguma das fontes supracitadas no item 16 subitem o pagamento do contratado só ocorrerá quando houver tais recebimentos dos órgãos de governo, sem gerar qualquer ônus, mora ou multas para o contratante, na forma do item 8 b);

e) O pagamento está condicionado a validade das Certidões Negativas de Débito do INSS, e do Certificado de Regularidade do FGTS e CNDT – Certidão Negativa de Débito Trabalhista;

f) O pagamento será realizado através de transferência eletrônica para a conta corrente de titularidade do contratado.

g) Em se tratando de Pessoa Jurídica, a Nota Fiscal deverá ser emitida até o quinto dia do mês do pagamento, após apresentação de relatório da Comissão de Controle, Avaliação e Auditoria Interna da instituição, aprovando e atestando os serviços prestados, com base no cumprimento das metas quantitativas.

19 – RECURSOS

a) Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos da Lei nº **14.133/2021**, o qual será recebido e processado, pela **Comissão Permanente de Credenciamento**, nos termos legais estabelecidos, além do previsto no contrato de adesão a este Edital.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

20– DISPOSIÇÕES GERAIS

a) Esclarecimentos relativos ao presente Credenciamento e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado a **Comissão Permanente de Credenciamento**, no endereço constante no preâmbulo deste edital;

b) A instituição poderá promover a alteração, com as devidas justificativas, nas regras do presente credenciamento e na prestação de serviços de consultas médicos/hospitalares, procedimentos e plantões, bem como, rescindir unilateralmente o credenciamento do profissional nas hipóteses elencadas na **Lei 14.133/2021**;

c) No que tange às pessoas jurídicas, em caso de rescisão contratual, esta deverá ser comunicada, por escrito, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência. Já em relação às pessoas físicas, estas obedecerão às regras vigentes da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);

d) Fica eleito o foro da Comarca de Paranaíba/MS, Estado do Mato Grosso do Sul, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

21 – ANEXOS

Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

a) **Anexo I – Plano Operativo;**

b) **Anexo II - Modelo de requerimento para credenciamento (Pessoa Física);**

c) **Anexo III - Modelo de requerimento para credenciamento (Pessoa Jurídica);**

d) **Anexo IV - Modelo de termo de compromisso de realização de serviços médicos;**

e) **Anexo V - Termo de Responsabilidade declarando a compatibilidade de horários na prestação de serviços;**

f) **Anexo VI - Declaração de inidoneidade – Pessoa Jurídica;**

g) **Anexo VII - Declaração de atendimento ao Disposto no artigo 7, inciso XXXIII, da Constituição Federal – Pessoa Jurídica;**

Paranaíba/MS, 2 de fevereiro de 2.022.

JAIR ALVES DE SOUZA

Provedor

PEDRO EURICO SALGUEIRO

Diretor Clínico

CLAUDIO SOUZA SANTOS

Diretor Técnico



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

ANEXO I – PLANO OPERATIVO

DOCUMENTO DESCRITIVO

PARTE I - METAS QUALITATIVAS

Paranaíba/MS – Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba

CNES: 2375850

METAS DO EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE			
Nº.	Indicadores	Metas	Pontuação
1	Manter a Política de Humanização a) Ambiência da recepção b) Manutenção de horários flexíveis para visitas (dois ou mais horários, com duração mínima de 2 horas por dia); c) Garantir a infra-estrutura adequada a presença de acompanhantes para menores de 18 anos, maiores de 60 anos, parturientes e portadores de necessidades especiais: espaço físico adequado, disponibilidade de poltrona ou cama e fornecimento de duas refeições.	SIM a) = 10 b) = 05 c) = 15	30
2	Taxa de Média de Permanência: Soma dos dias de permanência de todas as AIH aprovadas (número de pacientes-dia), no semestre em análise dividido pelo total de AIH aprovadas no mesmo período. Fonte: SIHD	Até 3 dias = 15 4 dias ou + = 5	15
3	Taxa de mortalidade institucional: Número de óbitos ocorridos após 24 horas de internação, no semestre em análise dividido pelo número de saídas de usuários no mesmo período (soma de usuário que receberam alta hospitalar, que foram transferidos ou que evoluíram para óbito) Fonte: SIHD	<= 3,5%	10
4	Percentual de cirurgias de caráter eletivo realizadas no hospital do município de residência dos usuários do SUS, no último semestre. Considerar meta cumprida desde que, no último semestre, o hospital avaliado realize 60% ou mais da quantidade de cirurgias eletivas de usuários do SUS, residentes no município em que se localiza o hospital em avaliação.	≥ 60% Se realizar: ≥ 60% = 50 De 30 a 59% = 30 De 10 a 29% = 10	50



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

5	Participação na Política de Saúde da Criança conforme orientação da SES a) Rede Cegonha: Contato Imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de Vida. (90% dos recém-nascidos com contato pele a pele + aleitamento materno na primeira hora de vida) Obs: Entrevista por amostragem no mínimo 30 % das parturientes. b) alojamento conjunto, conforme determina a Portaria MS SAS nº 2.068 de 21/10/2016; (verificar nas entrevistas se tiveram alojamento conjunto e foram orientadas quanto ao aleitamento materno.) c) Normas e rotinas escritas e atualizadas; apresentar plano de capacitação com tema; data; e responsável por ministrar a capacitação. Capacitação da equipe: apresentar registro com tema, data, horário, assinatura dos participantes. d) assegurar a alta hospitalar responsável, por meio do encaminhamento, por escrito, das crianças com desidratação, distúrbios nutricionais, infecção respiratória aguda, vacinas em atraso e portadoras de deficiência para a Unidade Básica de Saúde e, se necessário, para unidades especializadas;	a- 10 b- 05 c- 05 d- 05	25
6	Participação na Política de Saúde da Mulher, conforme orientação da SES a) Garantir espaço protegido para as mulheres nas situações de abortamento, durante a internação. b) Exigência do cartão da gestante no ato da admissão hospitalar e registro de dados do parto no cartão e anexar cópia do cartão no prontuário. c) assegurar a alta hospitalar responsável, por meio do encaminhamento por escrito (em formulário padronizado), das mulheres para as UBS, para: consulta puerperal na Unidade Básica de referência da paciente; realizar o exame preventivo do câncer de colo uterino e exame clínico das mamas; realizar as vacinas dupla viral (contra rubéola e caxumba), dupla adulto (contra tétano e difteria) e contra febre amarela, conforme preconiza o Manual do Programa Nacional de Imunização do	a- 05 b- 15 c- 05	25



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

	Ministério da Saúde; participar das atividades no programa de saúde reprodutiva e/ou Vigilância Alimentar e Nutricional e Controle do Tabagismo; acompanhamento no Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; e atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).		
7	Participação na Política de Atenção às Urgências e Emergências - verificar, conforme determina a Portaria GM nº. 2.048, de 05/11/2002: a) o acolhimento com classificação de risco; b) a implantação de protocolos clínicos para as três linhas de cuidados prioritárias em urgência e emergência; c) Existência de médico e enfermeiro 24 horas no Hospital. d) Equipe capacitada com treinamentos específicos em urgência/emergência. e) Registro pela equipe em prontuário das ações assistenciais aos pacientes em observação.	SIM a) = 40 b) = 40 c) = 40 d) = 40 e) = 40	200
Pontuação das metas do eixo de assistência à saúde			355

METAS DO EIXO DE GESTÃO			
Nº.	Indicadores e Serviços	Metas	Pontuação
8	Taxa de Ocupação Hospitalar: O TOH é igual ao número de dias permanência dividido por (número de leitos (CNES) multiplicado pelo número de dias do semestre em análise).	≥ 80% Se apresentar: <30% = 0 ≥30% a <60 = 20 ≥ 60% a <80 = 30 ≥ 80% = 50	50
9	Manter o serviço de sobreaviso dos plantonistas à distância: a) Apresentação de escalas de plantão diária por especialidades; b) Anotações dos atendimentos realizados no prontuário pelo plantonista.	SIM a) 50 b) 50	100
10	Segurança do Paciente:		



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

	a) Possui Plano de Segurança do Paciente atualizado (o Plano de Segurança do Paciente deverá ser revisado anualmente). b) Notificação de eventos adversos no sistema NOTIVISA (pelo menos um evento por mês).	SIM a) = 25 b) = 25	50
11	Cadastro do Hospital atualizado no CNES quanto aos itens: a) profissionais; b) serviços cadastrados; c) instalações físicas para assistência (urgência, ambulatório, centro cirúrgico e hospital); d) equipamentos.	SIM a) 20 b) 20 c) 20 d) 20	80
12	Existência de e/ou participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos: - Apresentar a programação semestral com o cronograma de treinamentos/capacitações para todas as equipes do hospital (administração, enfermagem, médica, nutrição, farmácia, central de materiais, central de processamento de roupas, higiene). - Verificar o cumprimento do cronograma estabelecido no semestre avaliado. - verificar o percentual de pessoal capacitado, no semestre em análise. Observação: a capacitação poderá ser interna, desenvolvida pela Direção Hospitalar, ou externa, quando realizada por outras instituições, desde que apresente comprovação e deverá abranger todos os setores/ações realizadas pela unidade de saúde.	Se apresentar: 0 a 20%=zero 21 a 35% = 20 36 a 50% = 30 51 a 70% = 40 Acima de 70% = 50	50
13	Participação na Política de Regulação de Acesso – verificar: a) preenchimento da planilha mensal de encaminhamento de pacientes; b) divulgação interna e à SMS, trimestral do relatório de monitoramento mensal da: - quantidade de solicitações de encaminhamento interhospitalar de urgência e emergência autorizadas e não autorizadas pela CERA, com respectivo procedimento solicitado e	SIM a) = 10 b) = 10	20



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

	- percentual geral de pacientes internados, encaminhados e com solicitação de encaminhamento não autorizada.		
14	Funcionamento das Comissões Hospitalares: a) Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIH) – verificar a existência dos seguintes critérios: 1- reuniões da CCIH, comprovada por meio da apresentação de regimento interno atualizado e atas bimestrais; 2- implantação de protocolos escritos sobre limpeza, desinfecção e esterilização, atualizados anualmente; 3 Protocolos de precauções padrão e rotinas de isolamento; paramentação e desparamentação atualizados anualmente; 4- Capacitação semestral aos funcionários de todos os setores sobre prevenção e controle de infecções; 5- vigilância das infecções hospitalares de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecção em pacientes que fizeram cirurgias e cesarianas, registro e notificação à Vigilância Sanitária). b) Comissão de Análise de Prontuários (constituição/regimento interno, atas das reuniões/periodicidade e recomendações à instituição).	SIM 1 = 5 2 = 5 3 = 5 4 = 5 5 = 5 b) = 20	45
15	Apresentação dos manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis nos setores. a) Cronograma de elaboração/atualização dos procedimentos operacionais padrão POP, mínimo três por trimestre. b) Apresentação dos POP, aprovados e atualizados e com ciência dos técnicos nos setores.	A) 10 B) 10	20
Pontuação das metas do eixo de gestão			415



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

METAS DO EIXO DE AVALIAÇÃO			
Nº.	Indicadores e Serviços	Metas	Pontuação
16	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: semestral. Obs.: Incluir, nos hospitais que realizam partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados.	Avaliação positiva $\geq 80\%$ De 60 a 70% = 25 $\geq 80\% = 50$	50
17	Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: semestral. Nº. de entrevistas: mínimo de 50% dos trabalhadores presentes no hospital, no dia da visita técnica. Conduta para entrevista: os Instrumentos serão entregues pela equipe de Auditoria diretamente aos colaboradores.	Avaliação positiva $\geq 80\%$ De 60 a 70% = 25 $\geq 80\% = 50$	50
18	Verificação da implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores) Fonte: registro de reunião semestral entre a Direção Administrativa e colaboradores para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Municipal, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratualizadas. Obs.: A Direção Administrativa poderá realizar uma ou mais reuniões no semestre, desde que contemple 80% ou mais dos colaboradores da instituição.	De 60 a 70% = 25 $\geq 80\% = 50$	50
19	a) apresentação de planilha mensal referente à análise das demandas depositadas em caixa de sugestões, questionário para registro de sugestões/reclamações e/ou outros mecanismos de atendimento ao usuário; b) providências adotadas pela Direção Hospitalar.	Sim a) = 40 b) = 40	80
Pontuação das metas do eixo de avaliação			230
TOTAL			1000



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

O valor definido ao cumprimento das metas qualitativas será disponibilizado ao HOSPITAL, de acordo com a análise do cumprimento das mesmas, constante nos Relatórios de Visita Técnica, emitidos pelo Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, por faixas de desempenho:

FAIXA DE DESEMPENHO (PONTUAÇÃO)	PERCENTUAL DO TOTAL DOS RECURSOS
De 0 a 200 pontos	20%
De 201 a 300 pontos	30%
De 301 a 400 pontos	40%
De 401 a 500 pontos	50%
De 501 a 600 pontos	60%
De 601 a 700 pontos	70%
De 701 a 800 pontos	80%
De 801 a 900 pontos	90%
De 901 a 1.000 pontos	100%



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

PARTE II - METAS QUANTITATIVAS

A) INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE - MAC

LEITO/ESPECIALIDADE	NÚMERO DE INTERNAÇÕES	
	META MENSAL	META ANUAL
Clínica médica	140	1680
Clínica cirúrgica	124	1488
Clínica cirúrgica ortopedia	47	564
Clínica gineco-obstétrica	41	492
Clínica pediátrica	17	204
TOTAL	353	4.236

*Metas com base no estudo de serviços prestados no ano de 2021 na produção do SIH e aprovados na base de dados do DATASUS.

B) ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE - MAC

TIPO DE ATENDIMENTO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS	
	META MENSAL	META ANUAL
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	394	4.728
0204 Diagnóstico por radiologia	925	11.100
0206 Diagnóstico por tomografia	23	276
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	72	864
0301 Consulta/Atendimento médico	7.200	86.400
0401 Cirurgias ambulatorial especializada	78	936
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	9	108
TOTAL	8.701	104.412

*Metas com base no estudo de serviços prestados no ano de 2019 nas produções do SIA aprovados na base de dados do DATASUS.

Termo de Contratualização nº 001/2020 Paranaíba-MS, 09 de junho de 2020 e respectivos Aditivos.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

ANEXO II

PESSOA FÍSICA

À

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS:

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no serviço de serviços médicos complementares, descrito nos QUADROS I E II, do Credenciamento 01/2022, objetivando a prestação de tais serviços na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS, nos termos do Credenciamento 01/2021, divulgado em ____ de ____ de 2022.

Nome: _____

Endereço Profissional: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CPF/MF: _____ CRM: _____

FONE/FAX: _____

Especialidade: _____

Venho através do presente solicitar o credenciamento para prestação de serviços médicos na Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba, MS, ao seguinte objeto:

() Quadro 1: serviços relacionados no(s) item(s) _____

() Quadro 2: serviços relacionados no(s) item(s) _____

() Quadro 3: serviços relacionados no(s) item(s) _____

Data: _____

(assinatura do Profissional)

(nome completo do Profissional)



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

ANEXO III

PESSOA JURÍDICA

À

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS:

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição para prestação de serviços médicos complementares, constantes nos QUADROS I e II, do Credenciamento 01/2022, objetivando a prestação de tais serviços na Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba, MS, nos termos do edital, divulgado em ____ de ____ de 2021, o qual firmo e aceito como Termo de Adesão, servindo este como Contrato de Prestação de serviços, sob as condições ali estipuladas, aceitas e, por mim, compromissadas.

Razão Social:

Endereço Comercial:

Cidade:

Estado:

CNPJ:

CADASTRO MUNICIPAL:

FONE/FAX:

Venho através do presente solicitar o credenciamento para prestação de serviços médicos relacionados ao seguinte objeto:

() Quadro 1: serviços relacionados no(s) item(s) _____

() Quadro 2: serviços relacionados no(s) item(s) _____

Data: Em, de de 2021.

(assinatura do representante legal da empresa solicitante)

(nome representante legal da empresa solicitante)



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DE REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

_____(qualificação completa)_____, com sede/endereço na cidade de_____, no Estado_____, situada à rua_____, nº_____, bairro_____, CEP_____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº_____, neste ato representada por seu representante legal_____, cargo_____, portador da cédula de identidade sob o nº_____, CPF sob o nº_____

DECLARA EXPRESSAMENTE, perante a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS, que o presente termo se constitui em compromisso formal do signatário, de reconhecer, concordar e acatar, em caráter irrevogável, irretratável e incondicional, que realizará os serviços médicos, assumidos neste Contrato de Adesão às condições, devidamente, estipuladas no Edital de Credenciamento.

Data: Campo Grande, MS_____ de _____ de 2022.

Nome do Representante Legal

Função



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: [**sfat2@terra.com.br**](mailto:sfat2@terra.com.br)

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

ANEXO V

PESSOA JURÍDICA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

À

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS

O interessado _____ (qualificação completa) _____, em atendimento ao disposto no artigo 37 incisos XVI e XVII da Constituição Federal **RESPONSABILIZA-SE** em coletar **DECLARAÇÃO EXPRESSA E INDIVIDUALIZADA** de que todos os seus profissionais médicos atuantes no cumprimento do objetivo deste contrato possuem compatibilidade de horários na prestação dos serviços médicos, para todos os efeitos legais.

Data: _____, _____ de _____ de 2022.

(Assinatura do representante legal da empresa solicitante)



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE

À

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS

O interessado _____ (qualificação completa) _____, **DECLARA** para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento para realização de serviços médicos, a serem prestados nas dependências da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS, que não foi declarado inidôneo para contratar com o Poder Público e Privado, em qualquer de suas esferas, nem sofreu a penalidade prevista na **Lei nº 14.133/2021**.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Data: _____, _____ de _____ de 2022.

(Assinatura do representante legal da empresa solicitante)

(Nome do representante legal da empresa solicitante)



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba - MS

CNPJ 03.163.888/0001-71

AV: DURVAL RODRIGUES LOPES, 400 – FONES (67) 3668-1255

CEP 79.500-000 PARANAÍBA – MS - Cx. P 86 - e-mail: sfat2@terra.com.br

Utilidade Pública. Federal 131, de 24/11/97

ANEXO VII PESSOA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO DISPOSTO NO ARTIGO 7º, INCISO XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

À

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba/MS

_____(qualificação completa)_____, inscrita no CNPJ/MF nº_____, por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr(a)_____, portador (a) do documento de identidade RG nº_____, emitido pela SSP/_____, e do CPF nº_____

DECLARA, sob as penas da Lei, para fins do disposto na **Lei nº 14.133/2021 e demais legislações correlatas**, que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre.

Se for o caso: Ressalva, ainda, que emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

Data: _____, _____ de _____ de fevereiro 2022.

Nome do Representante Legal

Função