



EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 008/2016

Processo nº 24.167/16

O MUNICÍPIO DE FRANCA, ESTADO DE SÃO PAULO, convida aos interessados em prestar serviços profissionais para a Secretaria Municipal de Saúde de Franca, na área de **ASSISTÊNCIA ODONTOLOGIA**, a serem prestados aos Serviços de Saúde do Município, ao preço da Tabela Unificada do SUS (Sistema Único de Saúde), a se credenciarem na Prefeitura Municipal de Franca, junto à Coordenadoria de Compras e Licitações, na Rua Frederico Moura, 1517, Paço Municipal, Prédio da Antiga Câmara Municipal, Sala 3, até o dia 13 de julho de 2016, às 16:00 horas.

1. CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

1.1- As empresas interessadas em prestar serviços na área de **ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**, pelo prazo de 12 (doze) meses, prorrogáveis de acordo com previsão legal, poderão se credenciar objetivando a prestação de serviços profissionais odontológicos correspondentes às áreas de dentística, cirurgia oral menor, cirurgia buco- maxilo- facial, diagnóstico (biópsias, radiologia e semiologia) , odontologia preventiva e social, prótese total, prótese removível, prótese fixa, prótese adesiva, prótese buco- maxilo- facial, endodontia, periodontia, odontopediatria, ortodontia preventiva e pronto atendimento odontológico, completando a oferta de atendimento da rede pública e de acordo com as necessidades da mesma.

1.2- Definem-se os procedimentos pelos itens constantes da Tabela Unificada de procedimentos do SUS - Sistema Único de Saúde.

1.3- As empresas interessadas deverão apresentar a documentação abaixo, em original ou por cópia autenticada em tabelionato ou pelos servidores da Divisão de Compras e Licitações.

2) DAS EXIGÊNCIAS PARA O CREDENCIAMENTO - DOCUMENTAÇÃO

2.1- Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

2.2- Prova de inscrição no cadastro geral de contribuintes (CNPJ);

2.3- Prova de regularidade ao fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS) mediante apresentação de certificado de regularidade fornecido pela Caixa Econômica Federal;

2.4- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede da pessoa jurídica mediante certidão negativa de tributos;

2.5- Prova de regularidade relativa a Previdência Social mediante certidão negativa de débito (CND do INSS);



2.6- Certidão negativa de falência e concordata, emitida pelo distribuidor do foro da sede do licitante;

2.7- Comprovação do registro da empresa e da inscrição do profissional técnico responsável, legalmente habilitado, no Conselho Regional de Odontologia, fornecendo o número do registro e outros documentos pertinentes. As exigências se aplicam a todos os profissionais técnicos responsáveis, caso ocorra mais de um profissional;

2.8- Alvará de localização e funcionamento fornecido pelo Município.

2.9- Alvará de funcionamento do estabelecimento e do equipamento de radiodiagnóstico emitidos pela Vigilância Sanitária Municipal;

2.10- Declaração firmada por servidor responsável pela área de pessoal da Prefeitura Municipal de Franca de que o prestador ou nenhum dos responsáveis pela pessoa jurídica ou seus sócios são servidores municipais contratados por concursos ou por outra forma ou nomeados para cargos em comissão, com ou sem remuneração; No caso dos administradores de instituições filantrópicas, que eventualmente sejam servidores públicos, a Declaração deverá ser no sentido de que os mesmos não são ligados diretamente à Administração Pública do Município de Franca, e os que pertençam a autarquia de ensino, deverá ser declarado que a mesma possui objeto totalmente diferente do licitado.

2.11- Declaração dos responsáveis pela pessoa jurídica de que não possuem cargos de direção ou chefia em órgão público vinculado ao SUS;

2.12- RG e CPF dos responsáveis pelas atividades;

2.13- Declaração de que possui o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, informando o respectivo número;

2.14- Croquis das instalações do local onde o serviço será prestado, com identificação de cada área, constando a localização de todas as cadeiras odontológicas, autoclaves, lavatórios e pias.

3) CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1- É vedado:

3.1.1- O credenciamento de empresas cujos proprietários façam parte do quadro permanente de servidores do Município;

3.2- O credenciamento somente será efetivado após aprovação, conforme parâmetros do SUS, do Ministério da Saúde, pelos órgãos técnicos da Administração Municipal, da capacidade técnica e operacional, equipamentos e instalações e de toda documentação apresentada pelo pretenso credenciado.



3.3- O Município reserva-se no direito de fiscalizar e acompanhar de forma permanente, através da Secretaria Municipal de Saúde ou Comissão designada para a finalidade, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

3.4- A empresa deverá apresentar mensalmente, relatório com as guias de requisição emitidas pelas Unidades de Saúde do Município, devidamente autorizadas, constando a identificação do paciente, os procedimentos realizados, que serão entregues na Unidade de Avaliação e Controle – UAC, a disposição para conferência;

3.5- A Secretaria Municipal de Saúde realizará avaliação dos serviços prestados pelas empresas credenciadas;

3.6- As instalações físicas deverão preencher todos os requisitos e normas da Vigilância Sanitária.

3.7- As instalações físicas deverão estar localizadas em local de fácil acesso, servido por ônibus urbanos, apresentando estrutura física com acessibilidade em todas as áreas de atendimento.

3.8- A empresa credenciada deverá possuir condições técnicas para oferecer atendimento global às necessidades dos pacientes uma vez admitidos.

4 - DO PAGAMENTO

4.1- O pagamento dos procedimentos será feito de acordo com os valores estabelecidos pela Tabela Unificada do SUS.

4.2- O pagamento será efetuado após conferência do faturamento pela UAC - Unidade de Avaliação e Controle, referente à competência indicada.

5 - DO PESSOAL DO CREDENCIADO

Será de responsabilidade exclusiva e integral da empresa credenciada a utilização de pessoal legalmente habilitado para execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município;

6 - FORMALIZAÇÃO

6.1- O credenciamento será formalizado mediante Termo próprio anexado ao presente, contendo as Cláusulas e condições previstas neste Edital.

JOSÉ CONRADO DIAS NETTO
Secretário Municipal de Saúde



MINUTA

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº _____ /2016

Processo nº 24.167/16

Termo de credenciamento para contratação de empresa para prestação de serviços de **ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado o Município de Franca, CNPJ nº 47.970.769/0001-04, com sede nesta cidade de Franca, Estado de São Paulo, na Rua Frederico Moura nº 1517, doravante designado **CRENCIANTE**, neste ato representado, por delegação do Sr. Prefeito Municipal através de Decreto nº de, o Sr. Secretário Municipal de Saúde,

_____, e, _____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, situada na _____, na cidade de _____, doravante denominado **CRENCIADO**, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, de conformidade com a Lei nº 8.666/ 93 e suas alterações posteriores, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO E RESPECTIVOS VALORES

I - O presente Termo tem por objeto a contratação de empresa para prestar serviços de saúde, na área de **ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA** com respectivo pagamento de acordo com a Tabela Unificada do SUS exclusivamente aos usuários residentes no município de Franca.

II - Definem-se como procedimentos odontológicos os elementos constantes da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS.

III – Os procedimentos a serem contratados, com respectivos valores a serem pagos e quantidades estimadas mensais são os seguintes:

ESTIMATIVA MENSAL DE PRODUÇÃO ODONTOLÓGICA

CÓDIGO SUS	NOME DO PROCEDIMENTO	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
01.01.01.001-0	ATIVIDADE EDUCATIVA/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	5	R\$ 2,70	R\$ 13,50
01.01.01.002-8	ATIVIDADE EDUCATIVA/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	5	R\$ 2,70	R\$ 13,50
01.01.02.001-5	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO DE FLUOR GEL	5	R\$ 2,70	R\$ 13,50
01.01.02.002-3	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO DE BOCHECHO FLUORADO	5	R\$ 2,70	R\$ 13,50
01.01.02.003-1	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	5	R\$ 2,70	R\$ 13,50
01.01.02.004-0	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	2	R\$ 2,70	R\$ 5,40



PREFEITURA DE FRANCA

Secretaria de Saúde
Divisão Administrativa



01.01.02.005-8	APLICAÇÃO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	20	R\$ 0,64	R\$ 12,80
01.01.02.006-6	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	70	R\$ 0,64	R\$ 44,80
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	40	R\$ 0,64	R\$ 25,60
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	150	R\$ 0,59	R\$ 88,50
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA	180	R\$ 0,64	R\$ 115,20
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DE TECIDOS MOLES DA BOCA	5	R\$ 14,29	R\$ 71,45
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	10	R\$ 3,51	R\$ 35,10
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	15	R\$ 9,03	R\$ 135,45
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	340	R\$ 1,75	R\$ 595,00
02.04.01.020-9	TELERRADIOGRAFIA COM OU SEM TRAÇADOS	2	R\$ 6,44	R\$ 12,88
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	950	R\$ 6,30	R\$ 5.985,00
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA PROGRAMÁTICA	150	R\$ 1,50	R\$ 225,00
03.01.06.006-1	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	180	R\$ 11,00	R\$ 1.980,00
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR	20	R\$ 1,74	R\$ 34,80
03.07.01.002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECIDUO	80	R\$ 2,05	R\$ 164,00
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	70	R\$ 2,05	R\$ 143,50
03.07.01.004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	80	R\$ 2,05	R\$ 164,00
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	30	R\$ 1,74	R\$ 52,20
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	80	R\$ 1,74	R\$ 139,20
03.07.02.003-7	OBTURACAO DE DENTE DECIDUO	10	R\$ 5,59	R\$ 55,90
03.07.02.004-5	OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	10	R\$ 5,71	R\$ 57,10
03.07.02.005-3	OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE C/ TRES OU MAIS RAIZES	10	R\$ 6,95	R\$ 69,50
03.07.02.006-1	OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	10	R\$ 4,41	R\$ 44,10
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTARIA	10	R\$ 1,74	R\$ 17,40
03.07.02.008-8	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	2	R\$ 5,71	R\$ 11,42
03.07.02.009-6	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAIZES	2	R\$ 6,95	R\$ 13,90
03.07.02.010-0	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	2	R\$ 4,41	R\$ 8,82
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR	2	R\$ 2,56	R\$ 5,12
03.07.03.001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	90	R\$ 2,13	R\$ 191,70
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	80	R\$ 2,13	R\$ 170,40
03.07.03.003-2	RASPAGEM CARONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	10	R\$ 1,24	R\$ 12,40
03.07.04.001-1	COLOCACAO DE PLACA DE MORDIDA	2	R\$ 1,59	R\$ 3,18
03.07.04.003-8	INSTALACAO E ADAPTACAO DE PROTESE DENTARIA	10	R\$ 0,59	R\$ 5,90
03.07.04.004-6	MANUTENCAO / CONserto DE APARELHOS ORTODONTICOS	15	R\$ 1,59	R\$ 23,85
03.07.04.006-2	MANUTENCAO PERIODICA DE PROTESE BUCO-MAXILO-FACIAL	2	R\$ 1,16	R\$ 2,32
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO- GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	40	R\$ 0,59	R\$ 23,60
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA	8	R\$ 1,16	R\$ 9,28



04.01.01.008-2	FRENECTOMIA	2	R\$ 1,32	R\$ 2,64
04.01.07.015-3	PRÓTESE DENTÁRIA SOBRE IMPLANTE	2	R\$300,00	R\$ 600,00
04.14.02.001-4	ALVEOLOMIA/ ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTÁRIO)	2	R\$ 12,98	R\$ 25,96
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	2	R\$ 21,92	R\$ 43,84
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	2	R\$ 21,92	R\$ 43,84
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL	4	R\$ 21,92	R\$ 87,68
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	2	R\$ 12,98	R\$ 25,96
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	20	R\$ 1,32	R\$ 26,40
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	50	R\$ 1,32	R\$ 66,00
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	2	R\$ 15,02	R\$ 30,04
04.14.02.016-2	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	2	R\$ 12,98	R\$ 25,96
04.14.02.022-7	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO- LABIAL	2	R\$ 19,18	R\$ 38,36
04.14.02.025-1	REMOÇÃO DE CISTO	2	R\$ 19,18	R\$ 38,36
04.14.02.026-0	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL	2	R\$ 19,18	R\$ 38,36
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO/ IMPACTADO)	2	R\$ 22,72	R\$ 45,44
04.14.02.028-6	REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL	6	R\$ 11,36	R\$ 68,16
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES	2	R\$ 11,36	R\$ 22,72
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	3	R\$ 12,98	R\$ 38,94
04.14.02.038-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	2	R\$ 1,32	R\$ 2,64
04.14.02.040-5	ULOTOMIA	2	R\$ 1,74	R\$ 3,48
04.14.02.042-1	IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO	2	R\$ 260,10	R\$ 520,20
04.14.02.022-2	APICECTOMIA COM E SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	2	R\$ 21,92	R\$ 43,84
07.01.07.001-3	APARELHO FIXO BILATERAL P/ FECHAMENTO DE DIASTEMA	2	R\$ 10,00	R\$ 20,00
07.01.07.002-1	APARELHO ORTOPÉDICO E ORTODONTICO REMOVIVEL	4	R\$ 60,00	R\$ 240,00
07.01.07.005-6	COROA PROVISORIA	20	R\$ 23,54	R\$ 470,80
07.01.07.006-4	MANTENEDOR DE ESPACO	4	R\$ 1,59	R\$ 6,36
07.01.07.007-2	PLACA OCLUSAL	4	R\$ 23,54	R\$ 94,16
07.01.07.008-0	PLANO INCLINADO	2	R\$ 1,59	R\$ 3,18
07.01.07.009-9	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	12	R\$ 60,00	R\$ 720,00
07.01.07.010-2	PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	10	R\$ 60,00	R\$ 600,00
07.01.07.011-0	PROTESE TEMPORARIA	2	R\$ 24,15	R\$ 48,30
07.01.07.012-9	PROTESE TOTAL MANDIBULAR	12	R\$ 60,00	R\$ 720,00
07.01.07.013-7	PROTESE TOTAL MAXILAR	12	R\$ 60,00	R\$ 720,00
07.01.07.014-5	PROTESES CORONARIAS / INTRA-RADICULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO)	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00

Total/mês.....R\$17.504,89

CLAUSULA SEGUNDA – DAS QUANTIDADES

I – As quantidades estimadas de procedimentos a serem realizados poderão sofrer uma variação de até 30% (Trinta por cento), para mais ou para menos, conforme a demanda.



II - Valor estimado (média mensal) para pagamento: R\$ 22.756,36 (Vinte e dois mil, setecentos e cinquenta e seis reais e trinta e seis centavos), **anual de R\$ 273.076,29** (Duzentos e setenta e três mil sessenta e seis reais e vinte e nove centavos)

- A solicitação dos procedimentos e respectivo encaminhamento por escrito serão feitos em impresso próprio da Secretaria Municipal de Saúde, pelas Unidades de Saúde, de acordo com a avaliação técnica do caso e a disponibilização de vagas conforme pactuado previamente.
- O prestador deverá disponibilizar guia de contra referência (Modelo no Anexo I) a todos os pacientes que necessitarem de seguimento do tratamento nas Unidades de Saúde do Município.

II - O prestador deverá disponibilizar atendimento, no mínimo, de segunda à sexta-feira, inclusive pronto-atendimento, das 7:00 às 18:00 horas, visando atender às demandas aos usuários do SUS;

CLAUSULA TERCEIRA – DA APROVAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

I – A análise e a aprovação dos documentos apresentados pelos interessados, visando o credenciamento de que trata o presente Termo, serão feitas através da ação conjunta da Copel e Técnicos do Serviço da Unidade de Avaliação e Controle, os quais poderão fazer diligências com relação à documentação apresentada e realizar visitas, previamente agendadas, para verificação das instalações da Clínica Odontológica a ser credenciada;

II – A classificação do credenciado será definida mediante avaliação “in loco” da estrutura oferecida, levando-se em consideração detalhes como atendimento, equipe técnica, tipo de procedimentos oferecidos, equipamentos, horário de funcionamento ou outros, considerados relevantes por ocasião da visita realizada pela equipe técnica designada pela Secretaria Municipal de Saúde, para esse fim. Os dados de cada estabelecimento serão dispostos em formulário próprio e integram o presente Termo, sob o título MODELO DE FORMULARIO DE VISITA.

CLAUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS

I – Os credenciados se obrigam a cumprir as seguintes exigências:

- a) – Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- b) - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- c) - Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- d) - Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
- e) - Não efetuar nenhum tipo de cobrança dos pacientes oriundos da rede pública municipal de Franca que tenham sido por ela encaminhados.



II - Notificar o MUNICIPIO, por sua instância situada na jurisdição do Credenciado de eventual alteração de seus estatutos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos.

CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

I - O credenciamento de que trata o presente termo terá o prazo de validade de 12 (doze) meses, a contar da sua publicação, o qual poderá ser renovado, por períodos iguais e sucessivos, não ultrapassando o limite de 60 (sessenta) meses, de acordo com as condições a serem estabelecidas pela Prefeitura Municipal de Franca, para atualização dos seus documentos;

II - Sem embargo desse prazo de validade, o credenciamento poderá ser cassado, a qualquer tempo, caso ocorram mudanças das condições exigidas para o mesmo, após ser outorgado às empresas credenciadas o prazo de (10) dez dias, para regularização ou apresentação de defesa;

III - O credenciamento da empresa não gera exclusividade do seu atendimento ao paciente.

CLÁUSULA SEXTA – DA FORMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

I - As requisições de procedimentos serão encaminhadas em impresso próprio da Secretaria Municipal de Saúde, oriundos das Unidades de Saúde.

CLÁUSULA SETIMA – DOS PREÇOS E REAJUSTES

I – A Credenciante pagará ao Credenciado o valor do importe estabelecido pelo Ministério da Saúde, conforme a lista de procedimentos e respectivos valores especificados na CLÁUSULA PRIMEIRA – Item IV, do presente documento.

II - Ocorrendo eventuais alterações na tabela de serviços, promovidas pela direção nacional do SUS, a mesma poderá ser alterada e os valores previstos para pagamento do Credenciado poderão ser reajustados, por acordo, com as devidas justificativas, nos termos do expressamente disposto no artigo 65, inciso II, letra “d” da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, com a redação que lhe foi dada pela Lei n.º 8.883, de 08 de junho de 1994.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos do presente credenciamento oneram os recursos do Fundo Municipal de Saúde previstos na seguinte classificação programática:

020802 - Secretaria Municipal de Saúde.

103022035 – Assistência hospitalar e Ambulatorial – SUS

2274 BLOCO M.A.C. - Manut.Ativid.Média e Alta Complexidade

33903900 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

Parágrafo Único - Não haverá viabilização prévia, tendo em vista a variação mensal da produção. A mesma é mensalmente auditada pela Unidade de Avaliação e Controle (UAC), informada no Sistema



de Faturamento e repassada após conferência, ocorrendo variação tanto no total produzido, como também nas produções individuais de cada credenciado.

CLÁUSULA NONA – DO PAGAMENTO

Os pagamentos serão efetuados de acordo com a Tabela do SUS, na quantidade e tipos de procedimentos realizados, segundo a lista de procedimentos e respectivos valores especificados na CLÁUSULA PRIMEIRA do presente documento, tendo como parâmetro o Resumo dos valores Aprovados no Sistema de Informação Hospitalar Ambulatorial – SIA.

O pagamento será efetuado após conferência do faturamento pela UAC - Unidade de Avaliação e Controle, referente à competência indicada.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

I - O Credenciado deverá manter, durante a vigência deste Termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

II - O Município reserva-se no direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder o descredenciamento, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

III - O credenciado deverá possuir empresa de fácil acesso no território do Município;

IV - Não poderá fazer parte do quadro social do Credenciado, sob pena de rescisão deste Termo, servidor público contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município Credenciante;

V – É vedado ao Credenciado realizar a transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo.

CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CREDENCIADO

I - Requerer previamente ao Município toda e qualquer alteração nas condições verificadas quando do credenciamento, somente procedendo à alteração após autorização, que será concedida exclusivamente se for compatível com as obrigações, condições e qualificações exigidas neste Termo;

II - O Credenciado é responsável pela indenização ao paciente, ao Município e a terceiros a eles vinculados, por danos materiais e morais a que der causa em razão de dolo, negligência, imperícia ou imprudência de seus profissionais, empregados, contratados e prepostos.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA – DA FISCALIZAÇÃO

I - A prestação de serviços será objeto de avaliação e controle permanentes, por meio de



acompanhamento e fiscalização diretos ou indiretos, por técnicos ou prepostos designados pelo Município, para que se verifique o cumprimento das condições ora estabelecidas, o movimento de atendimentos e quaisquer outros dados necessários;

II - O Credenciado facilitará o acompanhamento e fiscalização permanente dos serviços, informando sobre qualquer ocorrência que fuja à normalidade prevista no presente contrato e atendimento prontamente, às suas expensas, a quaisquer solicitações ou exigências, de caráter geral ou específico, dos órgãos do Município, dos técnicos indicados ou do Conselho Municipal de Saúde;

III - O Município se reserva no direito de rejeitar, no todo ou em parte o serviço, se em desacordo com os parâmetros do SUS ou com os termos do presente instrumento;

IV - O direito de acompanhamento e fiscalização do Município não exime o credenciado de sua responsabilidade junto ao próprio Município, ao público e aos órgãos do SUS.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DENÚNCIA

Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente credenciamento, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias, ficando vedada, neste prazo a interrupção das atividades, ações e serviços que possam causar prejuízos à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 dias para o encerramento deste credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

I - Constituem motivos para rescisão do presente Credenciamento:

- a) Os enumerados nos artigos 77 a 80 da lei nº 8.666/93;
- b) Pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pelo Credenciante;
- c) pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, avaliação e auditoria pelos órgãos competentes da Secretaria Municipal de Saúde ou do Ministério da Saúde;
- d) pela não entrega dos relatórios mensais e anuais;
- e) pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde;
- f) O desinteresse do credenciado, desde que da rescisão não haja prejuízo do atendimento à população, segundo critério do Município e que seja feita comunicação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias por escrito.

Parágrafo único. O Conselho Municipal de Saúde deverá manifestar-se sobre a rescisão deste credenciamento, avaliando os prejuízos que esse fato poderá acarretar para a população.

CLAUSULA DECIMA QUINTA – DAS PENALIDADES

I – Aplicam-se, com relação a penalidades nos casos de infração ou inexecução total ou parcial do



presente credenciamento, as sanções previstas no Manual de auditoria do SUS e Leis nº 8.666/ 93; 8080/ 90 e 8142/ 90 e suas alterações posteriores;

II – Na aplicação de qualquer sanção será garantida a prévia defesa, no prazo de 10 (dez) dias úteis da comunicação de falta, feita pelo município.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

I – O inadimplemento, por qualquer Credenciado, das obrigações constantes do presente credenciamento, o qual ele expressamente aderiu, implica no seu imediato descredenciamento, sem prejuízo das sanções estabelecidas no artigo 87, da lei 8.666/ 93.

Obs.: A suspensão ou rescisão contratual, ainda que em caso de aplicada como sanção, submeter-se-á sempre a análise de viabilidade pelo Município em razão da possibilidade de prejuízo do atendimento à população;

II - O Município manterá, para fins de arquivo e controle, a documentação referente a cada um dos credenciados em pasta própria, específica e exclusiva, arquivada junto à Divisão de Licitações e Compras;

III – Dos atos decorrentes da aplicação das cláusulas expressas no presente instrumento caberão recursos ao Secretário Municipal de Saúde e ao Prefeito Municipal nos termos do artigo 109 da lei nº 8.666/93;

V – As situações técnicas não previstas neste Termo de Credenciamento serão avaliadas e conduzidas pela Equipe Técnica e pela Unidade de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde;

VI - O presente Termo somente terá validade depois de assinado pelo Prefeito Municipal ou responsável designado;

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

I – O município providenciará a publicação, às suas expensas, na imprensa oficial, de texto contendo o extrato do presente instrumento, em conformidade com a lei.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Franca para dirimir dúvidas oriundas deste Termo de Credenciamento, quando não solvidas administrativamente pelos partícipes, nem pelo Conselho Municipal de Saúde.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em seis (04) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, na presença das testemunhas infra-assinadas.



JOSÉ CONRADO DIAS NETTO
Secretário Municipal de Saúde

Testemunhas:



**MODELO DE FORMULÁRIO DE VISITA
Clínica Odontológica**

	Sim	Não	N/A
1. Ambientes de Apoio			
1.1 Sala de espera:			
Ambiente dotado de sistema de ventilação natural ou artificial?			
Paredes constituídas de material liso, lavável, impermeável e resistente a desinfetantes?			
Possui área suficiente para conforto das pessoas?			
1.2 DML			
Possui Depósito para Material de Limpeza (sala) provido de tanque e água corrente.			
1.3 Possui vestiário com armário individual para guarda das roupas e pertences pessoais dos trabalhadores?			
1.4. Sanitários:			
Possui Sanitários distintos para clientes e trabalhadores?			
Nos sanitários as lixeiras são com tampas acionadas sem contato manual?			
Os lavatórios estão providos de sabonete líquido, toalhas de uso único e lixeiras com tampa acionada sem contato manual?			
1.5. Copa			
Os trabalhadores fazem seus lanches no estabelecimento?, Caso positivo – a copa é uma sala exclusiva, com pia e lavatório?			
2. Sala de Atendimento (Consultório)			
2.1 Estrutura Física			
Paredes e piso constituídas de material liso, lavável, impermeável e resistente ao processo de limpeza e desinfecção?			
A área de atendimento do consultório possui, no mínimo, 9 m ² por cadeira?			
A área de escrituração/guarda de prontuários está distinta da área de atendimento?			
2.2 Avaliação dos Equipamentos			
O compressor está instalado em área limpa, com tomada de ar externo?			
Condições adequadas do equipamento de ar condicionado(limpeza, troca de filtros)?			
Tubulações embutidas ou protegidas, de forma que impeça o acúmulo de sujidades?			
Possui lavatório exclusivo para higiene das mãos, providos de sabonete líquido degermante, toalhas de uso único e lixeiras com tampa acionada sem contato manual?			
O sistema de acionamento da torneira é sem contato manual?			
Superfícies do Equipamento odontológico íntegras e limpas?			
Equipamentos complementares (fotopolimerizador, amalgamador, ultra-som, etc.) com superfícies limpas?			
Sugador de saliva e ar comprimido providos de pontas descartáveis?			
Mocho odontológico com superfícies impermeáveis, íntegras e limpas?			
Refletor odontológico com boa iluminação, limpo e funcionando?			
Cuspideira com água corrente, sem vazamentos na junção ou ao longo da tubulação?			
As pontas de trabalho do equipamento odontológico (Canetas de alta e baixa rotação, contra-ângulo, seringa tríplice, micro-motor tríplice) se encontram limpos?			
3. Procedimentos de prevenção			
Realiza rotineiramente, além de limpeza, a desinfecção das superfícies (dos móveis e equipamentos) com álcool 70% ou outro desinfetante?			
Faz uso de barreiras impermeáveis e descartáveis (filmes de PVC) nas			



superfícies com troca entre os atendimentos: cadeira, pontas, refletor, etc)?			
Utilizam luvas descartáveis, máscara, gorro e protetor ocular?			
Utiliza jaleco com ajuste ao pescoço, mangas compridas e exclusivo no ambiente de trabalho?			
As brocas são esterilizadas por meio de calor (seco ou úmido)			
4. Processamento de Artigos			
Limpeza			
Possui pia exclusiva para a lavagem dos materiais?			
Método de limpeza dos artigos: Escovação manual () Ultrassônica ()			
O detergente que faz uso é específico para artigos de saúde ("hospitalar")?			
Empacotamento:			
O material utilizado para empacotar os artigos é de uso para EAS?			
Os pacotes são totalmente fechados, não havendo partes abertas?			
Os pacotes estão datados e assinados pela pessoa responsável pelo empacotamento?			
São empacotados para uso individual?			
Esterilização			
Faz controle de tempo e temperatura de esterilização, de acordo com o equipamento utilizado?			
Realiza controle de qualidade da esterilização: testes físicos, químicos e biológicos?			
O teste biológico é realizado, no mínimo 1 vez por semana, e há registro em planilha da sua execução e seus resultados?			
Caso proceda esterilização e ou desinfecção química, possui local adequado com ventilação e utiliza os EPI 's recomendados pelo Manual de Processamento de Artigos e. e Superfícies do MS -1994?			
Armazenamento			
São armazenados em armário fechado, limpo e seco, afastados de lavatórios ou locais úmidos?			
O prazo de validade da esterilização é controlado?			
5. Radiologia			
Realiza levantamento radiométrico de 4 – 4 anos?			
Realiza testes de controle de qualidade periodicamente (teste de constância)?			
O equipamento de radiografia intra-oral encontra-se instalado em local que permita à equipe manter uma distância do cabeçote e do paciente de, pelo menos, 2 metros?			
Possui vestimenta plumbífera em bom estado de conservação e uso (proteção de tronco, tireóide e gônadas)?			
A vestimenta plumbífera está preservada sobre superfície horizontal ou suporte apropriado, que não danifique a "lâmina" de chumbo?			
O revelador e o fixador são descartados conforme definido na legislação?			
Possui quadro em local visível orientando o paciente e/ou acompanhante a exigir o uso correto de vestimenta plumbífera?			
6. Materiais de Consumo			
Os produtos utilizados estão dentro do prazo de validade?			
Os produtos e materiais utilizados são registrado no MS?			
7. Moldes para Laboratório			
Realiza descontaminação de moldes e modelos para encaminhamento ao laboratório de prótese?			
8. Resíduos			



O recipiente para descarte dos resíduos perfuro-cortantes está acondicionado em suporte exclusivo, em altura que permita a visualização para o descarte (Port. 485/05)?			
No consultório há lixeiras distintas para o descarte do lixo contaminado e do lixo comum, com o acondicionamento/identificação diferenciados?			
Os resíduos de mercúrio/amálgama são acondicionados em recipiente inquebrável, com tampa, contendo água em seu interior e descartados conforme preconiza a RDC 306/04??			
Possui um programa de gerenciamento dos resíduos com um responsável pela sua execução?			
O transporte dos resíduos infectantes (sacos e perfuro-cortantes), do consultório para o local de armazenamento externo, é feito em recipiente (caixas/carrinho) fechado?			
9. Documentos			
Possui normas e rotinas do estabelecimento escritas e disponíveis no local?			
Possui comprovante de recolhimento, transporte e destinação final dos resíduos de saúde?			
Os profissionais de saúde estão vacinados contra tétano, difteria e Hepatite B?			
A última desinsetização e desratização está na validade?			
Comprova limpeza de caixa d'água de 6 – 6 meses?			
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	S	N	NA
Possui reservatório - Cisterna () Caixa d'água ()			
Sistema público de abastecimento			
Ponteira/Poço com Tratamento			
SISTEMA DE ESGOTO	S	N	NA
Fossa e sumidouro/filtro			
Ligado à rede pública de coleta			
ACONDICIONAMENTO E DESTINO DO LIXO	S	N	NA
Resíduos de serviços de saúde, classificados como “infectante” está acondicionado em saco plástico branco leitoso, de acordo com o preconizado na legislação sanitária?			
Utiliza serviço especial de coleta de lixo?			
Local específico para o armazenamento temporário dos resíduos infectantes?			
Local para o armazenamento do lixo junto ao alinhamento frontal, não obstruindo o passeio público			
Os resíduos (lixo) comum estão acondicionados em dispositivos específicos, identificados, devidamente fechados em local limpo e com freqüente manutenção?			
Possui contentores providos com tampas e rodas? São diferenciados por cores de acordo com o tipo de lixo?			
Utiliza dos serviços de coleta do município?			
O tempo de permanência dos contentores nos logradouros públicos é cumprido: Coleta diurna: até duas horas antes da coleta e duas horas depois; Coleta após às 18 horas os contentores deverão ser retirados até as 7 horas do dia seguinte.			

Assinatura dos Auditores: 1 _____

2 _____

3 _____

Data: ____ / ____ / ____



Serviços de assistência em Saúde Bucal

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Da Unidade-----Para-----

NOME DO USUÁRIO: -----Telefone-----

CARTÃO SUS:

MCV :

Relatório de procedimentos realizados

Diagnóstico- conduta terapêutica - medicação prescrita - exames complementares

Plano de cuidado

Orientações :

O paciente foi orientado a procurar a Unidade de origem em até ----- dias.

Local e data

Cirurgião Dentista/ carimbo