

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA
PARCERIA COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL
E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 005/2022**

1. INTRODUÇÃO

1.1. O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, por meio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, consoante o disposto no artigo 5º, §2º da Lei Municipal nº 5.026/2009 e no artigo 9º do Decreto Municipal nº 30.780/2009, torna público que fará realizar CONVOCAÇÃO PÚBLICA para firmar Contrato de Gestão (Anexo I) com entidade qualificada como Organização Social no âmbito deste Município, tendo por objeto o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) no âmbito da Área Programática (AP) 1.0** localizada no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, devidamente descrito, caracterizado e especificado nos Anexos Técnicos e no Projeto Básico, partes integrantes deste Edital. A AP 1.0 compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Cumprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama. O processo seletivo destinado à celebração da referida parceria é aberto a todas as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos cujas atividades sejam dirigidas à Saúde, e que estejam qualificadas como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

1.2. A presente convocação pública visa à seleção do melhor programa de trabalho, de acordo com os critérios estabelecidos no presente edital, que deverá estar em conformidade com o Projeto Básico (Anexo II).

1.3. O presente processo de seleção se rege por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.209/2016, nº 41.210/2016, nº 41.211/2016, nº 41.212/2016, nº 41.213/2016, nº 41.214/2016, nº 41.215/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 45.632/2019, nº 46.029/2019, nº 47.552/2020, Resoluções CGM nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016 e, no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições deste Edital e de seus anexos, normas que os participantes declaram que conhecem e que a elas se sujeitam incondicional e irrestritamente.

1.4. A participação da Organização Social nesta convocação pública implica a aceitação integral e irretratável dos termos, cláusulas, condições e anexos deste instrumento, que integrarão o Contrato de Gestão como se transcritos, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas e legislações aplicáveis. Não serão aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase da convocação pública e da execução do Contrato de Gestão.

1.5. As retificações do Edital obrigarão todas as participantes e serão divulgadas pelos mesmos meios de divulgação do Edital.

1.6. A convocação pública a que se refere este Edital poderá ser adiada, revogada por razões de interesse público ou anulada, sem que caiba aos participantes qualquer direito à reclamação ou à indenização por estes motivos, de acordo com a principiologia que decorre do artigo 387 do RGCAF c/c o artigo 49 da Lei Federal nº 8.666/93.

1.7. O Edital e seus anexos serão disponibilizados no sítio (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/contratos-de-gestao-e-convenios>), bem como no endereço da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Prédio Principal - 8º andar - Sala 813 - Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, telefone (21) 3917-1472, das 9 às 17 horas, podendo os interessados comparecer munidos de *pen drive* para gravação dos arquivos.

1.7.1. A versão impressa do Edital e de seus anexos poderá ser adquirida mediante o pagamento de sua reprodução gráfica, que deverá ser por pagamento de DARM (Documento de Arrecadação Municipal) em favor da Secretaria Municipal de Fazenda, conforme condições e valores estabelecidos na Resolução Conjunta CGM/SMA/SMF Nº 70, de 10 de maio de 2013. Neste caso, quando da retirada da versão impressa do Edital e de seus anexos, a Organização Social deverá apresentar cópia do recibo bancário S/SUBG, que providenciará as cópias.

1.8. Os interessados poderão solicitar, por escrito, esclarecimentos acerca do objeto deste Edital ou interpretação de qualquer de seus dispositivos em até 5 (cinco) dias anteriores à data limite para manifestação expressa de interesse em firmar contrato de gestão descrita no subitem 5.01. Os pedidos de esclarecimentos deverão ser encaminhados aos cuidados da Comissão Especial de Seleção e protocolados no endereço da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Prédio Principal - 8º andar - Sala 801 - Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, telefone (21) 2976-1662, das 9 às 17 horas.

1.8.1. Caberá à Comissão Especial de Seleção, designada por intermédio da **Resolução SMS nº 5316 de 15 de março de 2022**, responder aos pedidos esclarecimentos no prazo de até 3 (três) dias úteis antes da realização da sessão de recebimento e de abertura de envelopes, com a divulgação da resposta pela mesma forma que se deu publicidade ao presente Edital.

1.9. Os interessados poderão formular impugnações ao Edital em até 2 (dois) dias úteis anteriores à abertura da sessão de recebimento e de abertura de envelopes, no seguinte endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Prédio Principal - 8º andar - Sala 801 - Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, telefone (21) 2976-1662, das 9 às 17 horas. Decairá do direito de impugnar o Edital perante a Administração o participante que não o fizer tempestivamente.

1.9.1. As Impugnações deverão ser decididas pela Comissão Especial de Seleção em até 1 (um) dia antes da sessão de recebimento e de abertura de envelopes, com a divulgação da decisão pela mesma forma que se deu publicidade ao presente Edital.

1.9.2. Não serão aceitas impugnações ao Edital encaminhadas por serviço postal, e-mail ou fac-símile.

1.10. O processo seletivo não prosseguirá nos atos ulteriores até que sejam prestados os esclarecimentos ou respondidas às impugnações existentes. Oferecida à resposta da Administração nos prazos indicados nos itens 1.8.1 e 1.9.1, a sessão de recebimento e abertura de envelopes será realizada no mesmo horário e local indicados neste Edital, salvo quando houver designação expressa de outra data pela Comissão Especial de Seleção a ser publicada no Diário Oficial.

2. OBJETO

2.1. O objeto da presente convocação pública é a celebração de Contrato de Gestão do **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) no âmbito da – AP 1.0**, devidamente descrito, caracterizado e especificado no **Anexo II – Projeto Básico**, parte integrante deste EDITAL.

2.2. Passarão a ser geridos pela Organização Social, qualificada e selecionada nos termos deste Edital e respectivos Anexos e Projeto Básico, novas unidades de Saúde da Família e Serviços do TEIAS da AP 1.0, e aquelas atualmente existentes, cujas metas físicas estão definidas no ANEXO II no Anexo Técnico e deste Edital, mês a mês para o período deste contrato de gestão.

2.3. O apoio ao gerenciamento dessas ações e serviços de saúde, nas unidades descritas, incluirá ainda:

2.3.1. Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar no desenvolvimento organizacional, na integralidade da assistência e do acesso da população local aos serviços e ações de saúde;

2.3.2. Respeito à Área de Planejamento de Saúde estabelecida pela SMS, na qual o papel de cada Unidade de Saúde na rede regionalizada seguirá a indicação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS);

2.3.3. Apoio à gestão das unidades de saúde da família localizadas na AP indicadas nesta convocação pública pela Organização Social, através da operacionalização do gerenciamento e da execução de atividades e serviços de saúde - aqui incluídos a compra de equipamentos, mobiliários, material permanente e manutenção das unidades;

2.3.4. Avaliação do desempenho clínico de cada profissional da rede, que devem ter incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, atribuindo às equipes melhorias nas unidades de saúde, nomeadamente no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências, decorrente da facilitação do acesso às ações de formação, ao atribuir às profissionais recompensas associadas ao desempenho;

2.3.5. Atividades de educação, promoção e vigilância em saúde, definidas pelas SUBPAV/SMS-RJ, para a melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família;

2.3.6. Controle e a apuração da frequência dos funcionários contratados pelas Organizações Sociais com contrato de gestão celebrados com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, por meio de Registro Biométrico de Ponto e de acordo com o Decreto nº 33536 de 25 de março de 2011 da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro;

2.3.7. Contratação de serviços de prestação continuados como limpeza, segurança, manutenção de equipamentos e manutenção predial, concessionárias, conectividade inclusive para os prontuários eletrônicos; serviços de apoio diagnóstico de atenção primária como radiografia com laudo, ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; prestação de serviços de oftalmologia na atenção primária como refração ocular e retinografia digital; prestação de serviços de confecção de próteses dentárias, além da contratação de todo e qualquer serviço (que impacte positivamente no alcance dos indicadores e metas) viabilizados pela economicidade e eficiência financeira da gestão do contrato desde que apresentados em plano de aplicação;

2.3.8. Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, declaradas pela SMS-RJ;

2.3.9. Apoio ao Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Enfermagem em Saúde da Família e outras atividades de formação profissional definidas pelas SMS-RJ;

2.3.10. Alcance de metas e indicadores assistenciais e de gestão que se encontram expressos no Anexo Técnico E do Projeto Básico que integra o presente edital;

2.3.11. Submissão à auditoria e à gestão da Secretaria Municipal Saúde – SMS.

3. AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA CONVOCAÇÃO PÚBLICA

3.1. Autorização da Excelentíssima Senhora Subsecretária Municipal de Saúde, conforme constante do Processo Administrativo nº 09/01/000.862/2021 de 25/10/2021, publicada no D.O.RIO de 12/11/2021.

4. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

4.1. O limite máximo de orçamento previsto para realização das atividades e serviços necessários à execução do contrato de gestão é de **R\$ 260.108.402,02 (duzentos e sessenta milhões, cento e oito mil, quatrocentos e dois reais e dois centavos)**, conforme Anexo F e que correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

PROGRAMA DE TRABALHO: 1805

CÓDIGO DE DESPESA: 3.3.50.85

FONTE DE RECURSO: -

VALOR: **R\$ 260.108.402,02 (duzentos e sessenta milhões, cento e oito mil, quatrocentos e dois reais e dois centavos)**.

5. MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE EM FIRMAR CONTRATO DE GESTÃO

5.1. Até 01(um) dia útil antes da data do recebimento e abertura dos envelopes (item 6.1) as Organizações Sociais interessadas deverão manifestar expressamente seu interesse em firmar o Contrato de Gestão.

5.2. A manifestação de interesse será formalizada por meio de requerimento escrito dirigido ao Secretário Municipal de Saúde e entregue no endereço descrito no subitem 1.8, das 09h00 às 17h00, horário de Brasília.

5.3. Não serão aceitas manifestações de interesses encaminhadas por serviço postal, correio eletrônico ou fax.

5.4. Até o 2º dia útil após a data-limite será publicada no D.O.RIO e no *site* da Secretaria Municipal de Saúde (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>) a relação das entidades que manifestaram interesse na celebração do contrato de gestão, na forma do inciso II do § 4º do artigo 5º da Lei Municipal n.º 5.026/2009.

6. DIA, HORÁRIO E LOCAL DE ENTREGA DE ENVELOPES

6.1. Dia **31 de março de 2022**, às 10:30 horas, horário de Brasília, a Comissão Especial de Seleção estará reunida na sede da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcanti nº. 455, 8º andar, no Auditório Meri Baran, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, para receber e iniciar a abertura dos envelopes referentes à presente Convocação Pública.

6.2. No caso da sessão não poder ser realizada na data estabelecida, será transferida para o primeiro dia útil posterior, no mesmo horário e local, salvo quando houver designação expressa de outra data pela Comissão Especial de Seleção a ser divulgada pelos mesmos meios de divulgação do Edital.

6.3. O Presidente da Comissão Especial de Seleção poderá suspender a sessão caso seja necessário para a adequada análise da documentação contida nos envelopes, informando verbalmente aos presentes a data de sua reabertura, consignando-a em ata.

7. PRAZOS

7.1. O prazo do Contrato de Gestão será de 2 (dois) anos, tendo início a partir da sua assinatura.

7.2. O prazo do subitem 7.1 poderá ser prorrogado uma vez por igual período e, outra vez, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior, nos termos do artigo 8º, VII do Decreto nº 30.780, de 02 de junho de 2009.

7.3. O prazo do Contrato de Gestão poderá ser alterado na forma do § 1º do artigo 57, da Lei Federal nº 8.666/93, que se aplica subsidiariamente.

8. VALIDADE DAS PROPOSTAS

8.1. As participantes ficam obrigadas a manter a validade da proposta por 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega das propostas.

8.2. Decorrido o prazo consignado no subitem anterior sem que tenha havido convocação para assinatura do contrato de gestão, as organizações sociais ficarão liberadas de quaisquer compromissos assumidos.

9. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

9.1. Poderão participar da presente convocação pública as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à Saúde, devidamente qualificadas como organizações sociais no âmbito do Município do Rio de Janeiro, nos termos do Decreto Municipal nº 30.780/2009 e suas alterações, mediante a apresentação da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro da qualificação da entidade pelo chefe da pasta/dirigente do órgão da respectiva área de atuação, desde que tenham manifestado interesse, na forma do item 5.

9.1.1 Em cumprimento à decisão proferida pelo Egrégio Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, nos autos do processo nº **40/100.014/2022**, nos termos do **Voto nº 127/2022**, de autoria do Excelentíssimo Senhor Conselheiro Relator **THIAGO KWIATKOWSKY RIBEIRO**, poderão participar da presente Convocação Pública as Organizações Sociais que não possuam a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), de que trata o inciso VI, do art. 2º, da Lei nº 5.026/2009, com nova redação editada pela Lei Municipal nº. 6.220/2017.

9.2. Não serão admitidas nesta convocação pública as Organizações Sociais suspensas do direito de licitar, no prazo e nas condições da suspensão, e as declaradas inidôneas pela Administração Direta ou Indireta, inclusive Fundações, em ambos os casos, nos níveis federal, estadual ou municipal.

9.3. Não serão admitidas nesta convocação pública as organizações sociais sancionadas na forma dos incisos II e III do artigo 73 da Lei Federal nº 13.019/2014.

9.4. Não será permitida a participação de organizações sociais que tenham como membro do seu Conselho de Administração:

(i) cônjuge, companheiro ou parentes, consanguíneos ou afins, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários Municipais, Subsecretários Municipais e Vereadores (Artigo 3º, II, alínea a da Lei municipal nº 5.026/2009);

(ii) servidor público detentor de cargo comissionado ou função gratificada (Artigo 3º, inciso II, alínea b da Lei municipal nº 5.026/2009).

9.5. Não será permitida a participação de organizações sociais que possuam, em seus quadros funcionais, profissionais que tenham ocupado cargo integrante dos 1º e 2º escalões da estrutura da Administração Pública Municipal nos últimos 12 meses, devendo apresentar declaração de atendimento às disposições do Decreto Municipal nº 19.381/2001 (**Anexo VI**).

9.6. Não será permitida a participação de organizações sociais cujos dirigentes, gerentes, administradores, responsáveis ou componentes do seu quadro técnico tenham participado da elaboração do Projeto Básico como autores ou colaboradores.

9.7. Não será permitida a participação de mais de uma organização social sob o controle de um mesmo grupo de pessoas físicas ou jurídicas, bem como de organização social que tenha diretor comum a outra organização social participante desta convocação pública.

9.8. A comprovação de atendimento aos subitens 9.1, 9.1.1, 9.5 e 9.7 se dará mediante a apresentação, no momento do credenciamento, **fora** dos envelopes "A" e "B", dos seguintes documentos:

9.8.1. Cópia da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro da Qualificação da entidade pelo chefe da pasta/dirigente do órgão da respectiva área de atuação como organização social da área da Saúde no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

9.8.2. Declarações firmadas pelo representante legal da organização social, em papel timbrado, de que não possui funcionário que pertença ao 1º e 2º escalão da Administração Pública Municipal e de que não possui em sua diretoria pessoa que participe da diretoria de outra organização social e de que não é controlada por grupo de pessoas físicas ou jurídicas que controla outra organização social (**Anexo VI**).

10. REPRESENTAÇÃO NO PROCESSO

10.1. As organizações sociais se farão representar nas sessões por apenas um representante legal ou por agente credenciado regularmente constituído.

10.2. Por credencial entende-se:

a) Procuração passada por instrumento público ou particular, que contenha no mínimo poderes “ad negocia” para manifestar a intenção de recorrer e de desistir dos recursos, bem como praticar todos os demais atos pertinentes à convocação pública em nome da organização social;

b) Carta de credenciamento devidamente preenchida nos termos do **Anexo III**, do Edital.

10.2.1. Quando a representação se fizer por intermédio de instrumento particular, obrigatoriamente, terá a firma reconhecida.

10.2.2. Quando a representação se fizer por instrumento público ou por estatuto, os mesmos poderão ser apresentados em cópia autenticada.

10.3. O representante legal deverá apresentar documento (original ou cópia autenticada) comprobatório de legitimidade para representar a organização social (via de regra, o ato constitutivo da organização social e da ata de eleição da diretoria vigente, nos quais estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações). O agente credenciado deverá apresentar procuração ou carta de credenciamento acompanhado de documento (original ou cópia autenticada)

comprobatório de que o outorgante ou de que o signatário da carta possui poderes para tanto.

10.4. O representante legal ou agente credenciado, antes da entrega dos envelopes e da credencial, deverá identificar-se exibindo a carteira de identidade, que deve conter foto, ou outro documento equivalente emitido por órgão público.

10.5. A carta de credenciamento ou a procuração, o ato constitutivo da organização social e a ata de eleição, para fins de credenciamento, deverão ser entregues separadamente dos envelopes “A” e “B”, referidos no subitem 11.1.

10.6. É vedada a qualquer pessoa física ou jurídica a representação de mais de uma organização social na presente seleção.

10.7. Encerrados os procedimentos descritos nos subitens 10.3, 10.4 e 10.5, iniciados no horário e local previstos no subitem 6.1, não mais serão admitidos novos proponentes, devendo a Comissão Especial de Seleção lavrar na ata o recebimento dos envelopes de programa de trabalho e documentação de habilitação.

10.8. As instituições participantes poderão apresentar mais de um representante ou procurador, respeitadas as disposições previstas nos subitens 10.3, 10.4 e 10.5, ressalvada à Comissão Especial de Seleção a faculdade de limitar esta representação a 1 (uma) pessoa, se considerar indispensável ao bom andamento das etapas do processo seletivo.

10.9. Caso não seja credenciado representante, a organização social não fica impedida de apresentar seu programa de trabalho e os documentos de habilitação em envelopes próprios (envelopes “A” e “B”). Neste caso, a organização social ficará impedida de quaisquer manifestações em referência a fatos relacionados com a presente Seleção.

11. APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

11.1. O programa de trabalho e os documentos exigidos no presente Edital serão apresentados em 02 (dois) envelopes opacos, indevassáveis e fechados, constando obrigatoriamente da parte externa de cada um as seguintes indicações:

(a) ENVELOPE “A” - PROGRAMA DE TRABALHO - 1 (uma) via

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº _____

NOME COMPLETO E ENDEREÇO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(b) ENVELOPE “B” - DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO - 1 (uma) via

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº _____

NOME COMPLETO E ENDEREÇO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

11.2. PROGRAMA DE TRABALHO - ENVELOPE "A"

11.2.1. O programa de trabalho deverá ser apresentado conforme definido no **Anexo II** - Projeto Básico, em meio eletrônico/digital e em 1 (uma) via impressa. A via impressa deve ser encabeçada por índice relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram e apresentado em 01 (uma) via, impressa em papel timbrado da organização social (inclusive, se for o caso, os formulários a serem anexados), numerada, sem emendas ou rasuras, na forma de original, com assinatura e identificação do representante legal da entidade ou aquele com poderes para realizar atos jurídicos na última página, com rubrica em todas as páginas e comprovação de sua aprovação pelo Conselho de Administração da organização social, sob pena de desclassificação.

11.2.2. Não serão aceitos programas de trabalho encaminhados por e-mail ou pelo correio e os programas de trabalho entregues em meio eletrônico/digital não substituem a versão impressa.

11.2.3. É obrigatória a utilização dos modelos de formulários apresentados como anexos, assim como é obrigatório o preenchimento de todos eles, sob pena de desclassificação do programa de trabalho.

11.2.4. A desconformidade aos padrões e documentações exigidas por este Edital incorrerá na desclassificação do programa de trabalho apresentado. É imprescindível a apresentação de todos os itens previstos no **Anexo II** - Projeto Básico, na sequência estabelecida e com a devida identificação, bem como as Declarações na forma dos **Anexos VIII, IX e X** que deverão ser entregues no Envelope "A".

11.2.5. A planilha de custos proposta pela instituição deverá ser inserida no envelope "A" seguindo o modelo previsto no Projeto Básico.

11.2.5.1. Na formulação do programa de trabalho, as organizações sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária, trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à saúde, segurança e medicina do trabalho.

11.2.6. Não serão admitidas, sob quaisquer motivos, modificações ou substituições do programa de trabalho ou de quaisquer documentos, uma vez entregues os envelopes indicados no **subitem 11.1**.

11.2.7. Deverá ser incluída no envelope "A" a comprovação da existência, no quadro de pessoal da Organização social, de pelo menos 3 (três) profissionais com formação específica para a gestão das atividades a serem desenvolvidas, notória competência e experiência comprovada na área de atuação, mediante a apresentação de *curriculum vitae* contendo os seguintes dados:

- a) Nome completo;
- b) Formação e titulações acadêmicas/profissionais e data de conclusão dos cursos;
- c) Instituições em que prestou serviços na área de atuação, informando datas de início e término dos vínculos;
- d) Projetos, programas e planos de ação em que participou na área de atuação da qualificação requerida, informando a função desempenhada, instituição responsável, data de início e de conclusão.

11.2.7.1. Deverão ser apresentados documentos que comprovem o previsto no subitem anterior em original ou cópia autenticada.

11.2.8. Deverão ser apresentados, ainda, todos os documentos e atestados, previstos no Anexo II - Projeto Básico, que comprovem a experiência técnica da organização social proponente.

11.2.9. Para a elaboração dos programas de trabalho, as organizações sociais participantes deverão conhecer todos os elementos informativos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, além de, a seu critério, acessar as fontes adicionais de informação disponíveis, tendo em vista o completo conhecimento do objeto, em prol da apresentação do programa de trabalho adequado aos propósitos

desta convocação pública.

11.3. HABILITAÇÃO - ENVELOPE "B"

O envelope “B” deverá conter os documentos especificados a seguir:

- (a) Documentação relativa à habilitação jurídica;
- (b) Documentação relativa à qualificação técnica;
- (c) Documentação relativa à qualificação econômico-financeira;
- (d) Documentação relativa à regularidade fiscal;
- (e) Documentação relativa à regularidade trabalhista.

11.3. (a) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À HABILITAÇÃO JURÍDICA

11.3. (a.1) Ato constitutivo ou estatuto em vigor registrado em Cartório, acompanhado de ata de comprovação da eleição da Diretoria e do Conselho de Administração ambos com mandato vigente, registrados em Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

11.3 (a.1.1) Na hipótese de existir alteração no documento, posteriormente à constituição da organização social, os referidos documentos deverão ser apresentados de forma consolidada, contendo todas as cláusulas em vigor, a fim de comprovar que o objeto social e as normas estatutárias estão focadas no objeto do contrato de gestão.

11.3 (a.2) Cédula de Identidade e comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) da Secretaria da Receita Federal do Brasil do representante legal da organização social.

11.3 (a.3) Declaração em papel timbrado com firma reconhecida de que a organização social não possui em seu quadro nenhum funcionário que pertença aos 1º e 2º escalões da Administração Pública Municipal, emitida pelo representante legal da organização social, nos termos do parágrafo único do artigo 2º do Decreto Municipal nº 19.381/2001.

11.3 (a.4) Declaração em papel timbrado com firma reconhecida de que a organização social concorda que a Controladoria Geral do Município, por intermédio da Auditoria Geral, terá amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da organização social como um todo e do contrato de gestão.

11.3 (a.5) Declaração em papel timbrado, com firma reconhecida, que em sua diretoria não tem pessoas que participem da diretoria de outra associação ou fundação privada.

11.3 (a.6) Declaração em papel timbrado, com firma reconhecida, que a organização social tem ciência que deverá observar cotas mínimas de 20% para afrodescendentes (10% homens e 10% mulheres) na forma do art. 3º da Lei Municipal nº 4.978/2008 e 25% para mulheres, na forma do Decreto Municipal n.º 21.083/2002.

11.3 (a.7) Declaração em papel timbrado, com firma reconhecida, que a organização social tem ciência que deverá ofertar percentual mínimo de trabalho voluntário, na forma do art.10, inciso V do Decreto Municipal nº 30.780/09.

11.3 (a.8) Comprovação de existência legal da organização social há pelo menos 02 (dois) anos, conforme dispõe o artigo 1º, IV, do Decreto Municipal n.º 30.780/2009.

11.3 (a.9) Comprovação, por meio de alvará, de que o local da sede da organização social é o mesmo constante no Estatuto Social.

11.3(a.10) Aprovação da celebração do contrato de gestão pelo Conselho de Administração da organização social.

11.3 (a.11) Certidão de Regular Funcionamento emitida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro ou do respectivo Ministério Público Estadual onde estiver localizada a sede, no caso de fundações privadas.

11.3.(b) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

11.3(b.1) Certidões negativas de falência, insolvência civil e recuperação judicial ou extrajudicial expedidas pelo Distribuidor da sede da organização social. Para as organizações sociais sediadas no Município do Rio de Janeiro, a prova será feita mediante apresentação de certidões dos 1º, 2º, 3º e 4º Ofícios de Registro de Distribuição e pelos 1º e 2º Ofícios de Interdições e Tutelas.

11.3(b.1.1) As organizações sociais sediadas em outras comarcas do Estado do Rio de Janeiro ou em outros Estados deverão apresentar, juntamente com as certidões negativas exigidas, declaração passada pelo foro de sua sede, indicando quais os Cartórios ou Ofícios de Registros que controlam a distribuição de falências, recuperação judicial ou extrajudicial.

11.3(b.1.2) Não serão aceitas certidões com validade expirada ou passadas com mais de 90 (noventa) dias contados da efetiva pesquisa do cartório em relação à data da realização da convocação pública.

11.3.(c) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À REGULARIDADE FISCAL

11.3(c.1) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ.

11.3(c.2) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da organização social, pertinente à sua finalidade e compatível com o objeto da convocação pública.

11.3(c.3) Prova de regularidade com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal mediante a apresentação dos seguintes documentos:

11.3(c.3.a) A prova de regularidade com a Fazenda Federal será efetuada por meio da Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais, inclusive contribuições sociais, e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN, da sede da organização social.

11.3(c.3.b) A prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio da organização social será feita por meio da apresentação da certidão negativa ou positiva com efeito negativo do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços e certidão da Dívida Ativa estadual ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a organização social, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição estadual.

11.3(C.3.c) A prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio da organização social será feita por meio da apresentação da certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza e certidão negativa ou positiva com efeito negativo da dívida ativa ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a organização social, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição municipal;

11.3(C.3.c.1.) No caso de organização domiciliada no Município do Rio de Janeiro, essa deverá apresentar, além dos documentos listados no item acima, certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto Predial e Territorial Urbano. Não sendo proprietária do imóvel onde localizada a sua sede, deverá apresentar declaração própria, atestando essa circunstância.

11.3(C.4) - No caso de organização social domiciliada em outro município, mas que possua filial ou escritório no Município do Rio de Janeiro, essa deverá apresentar, em relação à filial ou ao escritório, certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza e do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana e certidão negativa ou positiva com efeito negativo da dívida ativa ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a organização social, pelo

respectivo objeto, está isenta de inscrição municipal. Não sendo a organização social proprietária do imóvel onde localizada a sua filial ou escritório, deverá apresentar declaração própria atestando essa circunstância.

11.3(c.5) Prova de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – CRF-FGTS.

11.3(c.6) Cópia do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, se houver.

11.3 (c.7) Ato Declaratório de Isenção do INSS (Art. 308 da Instrução Normativa INSS/DC Nº 100 de 18.12.2003), caso a organização social seja isenta.

11.3.(d) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À REGULARIDADE TRABALHISTA.

11.3.(d.1) Certidão Negativa de Ilícitos Trabalhistas praticados em face de trabalhadores menores, que deverá ser emitida junto à Delegacia Regional do Trabalho no Estado do Rio de Janeiro, **ou** Declaração firmada pela organização social, na forma do **Anexo VII** de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de que não emprega menor de dezesseis anos, sob as penas da lei, consoante o disposto no Decreto Municipal nº 23.445/03. Para as organizações sociais sediadas fora do Estado do Rio de Janeiro, a certidão deverá ser emitida pelo órgão competente no Estado onde a entidade tem sua sede.

11.3.(d.2) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com efeito negativo.

11.3.(e) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

11.3.(e.1) Comprovação de aptidão da instituição para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto do processo seletivo, informando sobre a reputação ético-profissional da instituição, por meio de certidão(ões) ou atestado(s), fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado.

11.3.(e.1.1) A informação sobre a reputação ético-profissional da instituição deverá indicar o local, natureza, volume, qualidade e cumprimento dos prazos que permitam avaliar a organização social.

11.3.(e.1.2) Os atestados ou certidões recebidos estão sujeitos à verificação da Comissão Especial de Seleção quanto à veracidade dos respectivos conteúdos, inclusive para efeitos criminais.

11.3.(e.2) Prova, feita por intermédio da apresentação, em original, da DECLARAÇÃO/ATESTADO DE VISITA fornecido e assinado pelo servidor do órgão fiscalizador da Administração Contratante, na forma do **Anexo IV**, de que o seu responsável visitou o(s) equipamento(s) público(s) objeto(s) do contrato de gestão, até 1(um) dia útil anterior à data de entrega dos envelopes, e tomou conhecimento das condições para execução do objeto desta convocação pública.

11.4. FORMA DE APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

11.4.1. Os documentos exigidos no ENVELOPE "B" – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO poderão ser apresentados no original ou em cópia reprográfica autenticada em ambos os lados, frente e verso, se este último contiver notações ou outras informações relevantes, rubricados pelo representante legal da organização social, em qualquer caso, e acompanhados das respectivas certidões de publicação no órgão da imprensa oficial, quando for o caso. As folhas da documentação serão numeradas em ordem crescente e não poderão conter rasuras ou entrelinhas. Na hipótese de falta de numeração, numeração equivocada ou ainda inexistência de rubrica do representante legal nas folhas de documentação, poderá a Comissão Especial de Seleção solicitar ao representante da organização social, devidamente identificado e que tenha poderes para tanto, que, durante a sessão de abertura do envelope "B", sane a incorreção. Somente a falta de representante legal ou a recusa do mesmo em atender ao solicitado é causa suficiente para inabilitação da organização social.

11.4.2. Os documentos do ENVELOPE "A"- PROGRAMA DE TRABALHO – serão apresentados na forma prescrita no **Anexo II**, sendo elaborados pela organização social, assinados pelo seu representante legal. O custo apresentado pela organização social para execução do contrato de gestão deverá ser expresso em algarismos e por extenso, sem rasuras ou entrelinhas, prevalecendo, em caso de discrepância, o valor por extenso.

11.4.2.1. O programa de trabalho deverá ser apresentado em documento original e também em meio magnético ou digital (pen drive, DVD-ROM, CD-ROM, etc.), prevalecendo em caso de discrepância, o consignado em documento original.

11.4.3. Não serão admitidas, sob quaisquer motivos, modificações ou substituições do programa de trabalho ou de quaisquer documentos, uma vez entregues os envelopes "A" e "B".

11.4.4. As organizações sociais arcarão com todos os custos relativos à apresentação das suas propostas e dos documentos de habilitação. A Secretaria Municipal de Saúde, em nenhuma hipótese, será responsável por tais custos, quaisquer que sejam os procedimentos seguidos na convocação pública ou os seus resultados.

11.4.5. As solicitações de autenticação dirigidas exclusivamente aos integrantes da Comissão Especial de Seleção deverão ser requeridas antes do início da sessão de abertura dos envelopes, preferencialmente com antecedência mínima de um dia útil da data marcada para abertura da sessão de abertura dos envelopes.

11.4.6. A Comissão Especial de Seleção poderá verificar a autenticidade dos documentos apresentados, por quaisquer meios disponíveis, inclusive via *web*, podendo suspender a sessão para a realização da aludida diligência.

11.4.7. A Comissão Especial de Seleção poderá, em qualquer fase da convocação pública, promover as diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente da proposta.

11.4.8. A Comissão Especial de Seleção poderá sanear eventuais omissões ou falhas puramente formais observadas na documentação de habilitação e no programa de trabalho, desde que não contrariem a legislação vigente e não comprometam a lisura da convocação pública.

11.4.9. Se os certificados, declarações, registros e certidões não tiverem prazo de validade declarado no próprio documento ou na legislação específica, deverão ter sido emitidos há no máximo 90 (noventa) dias antes da data da sessão de abertura de envelopes.

11.4.10. A Comissão Especial de Seleção poderá pedir, a qualquer tempo, a exibição do original dos documentos.

12. ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO

12.1. No dia e hora definidos no **subitem 6.1**, reunida a Comissão Especial de Seleção, serão credenciados os representantes das organizações sociais e entregues os documentos mencionados no subitem **9.8**.

12.1.1. A não apresentação ou incorreção do documento de credenciamento não inabilitará o participante, mas impedirá o representante de se manifestar e responder pela organização social nas sessões públicas relacionadas à presente convocação.

12.2. Após o credenciamento serão recebidos os Envelopes "A" e "B" pela Comissão Especial de Seleção nos termos do **item 11** deste edital.

12.2.1. Após a recepção dos envelopes "A" e "B", na presença dos representantes das organizações sociais e dos demais interessados presentes ao ato público, a Comissão Especial de Seleção dará início à abertura dos envelopes "A", momento em que não mais se aceitará documentação ou proposta de outras entidades.

12.2.2. Após a entrega dos envelopes "A" e "B" não cabe desistência da proposta, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão Especial de Seleção.

12.3. Os envelopes "A" serão abertos e todos os seus documentos serão rubricados pelos representantes presentes na sessão.

12.4. A Comissão Especial de Seleção divulgará a classificação dos programas de trabalho, após serem analisados e pontuados na forma do **subitem 13.2**.

12.5. Após a divulgação da classificação, será aberto o envelope "B" da organização social classificada em primeiro lugar. Se a primeira colocada for inabilitada, serão convocadas as demais participantes, na ordem de classificação, para exame de seus documentos de habilitação.

12.5.1 Os envelopes "B" das organizações sociais ficarão em poder da Comissão Especial de Seleção até a assinatura do Contrato de Gestão pela entidade vencedora do certame, momento em que sua retirada pelos representantes credenciados será permitida. Caso tais documentos não sejam retirados até 5 dias úteis após a publicação do Contrato de Gestão no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro serão destruídos.

12.6. Será declarada vencedora a organização social que obtiver maior pontuação em seu programa de trabalho e cumprir os requisitos de habilitação conforme prescrito no presente edital.

12.7. Da sessão lavrar-se-á ata circunstanciada, contendo todos os atos praticados na sessão de recebimento e de abertura de envelopes, dentre os quais o registro dos representantes credenciados, a ordem de classificação, a análise da documentação exigida para a habilitação, os recursos interpostos e a indicação da organização social declarada vencedora, devendo ser rubricada e assinada pelos membros da Comissão Especial de Seleção e pelos representantes das entidades participantes do processo de seleção que estiverem presentes ao ato.

12.8. Será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro o resultado da convocação pública com a indicação de seu vencedor.

13. CRITÉRIOS OBJETIVOS DE JULGAMENTO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO

13.1. Cada um dos membros da Comissão Especial de Seleção lançará nota em relação a cada um dos critérios objetivos definidos no subitem 13.2, sendo a nota final, a média aritmética das notas atribuídas por cada um dos membros.

13.1.1. A soma dos critérios objetivos definidos no subitem 13.2 deverá alcançar a nota dez.

13.2. O julgamento dos programas de trabalho levará em conta os seguintes critérios objetivos, conforme Tabela I abaixo, que se encontram detalhados no item F do Anexo Técnico B do Projeto Básico, que é parte integrante deste edital.

Tabela I – CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PARA A AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS

CRITÉRIOS	ITENS	PONTUAÇÃO MÁXIMA (ITEM)	PONTUAÇÃO MÁXIMA (CRITÉRIO)
1. Experiência Anterior	1.A) Tempo de uso do sistema de prontuários eletrônicos em unidades de atenção primária (TABELA TEMPO X NÚMERO DE UNIDADES)	0,5	1,5
	1.B) Gestão de Unidades de Atenção Básica, sendo considerados nesse caso apenas: USF, UBS, NASF e Academia da Saúde.	1,0	
2. Avaliação de eficiência e capacidade técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	2.A) Avaliação do currículo do responsável técnico pelo apoio à Gestão do TEIAS	0,5	1,0
	2.B) Avaliação do currículo do responsável técnico pelo apoio à Gestão do TEIAS (Ver Anexo I item F - TABELA)	0,5	
3. Economicidade	3A. Proposta econômica: volume de recursos (R\$) destinados à rubrica a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF e a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF.	1,5	2,0
	3B. Proposta econômica: volume de recursos (R\$) destinados à rubrica a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	0,5	
4. Organização Administrativa e Gerencial	4.A) Dimensionamento da Equipe Assistencial	0,5	2,0
	4.B) Dimensionamento da Equipe Administrativa e Gerencial	0,5	
	4.C) Plano de Cargos, Salários, Benefícios e Provisões	0,25	
	4.D) Modelo para publicização das prestações de contas e resultados assistenciais da OSS em seu sítio institucional	0,25	
	4.E) Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes de saúde da família e saúde bucal completas	0,25	
	4.F) Estratégias para aferição do cumprimento da carga horária de trabalho contratual dos profissionais de saúde	0,25	
5. Organização Assistencial e Técnica	5.A) Plano / Programa de Educação Permanente	0,25	2,5
	5.B) Plano de avaliação de qualidade das Unidades de Atenção Primária	0,5	
	5.C) Apresentação de propostas de Boletins Informativos para a população coberta pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, assim como apoio a conectividade para manutenção das páginas de cada unidade na internet e vídeos institucionais	0,25	
	5.D) Instrumentos de Pesquisa e Organização do Serviço de Satisfação dos Usuários	0,5	
	5.E) Descrever os meios de garantia e incentivo da participação popular	0,5	
	5.F) Descrever a forma como pretende organizar o processo de trabalho nas ações e serviços de saúde	0,5	
CRITÉRIOS	ITENS	PONTUAÇÃO MÁXIMA (ITEM)	PONTUAÇÃO MÁXIMA (CRITÉRIO)

6. Aplicabilidade da Política de Compliance e Integridade	6.A) Apresentação do documento que descreva os princípios éticos e comportamentais que norteiam o relacionamento e a conduta institucional de funcionários e Diretoria da Organização Social com seus pares, subordinados e parceiros de negócios, visando manter uma postura de transparência e ética nas relações pessoais e comerciais da Organização	0,3	1,0
	6.B) Apresentação de documentos que comprovem a aplicação e efetividade da Política de Compliance e Integridade da Organização Social	0,7	
TOTAL			10,0

13.2.1. No julgamento das Propostas Técnicas e Econômicas apresentadas serão observados os critérios definidos no edital, conforme índices de pontuação expressamente determinados, cuja soma equivale a 10 (dez) pontos.

13.3. A Comissão Especial de Seleção desclassificará:

- As propostas que não atenderem, no todo ou em parte, às disposições deste Edital;
- As propostas com preço excessivo, consideradas como tais as que excederem o valor do orçamento estimado subitem 4.1 do Edital;
- As propostas manifestamente inexequíveis. Consideram-se manifestamente inexequíveis os programas de trabalho cujos valores sejam inferiores a 30% (trinta por cento) da estimativa oficial, ressalvada à participante desclassificada, em prazo razoável estipulado pela Comissão Especial de Seleção, a possibilidade de demonstrar a viabilidade de sua oferta por meio de documentação que comprove serem os custos coerentes com os de mercado e que os coeficientes de produtividade são compatíveis com a execução do objeto do contrato de gestão.
- As propostas que não alcançarem 60 % (sessenta por cento) do total de pontos possíveis.

13.3.1. Quando todas as propostas forem desclassificadas a Comissão Especial de Seleção poderá fixar o prazo de até cinco dias úteis para que as organizações sociais participantes apresentem novas propostas contendo programas de trabalho e respectiva documentação.

13.3.2. Até a assinatura do contrato de gestão, a Comissão Especial de Seleção poderá desclassificar propostas das organizações sociais participantes, por meio de decisão motivada, se tiver ciência de circunstância, anterior ou posterior ao julgamento das propostas, que configure desrespeitos aos termos deste edital, respeitado o contraditório.

13.3.2.1. A desclassificação mencionada no subitem 13.3.2 não ensejará direito à indenização ou ao ressarcimento de eventuais despesas e ocorrerá sem prejuízo de aplicação das sanções eventualmente cabíveis.

13.4. Havendo empate, será vencedora a organização social que apresentar maior pontuação no critério previsto no item 1 – Experiência Anterior (somatório de 1a e 1b). Persistindo o empate, considerar-se-á vencedora a organização social que tiver obtido maior pontuação no critério previsto no item 2 – Avaliação de eficiência e capacidade técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) (somatório dos itens 2a e 2b). Não sendo resolvido o desempate pelos dois critérios anteriores, será declarada vencedora a organização social que tiver obtido maior pontuação no quesito previsto no item 3 – Organização Administrativa e Gerencial (somatório dos itens 3a e 3f).

13.4.1 No caso de os critérios estabelecidos no subitem 13.4 não serem suficientes para resolver a situação de empate entre duas ou mais propostas, o desempate se dará através de sorteio promovido na sessão.

13.5. Caso seja necessário, a sessão de julgamento dos programas de trabalho poderá ser suspensa, a fim de que seja possível sua análise pelos membros da Comissão Especial de Seleção, devendo ser remarcada e divulgada para os participantes a data para reinício.

14. DO RECURSO

14.1. Ao final da sessão e declarada à vencedora do certame pelo Presidente da Comissão Especial de Seleção, qualquer participante poderá manifestar imediatamente e motivadamente a intenção de interpor recurso, quando lhe será concedido o prazo de três dias corridos para apresentar por escrito suas razões recursais, ficando as demais participantes, desde logo, intimadas para, se desejarem, apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo da recorrente, sendo assegurada a vista imediata dos autos da convocação pública aos interessados.

14.2. A não apresentação das razões recursais escritas acarretará, como consequência, a análise do recurso pela síntese das razões orais.

14.2.1. Não serão aceitas razões recursais escritas encaminhadas por serviço postal, correio eletrônico ou fax, sendo para todos os fins consideradas como não apresentadas.

14.2.2. As razões recursais escritas deverão ser dirigidas ao Presidente da Comissão Especial de Seleção e entregues na sede da Secretaria Municipal de Saúde, Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Prédio Principal – 8º andar – Sala 801 – Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, das 9 às 17 horas (horário de Brasília).

14.3. A falta de manifestação imediata e motivada da organização social quanto à sua intenção recursal acarretará a decadência do direito de recorrer.

14.4. Recebido o recurso, o Presidente da Comissão Especial de Seleção poderá reconsiderar seu ato, no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, então, neste mesmo prazo, encaminhar o recurso, devidamente instruído, à autoridade superior, que proferirá a decisão.

14.5. O provimento do recurso importará apenas a invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

15. DA HOMOLOGAÇÃO, ADJUDICAÇÃO E CONTRATAÇÃO

15.1. Uma vez homologado o resultado do processo seletivo e promovidos os atos administrativos pertinentes à adjudicação, a adjudicatária, dentro do prazo de validade de sua proposta, deverá atender à convocação da Secretaria Municipal de Saúde para a assinatura do contrato de gestão, em 02 (dois) dias, a contar da data da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro ou de comunicação formal.

15.2. Deixando a adjudicatária de assinar o contrato de gestão no prazo fixado no **subitem 15.1**, poderá a Comissão Especial de Seleção, sem prejuízo da aplicação das sanções administrativas cabíveis, convocar as demais participantes, por ordem de classificação, até a constatação de organização social que atenda ao edital, sendo declarada vencedora.

15.3. É vedada a contratação de organização social que já for parte em proporção superior a 30% (trinta por cento) do total das despesas previstas para todos os ajustes de mesma natureza, já firmados ou orçamentariamente previstos, conforme o Decreto Municipal nº 48.521/2021.

15.4. O valor economizado no orçamento fixado no subitem 4.1 em razão da imunidade tributária prevista no artigo 195, § 7º da Constituição da República (CEBAS) não será objeto de repasse, salvo a existência de ação para o incremento das atividades objeto do contrato de gestão devidamente autorizada pela Secretaria.

15.5. No momento da assinatura do contrato de gestão, a adjudicatária deverá comprovar a manutenção das condições demonstradas para habilitação na convocação pública, por meio de Declaração de Fato Superveniente, conforme modelo **Anexo V**.

15.5.1. As condições de habilitação deverão ser mantidas durante toda a execução do contrato de gestão.

16. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

16.1. A recusa da Adjudicatária em assinar o contrato de gestão dentro do prazo estabelecido caracteriza o descumprimento total das obrigações assumidas, sujeitando-a às penalidades previstas no **subitem 16.03**.

16.2. Sem prejuízo de eventuais responsabilizações cíveis e criminais, a organização social participante desta convocação pública que, de qualquer forma, praticar atos ilícitos, visando a frustrar os objetivos do processo seletivo, sujeita-se às penalidades previstas no **subitem 16.03**.

16.3. Pelo descumprimento total ou parcial de obrigação assumida no programa de trabalho e no contrato de gestão, a Secretaria Municipal de Saúde poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 combinado com o artigo 116 da Lei nº 8.666/1993 e no artigo 589 do RGCAF, garantida prévia defesa:

16.3.1. Advertência;

16.3.2. Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do contrato de gestão ou, se for o caso, do saldo não atendido do contrato de gestão.

16.3.3. Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato de gestão ou do saldo não atendido do contrato de gestão, conforme o caso, e, respectivamente, nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da organização social.

16.3.4. Suspensão temporária de participação em licitação ou impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos;

16.3.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

16.3.6. Perda de qualificação como organização social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

16.4. As sanções previstas nos subitens 16.3.1, 16.3.4, 16.3.5 poderão ser aplicadas juntamente com aquelas previstas em 16.3.2, 16.3.3 e 16.3.6 e não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do contrato de gestão, garantida defesa prévia ao interessado.

16.5. As multas previstas nos subitens 16.3.2 e 16.3.3 não possuem caráter compensatório, e, assim, o seu pagamento não eximirá a organização social da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

16.6. As multas aplicadas poderão ser compensadas com repasses devidos à organização social mediante requerimento expresse nesse sentido.

16.7. As sanções estabelecidas nos subitens 16.3.4, 16.3.5 e 16.3.6 são da competência do Secretário Municipal de Saúde.

16.8. A sanção prevista no **subitem 16.3.5** poderá também ser aplicada às organizações sociais que, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, tenham:

16.8.1. Sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos;

16.8.2. Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

17. DO FORO

17.1. Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer questões, dúvidas ou demandas referentes à execução do objeto desta convocação pública e da adjudicação dela decorrente.

18. DA REPACTUAÇÃO

18.1. Por ocasião da prorrogação na forma do subitem 7.2, em havendo interesse público que justifique o aumento do custo nominal do Contrato de Gestão e dotação orçamentária específica para esse fim, os repasses financeiros para consecução dos objetivos do contrato de gestão poderão ser revistos, observados os seguintes fatores:

18.1.1. No caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto do contrato de gestão, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;

18.1.2. Em relação aos demais custos e despesas previstos no Contrato de Gestão, será observado como limite para revisão a variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado - Especial (IPCA-E) do IBGE.

18.2. Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no programa de trabalho exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva.

18.3. Em qualquer hipótese de reajuste previsto no subitem 18.1, o pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

19. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1. Todos os prazos mencionados neste edital serão sempre contados em dias corridos, salvo indicação em contrário, excluído o dia de início e incluído o do vencimento. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no órgão ou entidade.

19.2. Qualquer alteração de finalidade ou do regime de funcionamento da organização social, que implique na mudança das condições que instruíram sua qualificação, deverá ser comunicada, com a devida justificativa, imediatamente, à Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de aplicação das sanções cabíveis.

19.3. À adjudicatária caberá inteira responsabilidade por todos os encargos e despesas com salários de empregados, acidentes que possam vir a ser vítimas quando em serviço e por tudo assegurado nas leis sociais e trabalhistas, ficando responsável, outrossim, por quaisquer danos ou prejuízos causados a terceiros ou ao patrimônio municipal por seus empregados.

19.4. Fica esclarecido que a Secretaria Municipal de Saúde não admitirá qualquer alegação posterior que visa ao ressarcimento de custos não previstos no programa de trabalho e no contrato de gestão, ressalvadas as hipóteses de criação ou majoração de encargos fiscais.

19.5. Na execução dos serviços contratados deverão ser observadas, rigorosamente, as especificações preestabelecidas no Projeto Básico e no programa de trabalho. Quando necessários, os ensaios, testes e demais provas requeridas por normas técnicas oficiais, para a verificação da boa execução do objeto da presente Convocação Pública, correm à conta da participante.

19.6. Integram o presente Edital todas as instruções, observações e restrições contidas nos seus anexos:

Anexo I – Minuta de Contrato de Gestão e Anexos;

Anexo II – Projeto Básico e Anexos;

Anexo III – Modelo de Carta de Credenciamento;

Anexo IV – Modelo de Declaração de Visita;

Anexo V – Modelo de Declaração de Fato Superveniente;

Anexo VI – Modelo de Declaração de que a instituição não possui em sua Diretoria pessoa que participe da Diretoria de outra fundação privada ou associação;

Anexo VII – Modelo de Declaração de que a instituição não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de que não emprega menor de dezesseis anos.

Anexo VIII – Modelo de Declaração, Decreto Municipal Nº 41.212/2016

Anexo IX – Modelo de Declaração, Decreto Municipal Nº 41.213/2016

Anexo X – Declaração Referente às Resoluções SMS Nº 2734/2015 e Nº 3208/2017

19.7. Este Edital e seus anexos contêm 152 (cento e cinquenta e duas) páginas, todas rubricadas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2021.

Leonardo Souto de Castilho

Presidente da Comissão Especial de Seleção – Secretaria Municipal de Saúde
Matrícula nº 11/207.457-3

ANEXO I - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 005/2022**MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO**

CONTRATO DE GESTÃO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL _____, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) NO ÂMBITO DA – AP 1.0.

Ao ____ dia do mês de _____ do ano de ____, o Município do Rio de Janeiro, por sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, representado por seu Secretário Municipal de Saúde (nome), _____ (nacionalidade), _____ (profissão), _____ (estado civil), portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo _____, CPF nº _____, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Social _____, estabelecida na _____ (endereço), _____ (Cidade), _____ (UF), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____ (CNPJ), doravante denominada CONTRATADA, representada por _____ (nome do representante legal da organização social), _____ (nacionalidade), _____ (profissão), _____ (estado civil), portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo _____, CPF nº _____, nos autos do processo administrativo nº 09/XXX.XXX/XXXX, após a Convocação Pública nº 002/2020, homologada por despacho do Secretário Municipal de Saúde, datado de XX/XX/20XX (fls. ____ do pp.), publicado no D.O. RIO nº XXX, de XX/XX/20XX, fls. XXX, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Este Contrato DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2018, nº 45.632/2019, nº 46.029/2019, nº 47.552/2020; Resoluções CGM nº 1.124/2016, nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016, Instrução Normativa TCM nº 01/2019; pela Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011; e; no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do Edital de Convocação Pública e de seus anexos, tais como o Projeto Básico, e o Programa de Trabalho da CONTRATADA e pelas disposições deste CONTRATO DE GESTÃO. A Contratada declara conhecer todas

essas normas e concorda em sujeitar-se incondicional e irrestritamente às suas prescrições, sistema de penalidades e demais regras nelas constantes ainda que não expressamente transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO

O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO é o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS) no âmbito da – AP 1.0**, que compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Cumprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, consoante com o Projeto Básico (Anexo II do Edital) e programa de trabalho da organização social (**Anexo Técnico B**), que fazem parte integrante do presente ajuste, e cronograma de desembolso previsto neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Único: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido de novos equipamentos, nos termos das regras previstas no Edital.

CLÁUSULA TERCEIRA – PROGRAMA DE TRABALHO, METAS E INDICADORES

O Projeto Básico e o programa de trabalho são partes integrantes do presente CONTRATO DE GESTÃO, contendo sua especificação, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos e regime de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – PRAZO

O prazo do contrato de gestão será de dois anos, a contar de sua assinatura, sendo prorrogável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior.

CLÁUSULA QUINTA – RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, na forma e nas condições do cronograma de desembolso, o valor global de **R\$ 260.108.402,02 (duzentos e sessenta milhões, cento e oito mil, quatrocentos e dois reais e dois centavos)**, estimado para o exercício de 2022 a 2024, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo Programa de Trabalho n.º XXXXXXXXXXXX e XXXXXXXX, Natureza de Despesa **33.50.85**, Fonte **XXX, XXX**, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º 2022/XXXXX, em XX/XX/2022, no valor de **R\$YY,YY (YYYYYY)**.

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF nº 3120 de 30 de janeiro de 2020.

Parágrafo Segundo – A movimentação dos recursos que forem repassados à CONTRATADA se dará em conta corrente específica e exclusiva, no banco referido no parágrafo primeiro, de modo que não sejam confundidos com os seus recursos de outra origem. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

Parágrafo Terceiro – Os saldos do CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I – em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês;

II – em fundos de curto prazo ou

III – em operações com títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras nos produtos dos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração do capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno.

Parágrafo Quinto – A liberação dos recursos se dará trimestralmente, sendo a primeira parcela liberada em até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecido no cronograma de desembolso - **ANEXO F** do Projeto Básico.

Parágrafo Sexto – As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o programa de trabalho aprovado, salvo autorização prévia da Secretaria, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I – Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II – Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III – Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no programa de trabalho, cabendo à Comissão de Avaliação verificar o percentual de atendimento das aludidas metas.

Parágrafo Oitavo – A CONTRATADA poderá captar, com responsabilidade própria, recursos privados para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO, hipótese em que haverá redução equivalente dos repasses a serem realizados pelo CONTRATANTE ou alteração do programa de trabalho para a formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos. Ambas as situações dependem da celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos repasses orçamentários destinados a este CONTRATO DE GESTÃO para o custeio de taxa de administração.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento de despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, sendo vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO. Tais despesas serão detalhadas no programa de trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro – O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à CONTRATADA a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CLÁUSULA SEXTA – REPASSES ORÇAMENTÁRIOS

Os repasses serão realizados de acordo com o cronograma de desembolso estabelecido no Parágrafo Quinto da Cláusula Quinta.

CLÁUSULA SÉTIMA – REPACTUAÇÃO

Por ocasião da prorrogação na forma da Cláusula Quarta, em havendo interesse público que justifique o aumento do custo nominal do contrato de gestão e dotação orçamentária específica para esse fim, os repasses financeiros para consecução dos objetivos do contrato de gestão poderão ser revistos.

Parágrafo Primeiro – No caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto do contrato de gestão, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;

Parágrafo Segundo – Em relação aos demais custos e despesas previstos no contrato de gestão, será observado como limite para revisão a variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado - Especial (IPCA-E) do IBGE.

Parágrafo Terceiro – Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no programa de trabalho exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva.

Parágrafo Quarto – O pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

I – Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II – Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e na Cláusula Sexta deste CONTRATO DE GESTÃO.

III – Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos repassados, na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA NONA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I – Desenvolver em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Básico, no programa de trabalho e na legislação aplicável.

II – Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários.

III – Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que

causar a Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização empreendida pelo CONTRATANTE.

IV – Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE.

V – Cumprir as metas relacionadas no programa de trabalho.

VI – Providenciar a publicação na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, o qual observará a política de preços apresentada no programa de trabalho, bem como, sempre que possível, os preços constantes de atas de registro de preços ou das tabelas constantes do sistema de custos existentes no âmbito da Administração Pública, desde que sejam mais favoráveis.

VII – Elaborar, submeter à aprovação do Conselho de Administração e encaminhar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, os relatórios de execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.

VIII – Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização dentre outros.

IX – Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos.

X – Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Básico e no programa de trabalho, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais sociais e comerciais resultantes, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO pela Secretaria.

XI – Zelar para que os recursos financeiros repassados pela CONTRATANTE sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no programa de trabalho, atentando para a observância do princípio da economicidade.

XII – Prestar contas dos recursos repassados pela CONTRATANTE, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO.

XIII – Prestar sempre que solicitado, quaisquer outras informações sobre a execução, inclusive financeira deste CONTRATO DE GESTÃO.

XIV – Produzir, guardar e disponibilizar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos.

XV – Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da CONTRATANTE, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre o objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO;

XVI – Permitir que os órgãos de Controle Interno e Controle Externo do Poder Público Municipal terão amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da entidade como um todo, e à decorrente do contrato de gestão, com azo no art. 8º, III, do Decreto n.º 30.780/09, com a redação dada pelo art. 4º do Decreto n.º 31.618/09.

XVII – Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação relativos às atividades públicas gratuitas desenvolvidas.

XVIII – Manter atualizadas as informações cadastrais junto à CONTRATANTE, comunicando à Secretaria Municipal de Saúde e ao GTQ quaisquer alterações nos seus atos constitutivos.

XIX – Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais que comprovem as despesas realizadas para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XX – Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais, de natureza técnica que serão adotados.

XXI – Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades, respeitando o disposto no Projeto Básico e no programa de trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso.

XXII – Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza aos seus empregados e dirigentes;

XXIII – Responsabilizar-se, na forma do CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização do objeto do CONTRATO DE GESTÃO até o seu término, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO:

a) em caso de ajuizamento de ações trabalhistas contra a CONTRATADA, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro ou de entidade da Administração Pública Indireta como responsável subsidiário ou solidário, o CONTRATANTE poderá reter, dos repasses devidos, o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária do CONTRATANTE, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

c) as retenções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser realizadas tão logo tenha ciência o CONTRATANTE da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e previdenciários e serão destinadas ao pagamento das respectivas obrigações caso o CONTRATANTE seja compelido a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA;

d) eventuais retenções previstas nas alíneas “a” e “b” somente serão liberadas pelo CONTRATANTE se houver justa causa devidamente fundamentada.

XXIV – Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas na convocação pública durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO.

XXV – Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições.

XXVI – Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO serão automaticamente incorporados ao patrimônio do CONTRATANTE, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, no

prazo de três dias úteis após a aquisição, juntamente com declaração emitida pela CONTRATADA de que os bens estão fisicamente na unidade onde se desenvolve o contrato de gestão e em perfeitas condições de uso.

XXVII – Apresentar a consolidação de todos os contratos de prestação de serviço por ela mantidos (RET – Relação de Tomadores/Obras) e conceder a outorga eletrônica para acesso ao extrato individualizado de cada empregado utilizado no contrato com o MUNICÍPIO.

XXVIII – Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem na cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o programa de trabalho e com o regulamento próprio para a contratação de obras, serviços e compras.

XXIX - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, membros do Conselho de Administração ou empregados.

XXX - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pelo CONTRATANTE.

XXXI - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização do CONTRATANTE ou sob sua demanda;

XXXII – Atender às exigências da CONTRATANTE acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pelo CONTRATANTE.

XXXIII – Os sistemas informatizados utilizados pela CONTRATADA deverão permitir customizações que possibilitam sua integração com outros sistemas que o CONTRATANTE já utilize ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO.

XXXIV – Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <http://osinfo.prefeitura.rio/>, conforme Decreto Municipal nº 37.079/2013 ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo.

XXXV – Apresentar ao CONTRATANTE, no prazo por ele definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de 2022 e 2024, observando a proposta orçamentária e cronograma de desembolso dos recursos a serem repassados apresentados no programa de trabalho.

XXXVI – Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Projeto Básico e no programa de trabalho, de acordo com o estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO, na Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, com observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) universalidade de acesso aos serviços de saúde;

- b) integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;
- c) gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- d) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- e) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- f) direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;
- g) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- h) fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular;
- i) prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XXXVII – Na prestação dos serviços de saúde, a CONTRATADA deverá observar:

- a) respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- b) manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- c) respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- d) garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- e) garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
- f) esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.
- g) responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;
- h) inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

XXXVIII – Receber médicos residentes vinculados à COREME da Secretaria Municipal de Saúde ou a universidades conveniadas.

XXXIX – Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento Local, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

XL – Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da CONTRATADA, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLI – Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela SMS.

XLII – Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde.

XLIII – Afixar, em lugar visível da unidade municipal de saúde objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

- a) o símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria Municipal da Saúde e do Sistema Único de Saúde
- b) informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro;
- c) indicação de que os serviços prestados são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLIV – Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa.

CLÁUSULA DÉCIMA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será apresentada até o 10º (décimo) dia de cada mês, sendo a última entregue até 30 (trinta) dias após o término do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhada do comprovante de devolução do saldo, se houver.

Parágrafo Primeiro – A prestação de contas será instruída com os seguintes documentos:

I – Relatórios de execução financeira, discriminando o resumo da movimentação de valores, indicando o saldo inicial, o valor de cada despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado.

II – Relatórios indicativos demonstrando a produção contratada e realizada, bem como os resultados dos indicadores e das metas estabelecidos.

III – Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante.

IV – Conciliação do saldo bancário.

V – Cópia do extrato da conta corrente bancária e da aplicação financeira realizada na forma da cláusula quinta, referente ao período compreendido entre a última prestação de contas e a atual.

VI – Folha de pagamento discriminando nome, números do RG, CPF, PIS, CNES e CTPS, função, carga horária, salário e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco.

VII – Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social (FGTS e INSS), de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho, e respectivas CTPS, devidamente anotadas.

VIII – Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso II deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações.

IX – Projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas.

X – A Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, que deverá ser atualizada antes do término do seu prazo de validade de 180 dias.

XI – Cópia de todos os contratos celebrados no período.

XII – Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XIII – Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas.

XIV – A documentação comprobatória prevista no item XIII deverá ser acompanhada de mapa de rateio especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com o CONTRATANTE e outros entes.

XV - Eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo deverão ser comprovados mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação profissional.

Parágrafo Segundo – O repasse da parcela subsequente ficará condicionado à apresentação da prestação de contas na forma do parágrafo primeiro e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Projeto Básico.

Parágrafo Terceiro – A prestação de contas somente será recebida pelo CONTRATANTE se estiver instruída com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Quarto – No caso de erro nos documentos apresentados, serão devolvidos à CONTRATADA, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Quinto – Cada folha da prestação de contas deverá conter rubrica do representante legal da CONTRATADA, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo. Caso a prestação de contas ocorra em via eletrônica, em Painel de Gestão, deverá ser apresentada declaração assinada pelo representante legal da CONTRATADA e pelo contabilista habilitado de que os documentos e informações apresentados são fidedignos e que a prestação de contas foi corretamente realizada.

Parágrafo Sexto – A prestação de contas deverá ser efetuada levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Sétimo – O CONTRATANTE poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Município.

Parágrafo Oitavo – Caberá à CONTRATADA promover, até 01 de agosto de cada ano, a publicação integral, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e de execução deste Contrato aprovados pelo Conselho de Administração.

Parágrafo Nono – O relatório de prestação de contas poderá servir de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo – A CONTRATADA deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Primeiro - A prestação de contas a que se refere a presente cláusula será realizada por meio da alimentação ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <http://osinfo.prefeitura.rio> ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos contratos de gestão, tanto na parte assistencial como financeira.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações da **Estratégia Saúde Da Família (TEIAS) no âmbito da AP 1.0**, identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, em **Anexo I-D**.

Parágrafo Primeiro – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Segundo – Obriga-se a CONTRATADA em relação aos bens imóveis cedidos:

I – Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO em perfeitas condições de uso e conservação, sob pena de, a critério do CONTRATANTE, pagar os prejuízos, ou consertar os danos.

II – Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO e do bem cedido.

III – Pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos.

IV – Retirar às suas expensas, caso solicitado pelo CONTRATANTE, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem no bem cedido, ainda que a ele provisoriamente agregados.

V – Providenciar o seguro contra incêndio às suas expensas, apresentando ao CONTRATANTE a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento.

Parágrafo Terceiro – Os bens móveis cedidos na forma desta cláusula poderão, mediante prévia avaliação e expressa autorização do Prefeito, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, que serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto – A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como as benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – CESSÃO E SUBCONTRATAÇÃO

É vedada a cessão total ou parcial do CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

Parágrafo Único – Nos casos de subcontratação de serviços, o subcontratado será responsável, solidariamente com a CONTRATADA, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente pelos

encargos e obrigações comerciais, cíveis, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FISCALIZAÇÃO

A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá ao CONTRATANTE, em especial à Comissão de Avaliação nomeada por Resolução do Secretário Municipal de Saúde, a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pelo CONTRATANTE, se obrigando a fornecer os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

Parágrafo Segundo – Compete à CONTRATADA fazer minucioso exame das especificações dos serviços, de modo a permitir, a tempo e por escrito, apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas. O silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas.

Parágrafo Terceiro – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quarto – A fiscalização, por meio de relatório mensal ou a qualquer momento, analisará todas as questões pertinentes à execução do CONTRATO DE GESTÃO, em especial o emprego adequado dos recursos públicos repassados e os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade.

Parágrafo Quinto - No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - FORÇA MAIOR

Os motivos de força maior que possam impedir a CONTRATADA de cumprir as metas pactuadas, deverão ser comunicados ao CONTRATANTE, na primeira oportunidade e por escrito, sob pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único - Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração do Programa de Trabalho, desde que por termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pelo descumprimento total ou parcial de obrigação assumida no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, o CONTRATANTE poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87 combinado com o artigo 116 da Lei nº 8.666/1993 e no artigo 589 do RGCAF, garantida prévia defesa:

I - Advertência;

II - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO.

III - Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, conforme o caso, e, respectivamente, nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da CONTRATADA.

IV - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos;

V - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

VI - Perda de qualificação como organização social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Primeiro - A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo - As sanções previstas nos incisos I, IV e V poderão ser aplicadas juntamente com aquelas previstas nos incisos II, III e VI e não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida defesa prévia ao interessado.

Parágrafo Terceiro - As multas previstas nos incisos II e III não possuem caráter compensatório, e, assim, o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto - As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria Municipal de Fazenda no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à CONTRATADA ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Quinto - As sanções estabelecidas nos incisos IV e V são de competência do Secretário Municipal de Saúde.

Parágrafo Sexto - As sanções previstas nos incisos IV e V poderão também ser aplicadas à CONTRATADA caso, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos;

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - RECURSOS

A **CONTRATADA** poderá apresentar, sempre sem efeito suspensivo:

I - Pedido de Reconsideração a ser interposto perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - Recurso a autoridade imediatamente superior a ser interposto e encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 5 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Único - O provimento do recurso importará apenas a invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - RESCISÃO

O CONTRATANTE, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá rescindir o CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Programa de Trabalho, e ainda:

I - Se houver má gestão, culpa, dolo ou violação de lei ou do estatuto social por parte da CONTRATADA.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações do Estatuto da CONTRATADA que impliquem modificação das condições de sua qualificação como organização social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social.

V - Na hipótese de a CONTRATADA não obter no mínimo 50 (cinquenta) pontos na avaliação da execução das metas em 03 (três) relatórios consecutivos.

Parágrafo Primeiro - Na hipótese de rescisão, a CONTRATADA deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do CONTRATANTE os bens cujo uso foi cedido, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo - Na decretação da rescisão, a CONTRATADA ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

Em caso de rescisão unilateral por parte do CONTRATANTE, a CONTRATADA fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados, desde que o repasse tenha obedecido ao cronograma de desembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - PUBLICAÇÃO

A publicação do inteiro teor deste instrumento no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro será providenciada pelo CONTRATANTE no prazo máximo de vinte dias da assinatura.

Parágrafo Único - O inteiro teor deste instrumento, bem como as metas e os indicadores de desempenho pactuados, devidamente atualizados, serão disponibilizados no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro na Internet.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - CONTROLE INTERNO E EXTERNO

O CONTRATANTE providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 5 (cinco) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação de seu extrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - FORO

Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES FINAIS

Na contagem dos prazos, é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, salvo disposição em contrário. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente na Secretaria Municipal de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, de de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Testemunhas

1 _____ 2 _____

ANEXO I-A – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº CP 005/2022

ANEXO I-A AO CONTRATO DE GESTÃO
(DECRETO RIO 43.562/2017)

As partes que a esta subscrevem declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente na relação com a Administração Municipal.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

AGENTE PÚBLICO
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO I-B – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº CP 005/2022

ANEXO I-B AO CONTRATO DE GESTÃO**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA**
(Decreto Rio 43.562/2017)

Para a execução deste instrumento jurídico, as partes declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846/2013, se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e estão cientes de que não poderão oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada.

§ 1º - A responsabilização da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido.

§ 2º - As sociedades controladoras, controladas, coligadas ou, no âmbito do respectivo contrato, as consorciadas serão solidariamente responsáveis pela prática dos atos previstos nesta Lei, restringindo-se tal responsabilidade à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

AGENTE PÚBLICO
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO I-C - MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº CP 005/2022

AUTORIZAÇÃO - DECRETO RIO nº 46.785/2019

(em papel timbrado da empresa)

[razão social da contratada], inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____, por intermédio de seu (sua) representante legal o (a) Sr (a) _____, portador (a) da carteira de identidade nº _____ e inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº _____, AUTORIZA, para fins do Decreto Rio nº _____, o MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, por meio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, representado pelo(a) _____ [autoridade administrativa competente para firmar o contrato], inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____, a fazer desconto em suas faturas e realizar os pagamentos dos salários e demais verbas trabalhistas diretamente aos seus empregados, bem como das contribuições previdenciárias e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, quando esses não forem adimplidos por esta empresa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO I-D - MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº CP 005/2022

CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS**DO CONTRATO DE GESTÃO Nº _____/_____****TERMO DE PERMISSÃO DE USO**

I – Fica permitido, na forma da Lei Municipal nº. 5.026/09, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo nº **09/01/000862/2021**, assim como os bens que lhes guarnecem.

II – O prazo de vigência da presente permissão é o mesmo do Contrato de Gestão ao qual se vincula.

III - Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporadas ao patrimônio municipal, sem direito à retenção.

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à CONTRATANTE a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante prévia aprovação e por escrito do Poder Público Municipal

VII – Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à CONTRATADA para o objeto do Contrato de Gestão, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido por este anexo, serão incorporados ao patrimônio municipal ora arrolado.

VIII – Ficará assegurado o acesso dos servidores municipais vinculados à área técnica e ao Contrato de Gestão às dependências dos bens cedidos.

IX - Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização por escrito, nem poderá ser autorizado o uso do bem público cedido em atividade distinta da prevista no Contrato de Gestão.

X – Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá

contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.

XI – Deverá a CONTRATADA pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do imóvel, inclusive tarifas e taxas.

XII – Relação de bens – <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/13841843/4345727/SISBENSAP1.0.pdf>.

ANEXO II - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 005/2022

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – AP 1.0

Projeto Básico e Anexos Técnicos, para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS), por meio de Contrato de Gestão com Organização Social qualificada no âmbito deste Município, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, na Área Programática – AP-1.0 que compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – S/SUBPAV

PROJETO BÁSICO

Anexo Técnico A – Informações sobre o território

Anexo Técnico B – Roteiro de elaboração do Plano de Trabalho

Anexo Técnico C – Destinação de recursos orçamentários no cronograma

Anexo Técnico D – Apoio pela organização social a gestão das Unidades de Atenção Primária

Anexo Técnico E – Critérios gerais para o acompanhamento do contrato, avaliação e metas

Anexo Técnico F – Cronograma de desembolso e metas físicas

Anexo Técnico G – Normas para custeio das despesas administrativas

CONSIDERANDO a necessidade de qualificar os serviços prestados, trazendo benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), definidos como: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado;

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 5.026, de 2009 que ampara a Secretaria Municipal Saúde (SMS) na celebração de parcerias com pessoas jurídicas de sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e que estejam qualificadas como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO que o Contrato de Gestão nº 021/2013, firmado em 01/11/2013, vigente até 31/10/2019, onde o Cronograma de Metas Físicas estabelecido através do Termo Aditivo nº 027/2015 era de 85 equipes de Saúde da Família e 9 equipes NASF;

CONSIDERANDO que foram firmados 08 (oito) Termos Aditivos, sendo eles: 21/2014; 27/2015; 11/2016; 035/2017; 036/2017; 033/2018; 034/2018 e 21/2019;

CONSIDERANDO que o Contrato de Gestão 025/2019 firmado com a OSS Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social – IDEIAS, após os procedimentos legais de Convocação Pública reduz o Cronograma de Metas Físicas para 63 equipes de saúde da família e 6 equipes NASF;

CONSIDERANDO que Contrato de Gestão nº 025/2019 constituiu o 2º ano de Contrato com validade de 31 de outubro de 2021 e renovação por igual período a fim de não haver descontinuidade de assistência na referida AP;

CONSIDERANDO que, para cobertura de 100% da área pela Estratégia de Saúde da Família, são necessárias 90 equipes, dados os 319.863 habitantes estimados de acordo com projeção do Instituto Pereira Passos (IPP) e a proporção média de 3.450 habitantes por ESF;

CONSIDERANDO a divergência entre os salários base das categorias profissionais praticado no Contrato de Gestão vigente na AP-1.0, e os salários praticados para as mesmas categorias com mesma carga horária, nas demais Áreas de Planejamento da cidade;

CONSIDERANDO a necessidade de isonomia, equiparação e competitividade para captação e provimento de profissionais de saúde, em especial médicos;

CONSIDERANDO que, por sua capilaridade e configuração como porta de acesso aos serviços de saúde, a expansão da APS deve permanecer prioritária, sendo este o planejamento da gestão atual desde os primeiros meses de 2021;

OBJETO

Projeto Básico para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS), por meio de Contrato de Gestão com Organização Social qualificada no âmbito deste Município, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, na Área de Planejamento – AP-1.0 que compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangureira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

OBJETIVO GERAL

Gerenciar, administrar, operacionalizar e executar, pela CONTRATADA, as ações e serviços de saúde no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 1.0, com previsão de adaptações na manutenção e adequação de equipamentos, programação visual, serviços

especializados e despesas operacionais das Unidades de Atenção Primária sob sua responsabilidade, atribuídos a CONTRATADA, previsto neste Projeto Básico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Operacionalizar, apoiar e executar, pela CONTRATADA, as atividades e serviços junto às equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB), equipes de Consultório na Rua (CnaR), assistência Farmacêutica, Serviços de Atenção Especializada (SAE) e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS da AP-1.0;

Contratar profissionais para atuação nas eSF, eSB, CnaR, NASF-AB, SAE e CAPS, de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo público;

Realizar o fornecimento regular dos insumos da grade padronizada e a manutenção dos equipamentos com pleno funcionamento, para a assistência das equipes nas Unidades de Atenção Primária (UAP);

Contratar serviços de prestação continuada como concessionárias, conectividade, profissionais de apoio às Unidades de Atenção Primária e às equipes de saúde, entre outros serviços especializados como: Radiografia com telelaudo e Ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; serviço de oftalmologia – refração e de retinografia digital; serviço de confecção de próteses dentárias; serviço de apoio, manutenção e suporte dos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico do Cidadão; dentre outros serviços necessários à boa realização dos objetivos estabelecidos neste Projeto Básico e de acordo com as necessidades definidas pela Coordenação de Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento e S/SUBPAV/SAP;

Implantar, manter e dar suporte aos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico da Atenção Primária à Saúde;

Desenvolver ações de educação, vigilância e promoção da saúde de acordo com as normas vigentes e orientações estabelecidas pela CONTRATANTE;

Prestar assistência em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública;

Garantir o fornecimento e a utilização de uniforme e crachá padronizados pela SMS-Rio para todos os funcionários de saúde (orientação está no catálogo de uniformes da S/SUBPAV);

Adequar a programação visual, manutenção e adaptação das Unidades de Atenção Primária, de acordo com a orientação vigente da S/SUBPAV.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto, deverá atuar sobre dois aspectos:

Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);

Implantação da Comissão de Prontuários;

Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico / paciente, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto à SMS-Rio.

Atenção ao Usuário

Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário; aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações / sugestões dos usuários.

Composição das equipes de Saúde da Família

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deverá ser composta por no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 Agente Comunitários de Saúde (ACS) e 01 Agente de Vigilância em Saúde (AVS). Será utilizado como padrão no Município do Rio de Janeiro a proporção de 04 (quatro) até 06 (seis) ACS para cada eSF, e de até 02 (dois) técnicos de enfermagem para cada eSF.

Cada eSF é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microáreas – território onde habitam entre em média 400 e 680 pessoas, correspondente à atuação de 01 (um) Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas deve ser de 3.450 pessoas.

Em média, para cada 03 (três) equipes de Saúde da Família (eSF) existe 01 (uma) equipe de Saúde Bucal (eSB).

A equipe de Saúde da Família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME do PRMFC da SMS-Rio ou das universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso, cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficarem corresponsáveis pelas pessoas adscritas à eSF.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	2 por eSF
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H	(*) 4 a 6 por eSF
EQUIPE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO-DENTISTA DA FAMÍLIA	40H	1 para cada 3 eSF
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 3 eSF
EQUIPE APOIO E GESTÃO (**)	FARMACÊUTICO	40H	1 por UAP
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	1 por UAP
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	3 para cada UAP
	GERENTE ***	40H	1 por UAP
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	44H	5 para cada UAP
	PORTARIA	12/36H	2 para cada UAP
CnaR	MÉDICO	40H	1 por CnaR
	ENFERMEIRO	40H	1 por CnaR

	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	1 por CnaR
	AGENTE SOCIAL	40H	1 por CnaR
	ASSISTENTE SOCIAL	30H	1 por CnaR
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
NASF-AB / SAE	MÉDICO	40H	1 por equipe
	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICO	40H	4 por equipe

(*) O número de agentes está vinculado à população adscrita.

(**) O número de profissionais está vinculado ao número de Unidades de Atenção Primária.

(***) Resolução SMS nº 4852 de 31 de março de 2021.

Critérios para composição de horário das equipes

- A composição de horário das equipes deve seguir a orientação da Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente, e ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Durante o horário de funcionamento da Unidade, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;
- Sempre deve haver na unidade pelo menos um médico e um enfermeiro;
- A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 04 (quatro) dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho;
- Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;
- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independentemente do tipo de vínculo;
- Salvo em situações excepcionais, as Unidades de Atenção Primária devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de Saúde da Família durante todo o horário de funcionamento;
- As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção.

Em uma mesma AP as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas. Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um componente técnico por categoria deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso. Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade, a Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP) e a Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (S/SUBPAV/SIAP) devem ser comunicadas o mais breve possível.

Estrutura das Unidades de Saúde

Prioritariamente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve realizar escala de atendimento na recepção, com guichê de atendimento identificado por equipe de abrangência. Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos da população. Todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por e-mail dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e e-mail da equipe ou da unidade deve sempre estar em local visível;

Minimamente, as unidades devem dispor de 01 (um) consultório por equipe de Saúde da Família, sendo o ideal pelo menos dois consultórios por equipe. Estes devem apresentar identidade visual, com a identificação da equipe / área de abrangência;

Deve-se apresentar uma relação com o nome dos profissionais de saúde e horários de atendimento, e esta deve ficar exposta para a população em local visível na recepção, bem como o horário de funcionamento da unidade;

A agenda dos profissionais deve ser organizada a partir dos prontuários eletrônicos. Quando não for possível, esta deve estar disponível na recepção;

Toda Unidade de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro deve ter minimamente a seguinte relação de salas / espaços:

1 Administração	1 Almoxarifado	1 Auditório
Banheiro masc. e fem.	1 Copa	Consultório (s)
Consultório (s) odontológico	1 Depósito materiais de limpeza	1 Farmácia
Recepção	1 Sala de curativo	1 Sala de espera
1 Sala de esterilização	1 Sala de expurgo	1 Sala de imunização
1 Sala de coleta / procedimentos	1 Sala de observação clínica	1 Sala de reunião
1 Sala dos agentes (ACS/AVS)		

Toda Unidade de Atenção Primária deve oferecer coleta de exames laboratoriais em dias úteis. Para coleta de exame de gravidez e de baciloscopia não deve haver restrição de horário de recebimento do material. Para acondicionamento de amostras de escarro, deve-se ter disponível caixa térmica com gelox e/ou geladeira frigobar (se período de acondicionamento > 1 dia).

Os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais, realização de teste rápido e acolhimento devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.

A sala de imunização deve estar em atividade durante todo o horário de funcionamento da unidade, não existindo dias para vacinas específicas, ao exemplo da BCG, com oferta de todas as vacinas disponíveis no Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) otimizando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal.

A unidade deve ser bem sinalizada com os fluxos de atendimento bem definidos para a população.

Toda unidade deve ter em local visível à população, um painel contendo minimamente as seguintes informações:

Horário de funcionamento da Unidade;

Mapa da área de abrangência e relação de ruas, identificando nominalmente os profissionais de referência, no caso das equipes de Saúde da Família;

Relação nominal dos profissionais com a respectiva programação semanal de cada um, contendo horário e atividade desenvolvida;

Relação nominal de profissionais com suas respectivas cargas horária de acordo com o contrato de trabalho;

Data/hora/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade;

Relação dos representantes da população e profissionais que integram o Colegiado Gestor Local;

Data/Hora/Local das reuniões do Colegiado Gestor Local, bem como dos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde;

Telefone, e-mail e site da Ouvidoria da CAP e da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Relatório de acompanhamento de metas: Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de um “placar da saúde” com a devida atualização mensal dos indicadores de saúde. Este placar deve ficar em local visível na unidade.

Território de Abrangência: É o território pelo qual a Unidade de Atenção Primária é responsável pela assistência à população. Deve-se levar em consideração vários fatores como área de influência, barreiras geográficas, densidade demográfica e fatores locais como violência. Todos os moradores de uma região de abrangência (área adscrita) são de responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) definida para aquela área. Entendendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e porta de entrada do sistema de saúde, independentemente da situação de saúde de uma pessoa, as eSF devem continuar o acompanhamento daquela pessoa. Exemplo: paciente com câncer em tratamento em serviço especializado; paciente em hemodiálise; paciente portador de coronariopatia grave; portadores de transtorno mental; etc., devem continuar sendo atendidos e cuidados pela eSF de referência.

Portanto, todas as instituições e equipamentos sociais na região devem receber um olhar e responsabilização por parte das equipes de SF, mesmo que sob tutela institucional. Exemplo: pessoas em instituição de longa permanência para idosos (ILPI); residências terapêuticas; etc., independentemente de serem públicas ou privadas devem ser assistidas também pelas eSF.

Toda equipe deve trabalhar com o mapa de seu território de forma dinâmica, usando o conceito de “território vivo”, estando atenta a mudanças nas condições de saúde da população. As equipes devem estar instrumentalizadas a analisar e atualizar os indicadores no seu território e mapear todos os equipamentos sociais, marcadores preferenciais (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, crianças em risco nutricional).

A CONTRATADA deverá oferecer a manutenção, adaptação física e programação visual das unidades de acordo com as orientações vigentes da S/SUBPAV;

A manutenção inclui manutenção predial, manutenção dos equipamentos tanto preventiva quanto corretiva;

A adaptação física das unidades deverá ter aprovação dos custos e do projeto básico pela Coordenação Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento;

A programação visual inclui desde a aplicação de identidade visual nas salas, identificação das salas, painéis educativos, painéis com protocolos clínicos;

A CONTRATADA deverá realizar a Contratação dos profissionais para atuação nas equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB), Assistência Farmacêutica, Serviço de Apoio Especializado (SAE), Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo;

O processo seletivo deve ser público e com ampla divulgação;

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem obrigatoriamente passar por processo seletivo que inclua mérito acadêmico e profissional, levando-se em conta títulos de especialidade e experiência prévia comprovada na atuação em Saúde da Família. No caso dos CAPS, especialidade e experiência prévia em Saúde Mental;

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem estar cadastrados no SCNES (Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde);

Todos os profissionais contratados devem utilizar ponto biométrico na própria unidade para registro diário de frequência. Não é permitida a flexibilização da carga horária para nenhum profissional, porém a distribuição da carga horária na semana pode ser pactuada localmente;

O horário padrão de todos os profissionais deve estar disponibilizado na recepção de todas as Unidades de Atenção Primária para que seja consultado pela população;

A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de saúde constantes na Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente. Sendo assim, todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS-Rio devem ser implementados e garantidos em todas as Unidades de Atenção Primária.

Consulta de urgência e Atendimento de emergência: faz parte das atribuições de toda Unidade de Atenção Primária e de toda equipe de Saúde da Família prestar atendimento de urgência sob demanda espontânea;

Todos os profissionais devem estar aptos a reconhecer situações de alerta e de gravidade.

Os casos de emergência que porventura derem entrada na unidade devem ser prontamente atendidos e, havendo necessidade deve-se:

Solicitar a remoção do paciente diretamente na plataforma virtual de Vaga Zero da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, devendo haver a classificação de risco clínico, e informar qual tipo de ambulância se faz necessário para a adequada remoção. A equipe de Saúde da Família deve escrever o relato do caso em duas vias e anotar no livro de ocorrência da unidade, em caso de rompimento deste fluxo deve-se entrar em contato imediatamente com a CAP.

Até a remoção, todas as medidas para estabilização clínica hemodinâmica e respiratória necessárias devem ser assumidas e o paciente deve permanecer em observação. Nestes casos, a remoção deve ser assegurada o mais prontamente possível. Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta de emergência, com materiais e medicamentos padronizados nesta Carteira de Serviços, e as equipes devem estar preparadas para o atendimento de emergência.

Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta para emergência, com itens e medicamentos padronizados nesta carteira e no protocolo municipal de atendimento à urgência e emergência, e as equipes preparadas para atendimento de emergência.

Procedimentos

Uma lista completa de procedimentos e de cirurgias ambulatoriais está disponível na seção “Procedimentos / cirurgias ambulatoriais”.

Toda Unidade de Atenção Primária deve minimamente oferecer serviços de inalação, curativos, imunização, pequenos procedimentos cirúrgicos.

Visitas domiciliares dos agentes de saúde

1. Agente Comunitário de Saúde (ACS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco, com a frequência mínima:

- Diária: tuberculose, hanseníase;
- Semanal: gestantes de alto risco, crianças até 30 dias;
- Mensal: gestantes de risco habitual, crianças de 1 mês a 1 ano, acamados, Cartão Família Carioca (CFC);

- Trimestral: hipertensos, diabéticos, crianças de 1 a 2 anos;
- Semestral: crianças de 2 a 6 anos, idosos (≥ 60 anos), Auxílio Brasil (AB).

2. Agente de Vigilância em Saúde (AVS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco ambiental e do domicílio, com a frequência mínima de duas vezes ao ano por domicílio.

3. Visita domiciliar solicitada na unidade de saúde: o ACS deve realizar a primeira avaliação, seguida de agendamento pela equipe técnica (técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista e/ou médico) em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis, caso seja confirmada a necessidade.

O atendimento domiciliar pela equipe deve ser prestado de forma a garantir resolutividade e continuidade dos cuidados. Nesse sentido, ela deve prever na programação semanal a realização de atendimento domiciliar, conforme as necessidades de saúde da população do seu território de abrangência e, concomitantemente, pela avaliação da estratificação de risco e vulnerabilidade clínica (ex.: idade, cuidados paliativos, multimorbidade, polifarmácia, mobilidade, dependência funcional, dentre outros). O resultado de cada visita domiciliar deve ser repassado à equipe para o conhecimento de cada caso e encaminhamento de acordo com sua realidade.

Consultas

Toda Unidade de Atenção Primária deve organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto, sempre que possível, evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia / horário específico;

A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade;

As unidades devem organizar o serviço de modo a priorizar o atendimento a gestantes, idosos (acima de 60 anos), e pessoas com necessidades especiais;

Todos os procedimentos como medição antropométrica, aferição de Pressão Arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta;

Toda Unidade de Atenção Primária deve garantir o atendimento de consultas agendadas e de demanda não programada;

Os casos emergenciais devem ter os procedimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período;

A condição não urgente pode ser agendada para até dois dias úteis;

O tempo máximo para o agendamento de consulta (que não seja intencionalmente programada desta forma) não pode exceder 30 dias úteis;

Os retornos agendados deverão respeitar os protocolos preconizados. Sempre que houver necessidade de consulta de retorno, o usuário deverá sair da unidade com o agendamento em mãos;

Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade, sendo necessário o preenchimento das informações pertinentes em prontuário e anotação no livro de ocorrência da unidade.

Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem faz parte da assistência à saúde centrada na pessoa, e deve ser orientada de acordo com protocolos clínicos da SMS-Rio, da SES/RJ e do Ministério da Saúde (MS). As consultas de puericultura e de assistência ao pré-natal e puerpério, idealmente devem ser intercaladas entre o médico e o enfermeiro.

A prescrição de enfermagem e solicitação de exames complementares devem seguir os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas e/ou decretos que regulamentem tais procedimentos.

Consulta de Saúde Bucal

A consulta com o profissional cirurgião-dentista deve ser realizada com atenção integral na saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde), individual e coletiva, a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos com resolubilidade. O cirurgião dentista deve realizar procedimentos clínicos, como planejamento de trabalho prioritariamente por hemiarcada, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, com os recursos materiais e insumos disponíveis na UAP.

Atestados de saúde

1. Atividade física: deve ser realizada por médico e é necessário agendamento de consulta.
2. Afastamento ou repouso: deve ser realizado por médico e cirurgião dentista conforme avaliação clínica.
3. Comparecimento: pode ser realizado por qualquer profissional da unidade com data e hora do comparecimento do usuário.
4. Necessidades especiais: deve ser realizado por médico mediante a apresentação do Número de Identificação Social (NIS).
5. Atestado falso ou sem justificativa clínica: a emissão pode implicar processo ético administrativo profissional, entre outras implicações legais, conforme previsto nos artigos 297 e 302 do Código Penal, e acarretar demissão por justa causa e pena — detenção de 1 (um) mês a 1 (um) ano.

Toda pessoa com deficiência física, visual, intelectual ou auditiva deve receber o seu laudo médico na atenção primária, com o CID10 da deficiência incluído.

A emissão da DNV só deverá ocorrer para os casos de nascimentos ocorridos em domicílio ou na unidade de APS que não tiveram passagem por unidade hospitalar, desde que cumpridos os requisitos de avaliação médica ou de enfermagem e haja a apresentação de testemunhas devidamente identificadas por meio de documentação oficial. Para os casos que não se dispõem dos requisitos anteriormente indicados, deverá ser realizado encaminhamento ao Conselho Tutelar da área de residência.

Declaração de óbito na unidade de saúde ou no domicílio

A emissão do atestado de óbito é ação obrigatória do profissional médico. Todas as unidades de saúde devem ter disponível:

- Declaração de Óbito (DO);
- Orientações para preenchimento da DO;
- Livro de registro de óbitos;
- Livro de registro de DO recebidas, utilizadas e rasuradas.

Em caso de óbito na UAP ou domiciliar durante o horário de funcionamento da unidade, deve ser realizada visita domiciliar no dia, por médico da UAP, sendo, preferencialmente, o médico da equipe de referência para o fornecimento da Declaração de Óbito (DO).

A determinação de causa básica provável, nos óbitos com ou sem assistência, deve basear-se:

- a. Na história clínica, por meio de relato de familiares ou acompanhantes;

- b. Nos registros médicos (prontuário, laudos, receitas, atestados, outros);
- c. Em resultados de exames complementares apresentados, recentes ou antigos.

Nos casos em que não haja a possibilidade de definição da causa diretamente relacionada ao óbito por causa natural, por não haver nenhuma informação disponível ou não ser possível definir uma hipótese provável, o médico deve inserir na DO “Causa Indeterminada” (Código R99 do CID-10).

Em situações de suspeita de morte por causa violenta, sem informação do óbito por causa natural, o profissional médico deverá registrar o óbito em receituário comum, entregá-lo ao familiar e comunicar imediatamente à delegacia de polícia do território da UAP, para ciência e encaminhamento do corpo ao Instituto Médico Legal (IML).

Encaminhamentos externos

1. Encaminhamento à outra unidade de saúde: deve ser realizado somente com o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), nas plataformas oficiais.
2. Solicitação: no momento da inserção no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou no Sistema Estadual de Regulação (SER), deve ser entregue o código de solicitação para o paciente, para acompanhamento.
3. Autorização: é obrigação da unidade de saúde solicitante informar, por telefone ou presencialmente em visita domiciliar, a data, o local e o horário da marcação da consulta ou do procedimento.
4. Orientação: no dia da consulta ou procedimento na unidade para qual foi encaminhado, o usuário deve levar a Guia de Referência e Contrarreferência assinada e carimbada, a Guia de Autorização de Procedimento Ambulatorial (SISREG/SER) impressa, um documento com foto, o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o número do Cadastro de Pessoa física (CPF).
5. Obrigatório: a unidade para qual o paciente foi encaminhado deve preencher a parte inferior da Guia de Referência e Contrarreferência, para considerar que aquela consulta ou procedimento realmente ocorreu.
6. Alta hospitalar: o paciente deve apresentar nesta Unidade de Atenção Primária o resumo de alta médica impresso.

Assistência farmacêutica

Assistência farmacêutica Toda Unidade de Atenção Primária deve apresentar um plano de uso racional de medicamentos que deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo à Assessoria de Assistência Farmacêutica.

Toda UAP deve dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais. A dispensação deve ser realizada mediante apresentação de receita válida e, preferencialmente, por profissional com treinamento para tal, em especial, técnico de farmácia ou farmacêutico, e registrada na plataforma DISPENSAMED ou similar.

A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade, e deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na unidade. Fica vedada a visita de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis.

A validade da receita comum deve ser informada pelo profissional de saúde e é determinada pelo intervalo entre consultas. Caso a medicação seja de uso contínuo e não haja especificação da validade de receita simples, esta terá validade para dispensação de até 12 (doze) meses para

anticoncepcionais e até 6 (seis) meses para demais medicamentos. Nesse sentido, a dispensação deverá ocorrer para o período mensal. O profissional de saúde deve identificar na receita a informação que o medicamento é de “USO CONTÍNUO”.

Para efeitos de validade de receita simples, nenhum anti-inflamatório, analgésico, antitérmico e antibiótico deve ser considerado como “uso contínuo”.

Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP, que deve consolidar as informações e comunicar a gerência de assistência farmacêutica da SMS-Rio.

Toda prescrição de medicamento não contido na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) deve ser acompanhada de orientação de que a medicação em questão não é dispensada na unidade. Toda a relação de medicamentos disposta na REMUME deve ser dispensada nas unidades de atenção primária.

Medicamentos para doenças respiratórias

Todos os pacientes com asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) devem ter o fornecimento da medicação vinculado a, pelo menos, uma consulta a cada 6 (seis) meses com o médico e o enfermeiro da equipe. Mesmo que o paciente faça acompanhamento em serviço especializado (policlínica, hospital etc.), deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe.

Medicamentos para diabetes mellitus (antidiabéticos orais e insulina)

As unidades devem possuir, minimamente, geladeira (frigobar) para o acondicionamento, e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina — todo profissional da equipe de Saúde da Família deve acompanhar a pessoa com diabetes, esteja ou não indicado o uso de insulina.

O fornecimento da insulina e demais insumos deve ser vinculado a, pelo menos, uma consulta a cada 3 (três) meses com o médico e o enfermeiro da equipe. Mesmo que o paciente faça acompanhamento em serviço especializado (policlínica, hospital etc.), deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe.

Todos os pacientes em uso de insulina cadastrados e moradores da área de abrangência da UAP devem receber os insumos (tiras de glicemia, glicosímetro, lancetas, lancetador, seringas ou canetas de insulina) necessários para a aplicação de insulina e o monitoramento domiciliar.

Hanseníase, HIV e tuberculose

Deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na UAP, durante todo o seu horário de funcionamento. Os medicamentos do esquema básico tanto da tuberculose (TB) como da hanseníase devem estar disponíveis em todas as UAP.

Todos os esquemas diferenciados (formulação dispersível para tratamento infantil de TB, drogas isoladas para tratamento de tuberculose e hanseníase, e novos esquemas terapêuticos de Infecção Latente por Tuberculose — ILTB) deverão ser comunicados ao Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da CAP, para que o medicamento seja direcionado à UAP.

Para a dispensa de talidomida (Programa de Hanseníase) é necessário obedecer às normas especiais dispostas na Portaria SVS/MS nº 344/98 e na RDC nº11/2011. Este medicamento está disponível apenas nas unidades de saúde credenciadas.

Os medicamentos antirretrovirais podem ser prescritos em qualquer UAP e também por médicos infectologistas da rede particular, podendo ser retirados em qualquer unidade cadastrada no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

- Usuários em uso contínuo e com indicação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) devem retirar a medicação nas UAP, mediante apresentação de formulário específico, que pode ser emitido na própria UAP.
- Usuários com indicação de uso contínuo da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) podem retirar a medicação nas UAP mediante apresentação de formulário específico para a dispensa, que pode ser emitido nas UAP em que haja profissionais aptos a realizar sua prescrição.

ATENÇÃO: Todos os medicamentos destes agravos deverão ser liberados mediante o número da notificação (quando agravo notificável) e receita em formulário específico.

Medicamentos controlados (receituário de controle especial tipos A, B, B2 e comum)

Toda Unidade de Atenção Primária deve ter disponível receituário de controle especial. A prescrição de medicamento controlado não é vedada ao médico que atua na Atenção Primária, mas deve sempre seguir os princípios de uso racional de medicamentos. Toda UAP deve ter condições para a dispensação de medicamento controlado, respeitando as normativas vigentes. A organização da distribuição de medicação controlada nas unidades deve ser feita em conjunto com o Núcleo de Assistência Farmacêutica da CAP, na presença de farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação.

Colegiado gestor

1. O diretor/gerente deve se comprometer a reunir as lideranças locais na primeira semana de cada mês, para prestar contas do funcionamento da unidade, ouvir avaliações e apresentar possíveis ajustes de funcionamento.
2. As equipes devem se reunir semanalmente para educação permanente e planejamento das ações de saúde. Neste momento, o acolhimento deve ser realizado por equipe de retaguarda.
3. Contribua com o funcionamento da sua unidade fazendo um elogio, crítica ou sugestão de melhoria, ligando 1746.
4. Fale com a direção/gerência ou responsável pela unidade imediatamente em caso de insatisfação — sua crítica é fundamental para melhorarmos nossos processos. Caso considere que seu problema não tenha sido resolvido, registre o ocorrido com data, hora e nome dos envolvidos ligando 1746, e caso não haja resposta que julgue adequada, registre o ocorrido na Ouvidoria do Ministério da Saúde, ligando 136.
5. Se desejar conhecer mais detalhes sobre a sua unidade e todos os serviços que ela oferece, consulte a Carteira de Serviços da APS-Rio disponível na Recepção da unidade.
6. Conheça os dados de saúde da sua unidade disponíveis no Placar da Saúde, que tem atualização mensal.

A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de saúde constantes na Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente. Sendo assim, todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS-Rio devem ser implementados e garantidos em todas as Unidades de Atenção Primária.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de um serviço de Apoio às equipes de Saúde da Família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) e sua resolubilidade, através da qualificação das equipes, atendimento conjunto, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem. Preferencialmente, as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), constantes na Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 e na Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS

do Ministério da Saúde. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

A composição de cada um dos NASF-AB será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

O cadastramento desses profissionais é realizado diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF), ampliando sua composição mínima. Podendo, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB/SAE ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Imagem

Em toda Unidade de Atenção Primária esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF);

Os exames de imagem (radiografia, ultrassonografia com ou sem doppler, tomografia) devem ser integrados, preferencialmente, aos prontuários eletrônicos de forma que a imagem seja disponibilizada automaticamente para ser acessada pelo profissional técnico da equipe;

Os exames devem ser disponibilizados com laudo, podendo ser utilizado para tanto telerradiologia (laudo para a radiologia).

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Refração

Considerando este procedimento muito prevalente na atenção primária e com demanda reprimida, deve-se expandir o acesso ao serviço à população.

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família;

Deve-se garantir a prescrição das lentes corretivas aos pacientes quando for o caso;

Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação;

Recomenda-se que o preço por exame siga a tabela de procedimentos do SUS;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Retinografia Digital

Considerando este procedimento muito prevalente na atenção primária e com demanda reprimida, deve-se expandir o acesso ao serviço à população;

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família;

Sugere-se a implantação de Retinógrafo Digital móvel que permita laudo à distância - telemedicina para otimização de custo-efetividade;

O exame deve ser realizado na Atenção Primária, porém a análise da imagem pode ser realizada a distância;

Deve-se garantir a avaliação de profissional especializado - oftalmologista com laudo;

Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação;

Recomenda-se que o preço por exame siga a tabela de procedimentos do SUS;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Confeção de Próteses Dentárias

Esta ação é atribuição da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde Bucal;

Os moldes devem ser realizados na própria Unidade de Atenção Primária, podendo ser o Laboratório para Confeção das Próteses concentrado em outro endereço na Área de Planejamento ou Município do Rio de Janeiro, desde que garantido o prazo máximo de 30 dias desde a confecção do molde e a implantação da prótese dentária;

Caberão às equipes de Saúde Bucal da unidade a modelagem, avaliação e manutenção das próteses;

A CONTRATADA deverá implantar e/ou manter os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as metas físicas em contrato, sendo suas características:

Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário. Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve constar no projeto terapêutico de cada usuário.

As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com as equipes de SF, NASF-AB/SAE-AB, CMS, Policlínica, Hospital). Deve ser realizada pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou em grupo ou familiar a menos no mês.

A CONTRATADA deverá oferecer nas Unidades de Atenção Primária Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública.

- Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública

Objetivo: Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade; Ações de Organização dos Serviços Assistenciais: Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência à saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e uma Estratégia Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúde subsequentes.

Quando este é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só encaminhado à assistência secundária ou terciária os casos de agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa se reitera como a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde. O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMS-Rio como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades da rede de atenção, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância;
- Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- Oferta de testagem e serviços de laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo.

ESPECIFICAÇÕES DAS ATIVIDADES DE SAÚDE

Os profissionais previstos para as equipes de Saúde da Família correspondem a equipes completas conforme indicação do Ministério da Saúde, além de apoio administrativo e apoio para informação em saúde.

PRAZOS

Será concedido à CONTRATADA o prazo máximo de até 30 (trinta) dias para início da execução dos serviços, a partir da publicação do contrato devidamente assinado, podendo ser antecipado ou postergado se assim for entendido e definido pelo gestor da SMS-Rio, em função do atendimento de suas necessidades.

O prazo de vigência do contrato será de 24 meses, a partir da data de assinatura do contrato de gestão.

CONFORMIDADE COM PROTOCOLOS E DIRETRIZES FORMULADOS PELA CONTRATANTE

A CONTRATADA deverá cumprir recomendações específicas sobre fluxos, formulários, informações específicas e protocolos clínicos instituídos pela CONTRATANTE e que estejam vigentes.

CONFORMIDADE COM CAMPOS DE ESTÁGIO E FORMAÇÃO EM SAÚDE PELA CONTRATANTE

A CONTRATADA deverá permitir a utilização das Unidades de Atenção Primária como campo de estágio para a Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, e graduação em saúde quando conveniados com a CONTRATANTE ou outros programas firmados com o Ministério da Saúde ou demais autarquias.

Fica vedada à CONTRATADA a disponibilização das Unidades de Atenção Primária para campo de estágio sem a anuência por escrito da CONTRATANTE através da SMS-Rio.

DA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem obrigatoriamente passar por processo seletivo que inclua mérito acadêmico e profissional, levando-se em conta títulos de especialidade e experiência prévia em Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como as Resoluções da SMS-Rio vigentes. No caso dos CAPS, especialidade e experiência prévia em Saúde Mental.

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem estar cadastrados no SCNES (Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde).

DA LINHA DE BASE PARA TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL

A OSS deverá considerar os setores censitários (Fonte: Censo Demográfico do IBGE – 2010) dos bairros/comunidades que integram o objeto deste contrato de gestão. Os mesmos serão atualizados durante o cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Caberá à SUBPAV e à CAP a definição das áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária, das equipes de atenção primária bem como das microáreas dos agentes comunitários de saúde, estando as mesmas disponibilizadas em link virtual específico a ser disponibilizado pela S/SUBPAV.

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A CONTRATADA deverá manter atualizados os sistemas de informação adotados pela CONTRATANTE, bem como gerar os arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a CONTRATANTE solicitar;

Toda a unidade de saúde sob gestão da CONTRATADA deve ter todos os postos de trabalho informatizados, com conectividade e Prontuário Eletrônico em funcionamento;

A CONTRATADA deve garantir conectividade, servidor de dados (datacenter) central, servidor / concentrador de dados em cada unidade de saúde, manutenção; customização do sistema e treinamento continuado dos profissionais, podendo exigir da empresa prestadora de serviços de prontuário eletrônico essas garantias;

A CONTRATADA deve oferecer suporte de Tecnologia em Informação a todas as unidades sob gestão. A resposta aos chamados de suporte deve ser atendida em até 24 horas;

O banco de dados de todos os pacientes é de propriedade da CONTRATANTE, devendo ser fornecido um backup (cópia) dos dados a qualquer momento, bem como a utilização de padrões internacionais que permitam a migração dos dados em caso de substituição da CONTRATANTE ou da empresa de prontuário eletrônico;

A CONTRATADA ou a empresa de prontuário eletrônico por ela contratada, deve disponibilizar um portal web para gerar relatórios gerenciais bem como possibilitar acesso aos dados clínicos para auditoria clínica a nível local, regional através das Coordenações Gerais de Atenção Primária (CAP) das Áreas de Planejamento (AP) e do nível central (S/SUBPAV);

A CONTRATADA deve garantir o funcionamento do prontuário eletrônico nas Unidades de Atenção Primária sob gestão durante todo o horário de funcionamento das unidades. Para tanto, deve-se garantir medidas que possibilitem manter o prontuário em pleno funcionamento, como redundância de conectividade e servidores locais;

Todos os impressos oficiais da CONTRATANTE padronizados pela S/SUBPAV/SAP devem ser preenchidos e impressos a partir do prontuário eletrônico;

Alguns requisitos mínimos para os prontuários eletrônicos devem ser garantidos no momento da contratação do serviço:

- O prontuário deve ser construído para ser utilizado na Atenção Primária à Saúde;
- Deve ser familiar, permitindo a identificação e acesso aos prontuários dos demais membros da família;
- Deve ter uma lista de problemas ativos e inativos;
- O registro clínico deve ser organizado no método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano);
- Deve-se utilizar como padrão para classificação de doenças a tabela do CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) permitindo a conversão para a codificação do CID (Classificação Internacional de Doenças);
- Deve permitir a impressão de formulários como: Receituário, Receituário Especial, Atestados, Notificações compulsórias, Declaração de Comparecimento, Requisição de Exames (incluindo de Alto Custo - APAC), Encaminhamento de Usuários (Guia de Referência e Contra Referência), Solicitação de Exames Citopatológicos e Mamografias. Esses formulários são padronizados pela S/SUBPAV/SAP;
- Permitir o acompanhamento da gestante (pré-natal), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor em crianças, acompanhamento de tuberculose, acompanhamento de hanseníase; Imunização com aprazamento das consultas;
- Permitir às equipes gerar minimamente as seguintes listas nominais: lista geral de todos os pacientes da Unidade/equipe/microárea; lista de hipertensos, lista de diabéticos, lista de pacientes com tuberculose, lista de pacientes com hanseníase, lista de crianças até 2 (dois) anos, lista de gestantes, lista de rastreamento de citopatológico de mulheres entre 25 a 64 anos, lista de rastreamento de mamografias de mulheres entre 50 a 69 anos;
- Gerar um relatório por equipe dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP;
- Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores de sua equipe;
- Deve permitir controle de estoque de todos os insumos na unidade incluindo os itens dispensados na farmácia;
- Permitir a gestão da agenda dos profissionais, incluindo a possibilidade de registro de marcação não presencial como por telefone, portal ou e-mail;
- Deve permitir o registro dos exames laboratoriais incluindo exames de imagem e digitalização de alguns exames como eletrocardiograma;
- Deve permitir interoperabilidade com outros sistemas como aparelhos de processamento de laboratório, aparelho de Raio-X digital, dentre outros.

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro

consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAPS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAPS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto à correta atualização do SCNES;

Todo estabelecimento de saúde da Esfera de Administração Pública de atenção primária e secundária no Município do Rio de Janeiro deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado no SCNES;

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

Fica vedado o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), ficam estabelecidas as seguintes regras:

- I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;
- II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Cada estabelecimento deve ter um número único de cadastro e fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e serviço especializado. Caso haja uma Unidade de Atenção Primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF-AB/SAE não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastradas;

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB é considerado um “serviço especializado”, portanto não pode ter um número CNES exclusivo de estabelecimento de saúde, mas sim cadastrado em uma unidade de saúde. Quanto às unidades, o NASF-AB ou a equipe de Serviço de Apoio Especializado (SAE) poderá ser implantado apenas nos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos de estabelecimentos a seguir:

02 – Centro de Saúde / Unidade Básica;

15 – Unidade Mista;

03 – Policlínica;

36 – Clínica Especializada / Ambulatório de Especialidade;

71 – Centro de Apoio à Saúde da Família.

Para Unidades de Atenção Primária, somente é permitido três tipos de Unidades de Atenção Primária:

TIPO DE UNIDADE NA CARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIÇÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clínica da Família	CF	02 - Centro de Saúde / Unidade Básica
Centro de Saúde Escola	CSE	02 - Centro de Saúde / Unidade Básica
Centro Municipal de Saúde	CMS	02 - Centro de Saúde / Unidade Básica

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Este sistema possui três componentes:

Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo DePara executado no nível central pela CONTRATANTE;

Programação - Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à Coordenação de Planejamento Local, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;

Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela CONTRATANTE.

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) fica instituído a partir da Portaria nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013.

O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAPES/SAPS/MS, reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAPES/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A estratégia é composta por dois sistemas:

SISAB - sistema de informação nacional que passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

Sistema e-SUS AB - composto por dois softwares para coleta dos dados:

- Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de um sistema de digitação e as seguintes fichas: Cadastro Individual

Cadastro Domiciliar e Territorial Ficha de Atendimento Individual

Ficha de Atendimento Odontológico Individual Ficha de Atividade Coletiva

Ficha de Procedimentos

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

Marcadores de Consumo Alimentar Ficha Complementar

Avaliação de Elegibilidade e Admissão Atendimento Domiciliar

- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico (objeto deste manual), que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das Unidades de Atenção Primária.

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

O sistema de PEC não gera relatórios gerenciais de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, no entanto é dever da OSS garantir a busca ativa dessas mulheres para rastreamento do câncer de colo uterino.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituam objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da Coordenadoria de Vigilância em Saúde – S/CGVS/CVS

SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal.

A plataforma SIPNI WEB tem como objetivos: fornecer dados sobre vacinação, fornecer dados sobre movimentação de imunobiológicos e reduzir erros de imunização.

A utilização do registro individual do vacinado visa conhecer melhor o público alvo, obter registros mais completos (ex.: data de nascimento, endereço e telefone do vacinado), marcação de próximas vacinas, resgate do público alvo e consequentemente obtenção de coberturas vacinais mais adequadas.

A movimentação de imunobiológicos permite que a sala de vacina tenha melhor controle de seus estoques, podendo assim acompanhar a utilização das vacinas recebidas e as suas perdas, concedendo uma avaliação crítica do processo de trabalho.

O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O instrumento de coleta de dados do API consiste em:

Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchido pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.

Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

O SI-PNI/API é o sistema oficial de registro de vacinação a ser utilizado nas Unidades de Atenção Primária utilizando o PEC até que seja disponibilizada a integração entre PEC e SI-PNI que descontinuará o registro de vacinação no SI-PNI.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS-Rio farão parte das atribuições.

SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. É um sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet.

DISPENSAMED

O DispensaMed é um sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio para uso das Unidades de Atenção Primária da SMS-Rio para registro das informações de receita e medicamentos dispensados à população. O sistema também permite uma visão analítica aos gestores para tomada de decisão, através do TABNET. O Dispensa é o sistema oficial para registro das informações de farmácia para as Unidades de Atenção Primária que utilizam PEC.

SIGMA – SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS

O Sistema de Informações Gerenciais de Materiais (SIGMA), sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio, tem como objetivo o controle de todos os bens adquiridos e estocados nas Unidades Armazenadoras de Materiais no Município de Rio de Janeiro tais como materiais de consumo e medicamentos. No SIGMA também são realizadas a manutenção do cadastro de materiais e serviços e a manutenção do cadastro de empresas, fundações privadas e associações. O sistema é composto pelos seguintes módulos: Catálogo de Materiais e Serviços, Cadastro de Empresas, Cadastro de Fundações Privadas e Associações, Cadastro de Amostras, Gestão de Estoques, Tabelas e Segurança.

Serão usuários do sistema os órgãos da administração direta e indireta.

Outros Sistemas de Informação em Saúde

Outros Sistemas de Informação em Saúde que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde ou Sistemas já existentes que venham a ser solicitados pela SMS-Rio deverão ser preenchidos pela OSS que fará apoio à gestão das Unidades de Atenção Primária.

DA AVALIAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A CONTRATADA será avaliada trimestralmente de acordo com o resultado dos indicadores e metas constantes no contrato de gestão. Esses indicadores em sua maioria são indicadores de processo, podendo haver indicadores de resultado. Já para os profissionais de saúde os indicadores qualitativos serão em sua maioria indicadores de resultado que avaliam a boa prática clínica;

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;

Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS-Rio.

As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

Qualificação dos profissionais;

Utilização do prontuário clínico;

Uso de outros registros da atividade assistencial;

Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio do Rio de Janeiro e a PNAB-2017 / Ministério da Saúde;

Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na APS;

Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;

Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;

Perfil de prescrição farmacêutica;

Auto avaliação assistencial pelos profissionais;

Avaliação externa da prática assistencial.

Todos os indicadores devem ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.

O sistema (Prontuário Eletrônico do Paciente ou PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores das equipes deverão ser enviados de forma automatizada por e-mail pelo PEP para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que estiver gerando os indicadores e enviando-os por e-mail mensalmente aos profissionais.

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pela direção / gerência da unidade. Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela S/SUBPAV, de modo a permitir comparações entre as AP. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um casemix pré-estabelecido pela SMS-Rio.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMS-Rio ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano de Aplicação do Incentivo, sendo submetido à CAP para validação.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

Para o registro da satisfação, deve-se utilizar um terminal de registro cuja base de dados deve estar vinculada ao prontuário eletrônico. O ideal é que seja instalado um totem com tela “touch screen” que facilite a visualização e a coleta das informações;

O terminal de registros deve estar disponibilizado na recepção da unidade, em um espaço que permita privacidade aos usuários.

Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento;

O momento de coleta de informações é na saída da unidade de saúde. Para todo paciente que estiver saindo da unidade deve-se oferecer a opção de registro de satisfação no terminal de registro;

Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários. O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

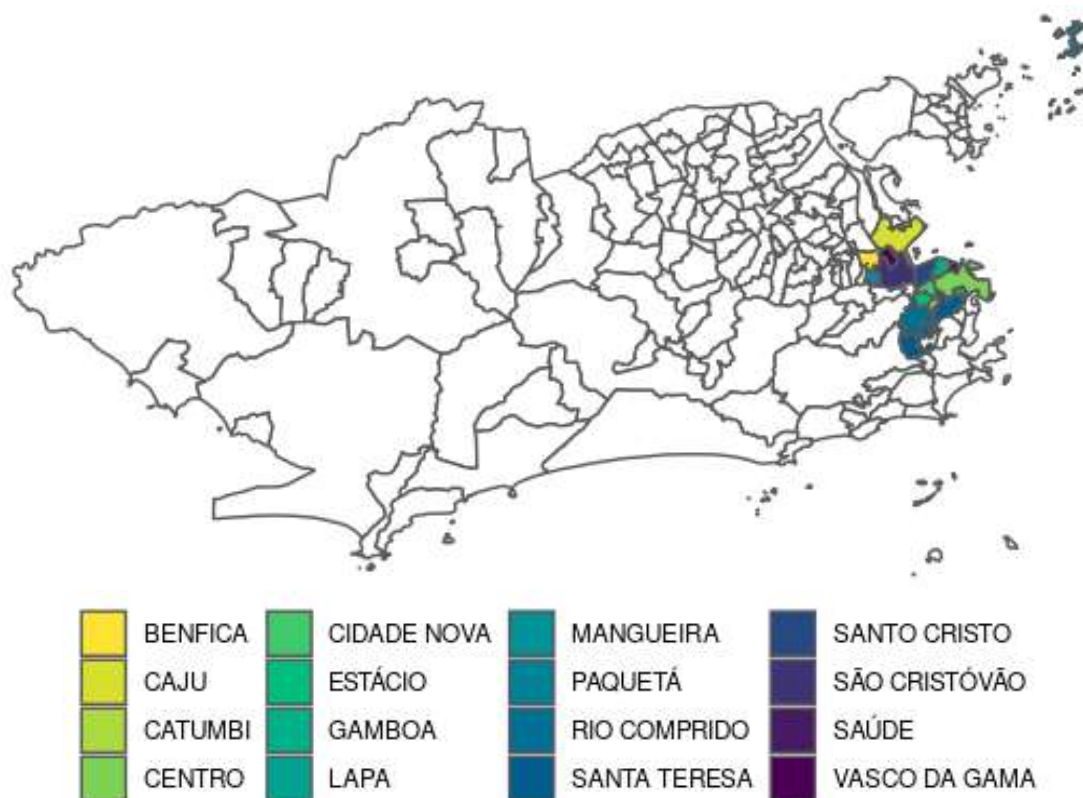
NOME DO USUÁRIO	EQUIPE DE SAÚDE	MOTIVO DO ATENDIMENTO
DATA DO REGISTRO	HORA DO REGISTRO	

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) da Área de Planejamento (AP) deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou fraude nos dados.

As prestações de contas devem ocorrer mensalmente e ser disponibilizadas em sistema de informação, plataforma virtual de monitoramento e transparência, sob as normas vigentes e regras estabelecidas pela Subsecretaria de Gestão (S/SUBG).

ANEXO TÉCNICO A

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO



INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População Total	nº	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976
Razão de Sexos	%	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24
Maior ou igual a 40 anos	nº	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338
Maior ou igual a 60 anos	nº	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565
Idosos	%	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28

Fonte: S/SUBPAV/SVS/CAS, acesso em 25 de outubro de 2021. **Estimativas Populacionais:** IPP/SMU-Rio e Censo 2010. **Fundamentação:** SINASC_SIM_CID-10 e RIPSa - Fichas de qualificação do RIPSa - Mortalidade Perinatal (2012). **Notas:** * Taxa por 1000 nascidos vivos / ** Taxa por 100 mil nascidos vivos / *** Taxa por 1000 nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) / † Taxa por 1000 habitantes / †† Taxa por 100 mil habitantes / ††† Taxa por 100 mil mulheres / # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos / ## Taxa de mortalidade perinatal levando em conta óbito fetal com IG ≥ 22 semanas. **Observações:** A população total atualizada pelo IPP considerando os Censos 2000, 2010 e suas estimativas intercensitárias.

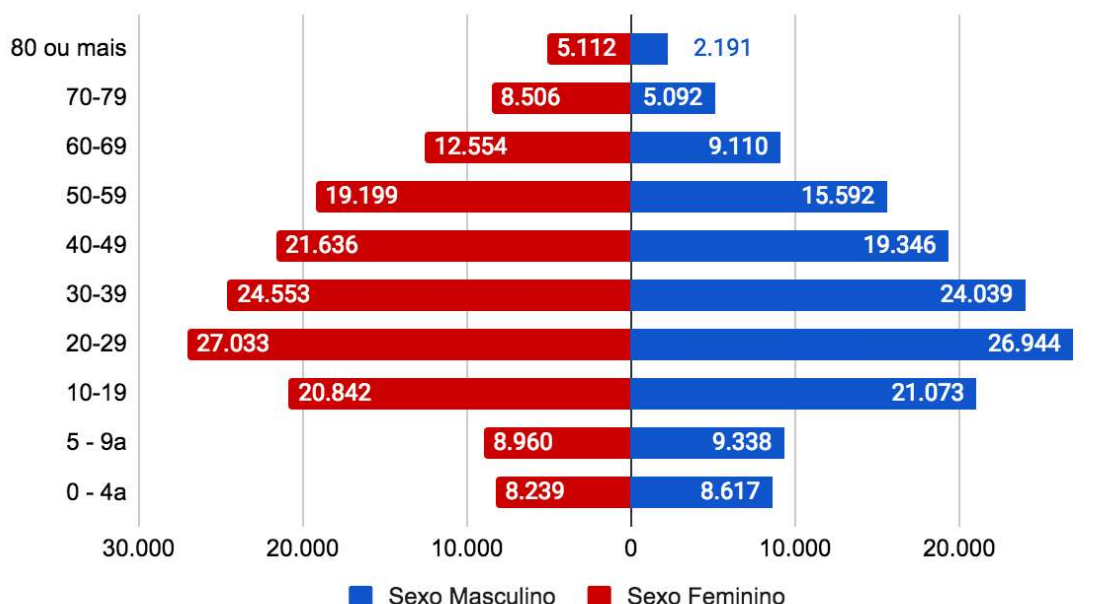
A Área de Planejamento (AP) 1.0 é composta por 06 Regiões Administrativas (RA) e 15 bairros: Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, que correspondem a 2,8% da extensão territorial (34,39 km²) do município do Rio de Janeiro (MRJ). De acordo com projeção do Instituto Pereira Passos (IPP), a AP 1.0 possui uma população residente de 319.863 pessoas (censo IBGE 2010

constava de 297.976 pessoas), que corresponde a 4,8% da população carioca, com densidade demográfica de 7.801 habitantes por km².

O percentual de residentes pertencentes à faixa etária de idosos é alta, atingindo cerca de 14,8%, o segundo maior da cidade. De acordo com o último censo do IBGE (2000), das seis RA que compõem a AP 1.0, cinco estão entre as consideradas de alto desenvolvimento humano, sendo elas: Centro 0,894; Santa Teresa 0,868; Rio Comprido 0,836; Paquetá 0,822 e São Cristóvão 0,814. A RA Portuária, por sua vez, apresentou IDH 0,775, que é considerado médio.

Historicamente, o território da AP 1.0 convive entre as edificações de luxo e a ocupação irregular pela população de baixa renda, que ocupam principalmente as encostas. A quase totalidade dos aglomerados subnormais da área foram objeto de programas de urbanização e regularização das últimas décadas, podendo ser considerada a área de maior transformação do cenário urbano da cidade, com redução de aproximadamente 27% da população residente entre 1970 e 2000.

Pirâmide Etária - AP 1.0



NASCIDOS VIVOS

NASCIDOS VIVOS	-	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número	nº	4.680	4.446	4.506	4.669	4.656	4.284	4.343	4.186	4.021	3.526
Taxa de Natalidade	taxa	15,71	14,92	15,12	15,67	15,63	14,38	14,57	14,05	13,49	11,83
Taxa de Fecundidade Total	taxa	1,88	1,79	1,82	1,88	1,88	1,73	1,72	1,69	1,62	1,42
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)	taxa	0,0047	0,0039	0,0044	0,0039	0,0036	0,0028	0,0036	0,0031	0,0032	0,0027
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)	taxa	0,0739	0,0739	0,0762	0,0770	0,0755	0,0670	0,0648	0,0570	0,0545	0,0472
Mães Adolescentes	%	17,48	18,29	18,62	18,06	17,70	16,95	16,42	14,93	14,92	14,72
Baixo Peso	%	9,79	9,69	9,25	8,87	9,56	9,41	9,26	9,41	9,43	10,24
Prematuridade	%	11,73	13,41	12,29	10,75	10,33	11,06	10,18	10,08	10,49	11,91
Cesarianas	%	53,18	52,07	47,96	50,37	47,29	46,55	43,15	43,98	43,92	45,43
7 e mais consultas de Pré-natal	%	64,68	64,82	69,57	70,46	72,42	75,49	78,72	80,17	76,54	76,63
Cobertura do SUS	%	69,83	72,04	71,99	70,19	72,32	75,68	76,84	76,04	76,92	74,87

Fonte: S/SUBPAV/SVS/CAS, acesso em 25 de outubro de 2021. **Estimativas Populacionais:** IPP/SMU-Rio e Censo 2010.

Fundamentação: SINASC_SIM_CID-10 e RIPS - Fichas de qualificação do RIPS - Mortalidade Perinatal (2012). **Notas:** * Taxa por 1000 nascidos vivos / ** Taxa por 100 mil nascidos vivos / *** Taxa por 1000 nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) / † Taxa por 1000 habitantes / †† Taxa por 100 mil habitantes / ††† Taxa por 100 mil mulheres / # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos / ## Taxa de mortalidade perinatal levando em conta óbito fetal com IG ≥ 22 semanas. **Observações:** A população total atualizada pelo IPP considerando os Censos 2000, 2010 e suas estimativas intercensitárias.

O MRJ apresentou a taxa de natalidade de 11,50 por 1.000 nascidos vivos em 2020, e na AP 1.0 a mesma taxa foi consideravelmente superior, de 11,83 por 1.000 nascidos vivos. Na última década, este indicador apresentou redução de 8,39% para o MRJ, sendo a redução quase 100% maior na AP 1.0, que atingiu 16,67%. A AP 1.0 apresenta variações de quedas da taxa de fecundidade, com índices que giram em torno de 1,3 filhos por mulher residente, valor similar ao do município do Rio de Janeiro. Já a prematuridade esteve presente no MRJ, para o mesmo período, na média de 11,61% dos nascidos vivos, média similar ao da AP 1.0 que identificou a média de 11,22%. Entretanto, o nascimento de crianças com baixo peso ao nascer (BPN), apresentou pouca variação no mesmo período, indo de 9,79% a 10,24% na referida AP.

Em relação à via de parto no período de 2011 a 2020, houve redução de 7,75% dos partos cesarianos em relação ao total de partos, atingindo 43,15% em 2017, porém ainda muito acima da média esperada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o indicador (15%). Sobre o local de ocorrência do parto, no mesmo período, identificou-se que 73,67% dos partos foram realizados na rede SUS, um aumento sustentado de 5,04% entre os anos mencionados. A média de mães adolescentes é maior no MRJ quando comparada à média de mães adolescentes residentes da AP 1.0, que apresentou uma variação de 17,48% a 14,72%, entre os anos de 2011 e 2020. Apesar da redução ser discreta, a cobertura pré-natal na AP 1.0 está acima da média da cidade, com 72,95% das gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal no período.

MORTALIDADE

MORTALIDADE		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Geral	nº	2.903	2.716	2.862	2.921	2.913	2.982	2.803	2.850	2.985	3.515
	taxa †	9,74	9,11	9,60	9,80	9,78	10,01	9,41	9,56	10,02	11,80
Infantil	nº	58	50	63	50	67	47	50	39	47	38
	taxa *	12,39	11,25	13,98	10,71	14,39	10,97	11,51	9,32	11,69	10,78
Neonatal	nº	34	34	35	35	47	25	35	27	32	26
	taxa *	7,26	7,65	7,77	7,50	10,09	5,84	8,06	6,45	7,96	7,37
Neonatal Precoce	nº	25	26	25	25	35	17	27	21	20	17
	taxa *	5,34	5,85	5,55	5,35	7,52	3,97	6,22	5,02	4,97	4,82
Neonatal Tardia	nº	9	8	10	10	12	8	8	6	12	9
	taxa *	1,92	1,80	2,22	2,14	2,58	1,87	1,84	1,43	2,98	2,55
Pós-Neonatal	nº	24	16	28	15	20	22	15	12	15	12
	taxa *	5,13	3,60	6,21	3,21	4,30	5,14	3,45	2,87	3,73	3,40
Óbitos de < 1 ano investigados	%	85,37	86,21	94,74	100,00	97,06	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Perinatal	nº	82	75	66	74	88	52	76	75	68	71
	taxa *#	16,48	16,25	13,86	15,06	17,85	10,21	15,58	16,06	15,02	18,19
Óbito Perinatal investigado	%	89,09	88,00	92,50	100,00	93,33	96,77	100,00	100,00	90,91	100,00

Fetal	nº	57	49	41	49	53	35	49	54	48	54
MORTALIDADE		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos Fetais investigados	%	90,24	94,44	96,15	100,00	94,12	95,65	100,00	100,00	88,46	100,00
Materna	nº	8	2	9	5	1	4	4	0	2	2
	taxa**	170,94	44,98	199,73	107,09	21,48	93,37	92,10	0,00	49,74	56,72
Mulher em Idade Fértil	nº	153	145	145	135	133	135	132	125	143	165
Óbitos de Mulher em Idade Fértil investigados	%	79,08	83,45	87,59	98,52	92,48	94,07	91,67	93,60	95,80	92,73
Doenças Cardiovasculares	nº	794	721	734	801	799	815	750	769	755	668
	taxa ††	266,46	241,97	246,33	268,81	268,14	273,51	251,70	258,07	253,38	224,18
Doenças Isquêmicas do Coração #	nº	252	219	219	244	245	263	252	234	252	229
	taxa ††	212,95	185,06	185,06	206,19	207,03	222,24	212,95	197,74	212,95	193,51
Doença Cerebrovascular #	nº	191	164	191	179	155	155	149	140	136	138
	taxa ††	161,40	138,59	161,40	151,26	130,98	130,98	125,91	118,31	114,93	116,62
Neoplasias	nº	440	474	496	481	452	462	483	489	451	457
	taxa ††	147,66	159,07	166,46	161,42	151,69	155,05	162,09	164,11	151,35	153,37
Neoplasia traqueia, brônquios e pulmão	nº	56	59	77	64	60	66	61	62	51	81
	taxa ††	18,79	19,80	25,84	21,48	20,14	22,15	20,47	20,81	17,12	27,18
Neoplasia de mama feminina	nº	39	45	47	43	53	39	45	52	46	56
	taxa †††	24,90	28,73	30,01	27,45	33,84	24,90	28,73	33,20	29,37	35,75
Causas Externas	nº	260	223	240	266	276	341	292	283	312	252
	taxa ††	87,26	74,84	80,54	89,27	92,62	114,44	97,99	94,97	104,71	84,57
Homicídios, incluindo as intervenções legais	nº	82	68	62	81	96	144	119	121	131	9
	taxa ††	27,52	22,82	20,81	27,18	32,22	48,33	39,94	40,61	43,96	3,02
Acidentes de Transporte	nº	56	45	50	53	32	36	31	39	30	4
	taxa ††	18,79	15,10	16,78	17,79	10,74	12,08	10,40	13,09	10,07	1,34
Causas Mal Definidas	nº	161	113	120	114	107	118	130	138	160	277
	%	5,55	4,16	4,19	3,90	3,67	3,96	4,64	4,84	5,36	7,88
Doenças Respiratórias	nº	344	385	434	366	453	406	376	402	430	309
	taxa ††	115,45	129,21	145,65	122,83	152,03	136,25	126,18	134,91	144,31	103,70
Doenças Infecciosas e Parasitárias	nº	209	178	231	292	218	220	169	167	191	899
	taxa ††	70,14	59,74	77,52	97,99	73,16	73,83	56,72	56,04	64,10	301,70
AIDS	nº	69	69	76	79	59	54	39	47	46	39
	taxa ††	23,16	23,16	25,51	26,51	19,80	18,12	13,09	15,77	15,44	13,09
Tuberculose	nº	35	28	29	31	27	19	22	19	16	17
	taxa ††	11,75	9,40	9,73	10,40	9,06	6,38	7,38	6,38	5,37	5,71
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	nº	200	144	125	129	116	132	136	125	149	167
	taxa ††	67,12	48,33	41,95	43,29	38,93	44,30	45,64	41,95	50,00	56,04
Diabetes Mellitus	nº	167	119	101	103	89	102	105	99	125	138

	taxa ††	56,04	39,94	33,90	34,57	29,87	34,23	35,24	33,22	41,95	46,31
--	---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Fonte: S/SUBPAV/SVS/CAS, acesso em 25 de outubro de 2021. **Estimativas Populacionais:** IPP/SMU-Rio e Censo 2010. **Fundamentação:** SINASC_SIM_CID-10 e RIPSa - Fichas de qualificação do RIPSa - Mortalidade Perinatal (2012).

Notas: * Taxa por 1000 nascidos vivos / ** Taxa por 100 mil nascidos vivos / *** Taxa por 1000 nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) / † Taxa por 1000 habitantes / †† Taxa por 100 mil habitantes / ††† Taxa por 100 mil mulheres / # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos / ## Taxa de mortalidade perinatal levando em conta óbito fetal com IG ≥ 22 semanas. **Observações:** A população total atualizada pelo IPP considerando os Censos 2000, 2010 e suas estimativas intercensitárias.

A média da taxa bruta de mortalidade do MRJ no período entre 2011 e 2020 foi de 9,105 a cada 100.000 mil habitantes, ocorrendo variação na AP 1.0, entre 9,74 e 11,80 a cada 100.000 habitantes. Observa-se em 2020, que 301,7 a cada 100.000 habitantes foram a óbito, em decorrência do aumento na ocorrência de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias - grupo de causas que inclui parte dos óbitos por COVID-19.

Na AP 1.0 a taxa de mortalidade infantil variou de 12,39 por 1.000 nascidos vivos em 2011 para 10,78 em 2020, uma redução de 1,61%. No mesmo período, a mortalidade neonatal precoce teve uma redução de 0,52%, reduzindo de 5,34 em 2011 para 4,82 por 1.000 nascidos vivos em 2020. A mortalidade perinatal engloba os óbitos neonatais precoces e fetais, estes últimos considerados em relação ao peso ao nascer, acima de 500g. A taxa de mortalidade perinatal na AP 1.0 aumentou cerca de 1,71 variando de 16,48 em 2011 para 18,19 em 2020.

As principais causas de óbitos entre 2011 e 2020, ocorreram por: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e por causas externas.

No grupo de causas das doenças do aparelho circulatório destacam-se as doenças isquêmicas do coração e o infarto agudo do miocárdio como as principais causas de morte. Dentre os óbitos por neoplasias, o maior número de casos é decorrente de neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões, seguido por neoplasia maligna de mama.

A AP 1.0 identificou taxas acima da média municipal de óbitos por homicídios, entre 2015 e 2019. Tais taxas se apresentaram de forma bastante heterogênea na AP 1.0 e nas demais áreas, ao longo do período analisado, havendo queda brusca no período do isolamento social, preconizado, em 2020, durante o enfrentamento da COVID-19.

No grupo de causas por doenças infecciosas e parasitárias, a principal causa de óbito são as doenças bacterianas, com destaque para a septicemia no período entre 2011 e 2020. No mesmo período, o percentual de causas mal definidas sofreu aumento considerável, tendo variação de 5,55% para 7,88%. Mesmo sendo um ano acometido principalmente pela pandemia da COVID-19, cabe destacar que até novembro de 2020, a taxa bruta de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na AP 1.0, equivale a 25,57% dos óbitos ocorridos, fenômeno provavelmente associado aos impactos gerados pela pandemia da COVID-19.

UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - AP 1.0

CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	nº eSF	nº eSB
6023975	CF DONA ZICA	6	2
6028233	CF ESTACIO DE SA	6	2
9057706	CF ESTIVADORES	4	1
2277298	CF FERNANDO ANTÔNIO BRAGA LOPES	7	3
9079939	CF MEDALHISTA OLÍMPICO MAURÍCIO SILVA	9	3
9080163	CF MEDALHISTA OLÍMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA	7	3
7523246	CF NÉLIO DE OLIVEIRA*	6	2
6873960	CF SÉRGIO VIEIRA DE MELLO	6	2
2708426	CMS ERNANI AGRICOLA	7	3
2270250	CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR	6	2
2291274	CMS JOSÉ MESSIAS DO CARMO	5	2
2277301	CMS MANOEL ARTHUR VILLABOIM	2	1
2288346	CMS MARCOLINO CANDAU*	4	1
2277328	CMS OSWALDO CRUZ	5	2
2269953	CMS SALLES NETTO	7	2
5621801	CSE LAPA	3	0
6023983	CSE SÃO FRANCISCO DE ASSIS	2	0
AP 1.0	08 CF + 07 CMS + 02 CSE	92	30

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, acesso em 01/12/2021.

Nota: Foram consideradas como eSF as equipes de Consultório na Rua (CnaR), que estão localizadas nas Unidades com “*”.

Legenda: CF = Clínica da Família; CMS = Centro Municipal de Saúde; eSF = equipe de Saúde da Família; eSB = equipe de Saúde Bucal.

ANEXO TÉCNICO B

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

INTRODUÇÃO

Entende-se que a Proposta Técnica é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para caracterizar o perfil da unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto desta convocação pública.

O proponente deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do objeto da contratação prevista.

O projeto apresentado deverá conter a descrição sucinta, com clareza, da proposta, evidenciando os benefícios econômicos e sociais a serem alcançados pela comunidade, a abrangência geográfica a ser atendida, bem como os resultados a serem obtidos e a progressão mensal de implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Na formulação das Propostas Técnicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

Fica esclarecido que a SMS-Rio não admitirá qualquer alegação posterior que vise ao ressarcimento de custos não considerados nos preços, ressalvadas as hipóteses de criação ou majoração dos encargos fiscais.

Este Anexo destina-se a orientar os interessados para elaboração do projeto a ser apresentado, que deve conter obrigatoriamente todos os seus itens indicados neste roteiro listados em um índice que apresentará cada item.

A. ÍNDICE DO DOCUMENTO

O Índice deverá relacionar todos os tópicos e as respectivas folhas em que se encontram. Deve ser construído de acordo com a sequência estabelecida no presente Anexo.

B. TÍTULO

Proposta Técnica para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 1.0.

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial, descrevendo:

1. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais das unidades;
2. As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares;

3. O número de comissões ou grupos de trabalho que implantará nas Unidades de Atenção Primária, especificando nome, conteúdo, membros componentes (apenas enunciar o perfil dos componentes que integram a Comissão), objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato, frequência de reuniões, controle das mesmas pela direção médica etc;
4. Organização específica da Comissão de Prontuário Clínico: membros que a compõem, organização horária, organização da distribuição de tarefas, etc;
5. Outras iniciativas e Programas de Qualidade que o proponente já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação; neste caso deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, tempos de implantação, orçamento previsto etc;
6. Regimento Interno da Unidade (indicar a forma de publicização do mesmo);
7. Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento;
8. Recursos Humanos estimados, apontado por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário base total (em reais);
9. Recursos Humanos estimados, apontado por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e a incidência de encargos patronais de forma separada ao salário base total (em reais);
10. Prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma) de acordo com a atividade prevista;
11. Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos;
12. Proposta detalhada de implantação em até dois meses, de cabeamento das Unidades de Atenção Primária sob sua gestão e colocação de câmeras de segurança na recepção, no auditório e no almoxarifado e farmácia com possibilidade de visualização pela internet com login e senha.
13. Mecanismo de controle para que todos os serviços contratados e materiais de consumo contenham o “atesto” do diretor/ gerente da unidade. No momento do atesto, o valor unitário de cada item/ insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada.
14. Mecanismo de controle de patrimônio de cada item adquirido, incluindo o código CNES na placa de patrimônio de cada um dos itens. Esses itens são os que constam na tabela de equipamentos do CNES / DATASUS, demonstrando também através de planilha, a forma como fora a atualização de cada movimentação de patrimônio.

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

As atividades a serem desempenhadas na Área de Planejamento correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de Saúde da Família, garantindo a assistência universal e gratuita à população. A proponente deverá apresentar planilha com a discriminação de todas as rubricas de despesa mensal necessárias.

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O Dimensionamento de Pessoal também seguirá o modelo de planilha abaixo (QUADRO I), que deve ser preenchida pela OSS, tal como ocorrido com o dimensionamento de atividade. Aqui deverá observar-se a necessidade de pessoal de acordo com o percentual de atividade prevista para o período. Assim, esse dimensionamento também deverá ser realizado de acordo com o cronograma

de metas físicas de implementação apresentado no ANEXO II deste Edital e incremento de pessoal, demonstrando a evolução mensal para todo o período do contrato de gestão.

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.	SALÁRIOS SUGERIDOS	ENCARGOS TOTAIS
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H			
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H			
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H			
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H			
EQUIPE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO-DENTISTA	40H			
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40H			
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40H			
	FARMACÊUTICO	40H			
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H			
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H			
	GERENTE	40H			
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	44H			
	PORTARIA	12/36H			

Para compor a avaliação deste item, o proponente deverá preencher os Quadros I e II, conforme modelo a seguir, apresentando-os no corpo de sua Proposta Técnica item “Dimensionamento de Pessoal”.

**QUADRO II – CUSTO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)**

CUSTO DE PESSOAL: SAÚDE DA FAMÍLIA					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2022			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Agente Comunitário de Saúde					
Auxiliar Administrativo					
Auxiliar de Saúde Bucal					
Auxiliar de Serviços Gerais					
Cirurgião Dentista					
Enfermeiro					
Farmacêutico					
Gerente					
Médico					
Portaria					
Técnico de Enfermagem					
Técnico de Farmácia					
Técnico de Saúde Bucal					
TOTAL FUNCIONÁRIOS					
					TOTAL SALÁRIOS

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS				
Grupo A	INSS - Empresa			
	INSS - Terceiros + FAP			
	SAT			
	PIS			
Grupo B	FGTS			
	13º SAL.			
	Abono de Férias			
	Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva			
Grupo C	Férias integrais com reposição de quadro			
	Aviso Prévio Indenizado			
	Aviso Prévio (dias extras legais)			
	13º salário (Lei nº 12.506/11)			
Grupo D	Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11			
	Multa/FGTS			
Grupo E	Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))			
Total Provisões				
Total Encargos				
Sub Total (Encargos + Provisões)				

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
TOTAL BENEFÍCIOS				

TOTAL CUSTO DE PESSOAL: SAÚDE DA FAMÍLIA				
TOTAL				TOTAL

F. AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS

Este item descreve os critérios que serão utilizados para a avaliação e pontuação das Propostas Técnicas e Econômicas a serem elaboradas pelas Organizações Sociais participantes deste processo seletivo.

ITEM 1A

Experiência na utilização de Sistema de Prontuário eletrônico em Unidades de Atenção Básica (sendo considerados USF, UBS, NASF-AB e Academia da Saúde) e Unidades de Atenção Hospitalar (sendo considerados Hospital, CER e UPA). Nesse item a Organização Social poderá pontuar, no máximo, **0,5 ponto**;

Tempo de Atividade (em anos completos)	Pontuação por Nº de Unidades de Saúde		
	1 – 4	5 – 8	+ de 8
1 a 2	0,05	0,10	0,15
3 a 4	0,10	0,15	0,20
5 ou mais	0,20	0,25	0,50

ITEM 1B

Experiência em Gestão de Unidades de Atenção Básica (sendo considerados USF, UBS, NASF-AB e Academia da Saúde) e Unidades de Atenção Hospitalar (sendo considerados Hospital, CER e UPA). Nesse item a Organização Social poderá pontuar, no máximo, **1,0 pontos**;

Tempo de Atividade (em anos completos)	Pontuação por Nº de Unidades de Saúde
2 – 4	0,5
> 4	1,0

2. AVALIAÇÃO DE EFICIÊNCIA E CAPACIDADE TÉCNICA NO APOIO A GESTÃO DO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS) (1,0 PONTO)

ITEM 2A

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem (Pontos)
2. Avaliação de eficiência e capacidade técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	2A. Avaliação do currículo do Médico responsável técnico pelo apoio à gestão do TEIAS	0,50 Pontos

Ao longo do contrato de gestão, caso a OSS substitua o responsável técnico pela da Gestão do TEIAS apresentado durante o certame para pontuação deste item, a mesma deverá submeter o currículo para apreciação da CTA, antes da contratação do substituto. O responsável técnico da gestão do TEIAS deverá ter dedicação exclusiva à OSS, não podendo ser servidor municipal da PCRJ. Neste item, será avaliado o currículo do Responsável Técnico pelo apoio à gestão do TEIAS com os documentos comprobatórios e títulos que possuir relativos à tabela de pontuação deste item, que devem ser anexados com o currículo no formato Lattes / CNPq, comprovando-se também a existência de vínculo prévio à OSS e com toda a sua documentação de titulação. O critério de pontuação seguirá a tabela a seguir.

Pontuação do item 2A

Subitem	Pontuação máxima no subitem (pontos)
1. Formação acadêmica	0,20 (máximo)
1.1. Curso de Especialização ou Residência Médica	0,01
1.2. Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade	0,03
1.3. Mestrado	0,07
1.4. Mestrado em Saúde Coletiva / Saúde da Família	0,10
1.5. Doutorado	0,14
2. Atividade de gestão relacionada à Saúde da Família	0,20 (máximo)
2.1. Tempo de atuação (anos completos) em equipe de saúde da família	0,03 / ano
2.2. Tempo de atuação (anos completos) na coordenação / gestão das equipes de saúde da família	0,02 / ano
2.3. Tempo de atuação (anos completos) na orientação de alunos de graduação em saúde, pós-graduação, preceptoria de residência etc.	0,01 / ano
3. Produção técnico-científica na área de avaliação em saúde, planejamento, políticas públicas em saúde ou prática em saúde baseada em evidências	0,10 (máximo)
Subitem	Pontuação máxima no subitem (pontos)
3.1. Autoria ou coautoria em artigos publicados em revistas científicas	0,01 / artigo
3.2. Livros publicados e organização de livro ou capítulo de livro publicado na área de atuação	0,01 / produção
3.3. Trabalhos publicados em anais de Congressos em Saúde nos últimos cinco anos	0,01
3.4. Participação na elaboração de normas, procedimentos, protocolos clínicos, materiais educativos	0,01

ITEM 2B

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem (Pontos)
2. Avaliação de eficiência e capacidade técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	2B. Avaliação do currículo do responsável técnico administrativo financeiro pelo apoio à gestão do TEIAS	0,50 Pontos

Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS). Ao longo do contrato de gestão, caso a OSS substitua o responsável técnico pela da Gestão do TEIAS apresentado durante o certame para pontuação deste item, a mesma deverá submeter o currículo para apreciação da CTA, antes da contratação do substituto. O responsável técnico da gestão do TEIAS deverá ter dedicação exclusiva à OSS, não podendo ser servidor municipal da PCRJ. Neste item, será avaliado o currículo do Responsável Técnico Administrativo/ Financeiro pelo apoio à gestão do TEIAS com os documentos

comprobatórios e títulos que possuir relativos à tabela de pontuação deste item, que devem ser anexados com o currículo no formato Lattes / CNPq, comprovando-se também a existência de vínculo prévio à OSS e com toda a sua documentação de titulação. O critério de pontuação seguirá a tabela a seguir.

Subitem	Pontuação máxima no subitem (pontos)
1. Formação acadêmica	0,20 (máximo)
1.1. Curso de Especialização	0,01
1.3. Mestrado	0,07
Subitem	Pontuação máxima no subitem (pontos)
1.4. Mestrado em Gestão Administração ou Financeira Pública	0,10
1.5. Doutorado	0,14
2. Atividade de gestão relacionada à Saúde da Família	0,20 (máximo)
2.1. Tempo de atuação (anos completos)	0,03 / ano
2.2. Tempo de atuação (anos completos) na coordenação / gestão	0,02 / ano
2.3. Tempo de atuação (anos completos) na orientação de alunos de graduação em saúde, pós-graduação, preceptoria de residência etc.	0,01 / ano
3. Produção técnico-científica na área de avaliação em saúde, planejamento, políticas públicas em saúde ou prática em saúde baseada em evidências	0,10 (máximo)
3.1. Autoria ou coautoria em artigos publicados em revistas científicas	0,01 / artigo
3.2. Livros publicados e organização de livro ou capítulo de livro publicado na área de atuação	0,01 / produção
3.3. Trabalhos publicados em anais de Congressos em Saúde nos últimos cinco anos	0,01
3.4. Participação na elaboração de normas, procedimentos, protocolos clínicos, materiais educativos	0,01

3. ECONOMICIDADE (2,0)

Este conteúdo será avaliado através da análise do conteúdo da PROPOSTA TÉCNICA, pela demonstração objetiva de que a Organização Social tem compreensão das informações relevantes à economicidade, devendo apresentar os resultados quanto à economicidade, à eficiência e à eficácia da gestão orçamentária, financeira e patrimonial de acordo com as informações contidas neste Edital e seus Anexos.

A Organização Social deverá descrever como pretende organizar seus recursos para desenvolver as atividades, com demonstrativo de resultados a serem alcançados em termos de economicidade e de melhor aproveitamento dos recursos, materiais ou financeiros disponíveis, de forma a garantir que as unidades e equipes de saúde alcancem as metas de produção e qualidade propostas na contratação. O critério de pontuação seguirá a tabela a seguir.

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem (Pontos)
3. Economicidade	3A. Proposta econômica: volume de recursos (R\$) destinados à rubrica a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária – ESF e a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF.	1,50 Pontos

Nº de Proponentes (N)	Descrição e julgamento	Pontuação
1	Atende às especificações	1,5
	Não atende às especificações	0,00
2	1º menor proposta de preço ofertada	1,50
	2º menor proposta de preço ofertada	0,75
	Não atende as especificações	0,00
3	1º menor proposta de preço ofertada	1,50
	2º menor proposta de preço ofertada	1,00
	3º menor proposta de preço ofertada	0,50
	Não atende as especificações	0,00
4	1º menor proposta de preço ofertada	1,50
	2º menor proposta de preço ofertada	1,125
	3º menor proposta de preço ofertada	0,75
	4º menor proposta de preço ofertada	0,38
	Não atende as especificações	0,00

(*) No caso de mais de 4 (quatro) proponentes, o critério de pontuação seguirá a mesma lógica dos percentis, isto é, o cálculo $(1,5 / N)$ será utilizado para definir o ponto de corte da pontuação da menor proposta de preço ofertada.

Exemplo, se $N = 5$ proponentes; o valor de 1,50 pontos deverá ser atribuído a menor proposta de preço ofertada; 1,20 para a segunda menor proposta de preço ofertada; 0,90 para a terceira menor proposta de preço ofertada; 0,60 para a quarta menor proposta de preço ofertada; 0,30 para a menor proposta de preço ofertada, 0,00 caso o proponente não atenda às especificações. Será sempre considerado o critério de arredondamento para **duas casas decimais**.

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem (Pontos)
3. Economicidade	3B. Proposta econômica: volume de recursos (R\$) destinados à rubrica a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	0,50 Pontos

Nº de Proponentes (N)	Descrição e julgamento	Pontuação
1	Atende às especificações	0,50
	Não atende às especificações	0,00
2	1º menor proposta de preço ofertada	0,50
	2º menor proposta de preço ofertada	0,25
	Não atende as especificações	0,00
3	1º menor proposta de preço ofertada	0,50
	2º menor proposta de preço ofertada	0,33
	3º menor proposta de preço ofertada	0,17
	Não atende as especificações	0,00
4	1º menor proposta de preço ofertada	0,50
	2º menor proposta de preço ofertada	0,37
	3º menor proposta de preço ofertada	0,25
	4º menor proposta de preço ofertada	0,12
	Não atende as especificações	0,00

(*) No caso de mais de 4 (quatro) proponentes, o critério de pontuação seguirá a mesma lógica dos percentis, isto é, o cálculo $(0,5 / N)$ será utilizado para definir o ponto de corte da pontuação da menor proposta de preço ofertada.

Exemplo, se $N = 5$ proponentes; o valor de 0,50 pontos deverá ser atribuído a menor proposta de preço ofertada; 0,40 para a segunda menor proposta de preço ofertada; 0,30 para a terceira menor proposta de preço ofertada; 0,20 para a quarta menor proposta de preço ofertada; 0,10 para a menor proposta de preço ofertada, 0,00 caso o proponente não atenda às especificações. Será sempre considerado o critério de arredondamento para **duas casas decimais**.

4. ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E GERENCIAL (2,0 PONTOS)

Este conteúdo será avaliado através da análise do conteúdo da PROPOSTA TÉCNICA, pela demonstração objetiva de que a Organização Social tem compreensão das informações relevantes ao escopo da contratação, de acordo com as informações contidas neste Edital e seus Anexos.

A Organização Social deverá descrever como pretende organizar seus recursos para desenvolver as atividades administrativas e gerenciais, de acordo com a Estrutura da Rede, de forma a garantir que as unidades e equipes de saúde alcancem as metas de produção e qualidade.

Para finalidade de avaliação deste critério será considerado essencial que o conteúdo aborda explicitamente:

ITEM 4A

O dimensionamento da equipe assistencial, devendo ser dimensionado, além da equipe mínima descrita neste Edital, o pessoal necessário para a execução ininterrupta das atividades propostas e atingimento das metas de produção e qualidade indicadas. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,5 pontos**.

Pontuação Máxima	Pontuação Parcial	Nenhuma Pontuação
0,5 Pontos	0,25 Pontos	0,00 (não pontua)

ITEM 4B

O dimensionamento da equipe administrativa e gerencial necessário para a execução ininterrupta das atividades propostas e atingimento das metas de produção e qualidade indicadas. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,5 pontos**.

Pontuação Máxima	Pontuação Parcial	Nenhuma Pontuação
0,5 Pontos	0,25 Pontos	0,00 (não pontua)

ITEM 4C

O plano de cargos, salários, benefícios e provisões, aplicado aos profissionais que atuarão neste Contrato, inclusive da coordenação técnico-administrativa, prevendo, dentre outros aspectos, a categoria profissional/cargo/função, a jornada de trabalho semanal, as formas de remuneração e os benefícios, a evolução funcional, dentre outros. Não deverão ser apresentados valores. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,25 pontos**.

Pontuação Máxima	Pontuação Parcial	Nenhuma Pontuação
0,5 Pontos	0,25 Pontos	0,00 (não pontua)

ITEM 4D

Neste item serão avaliadas as estratégias para disponibilização das prestações de contas trimestrais, utilizando-se ferramentas de tecnologia da informação, ressaltamos que o proposto pela OSS neste item deverá ser realizado pela OSS. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,25 pontos**.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Modelo para publicização das prestações de contas e resultados assistenciais da OSS em seu sítio institucional.	0,25 Pontos

ITEM 4E

Apesar dos esforços dos últimos anos para o aumento do quantitativo da especialidade de Medicina de Família e Comunidade, a disponibilidade de profissionais de saúde na área de cuidados de saúde primários é reconhecidamente deficitária. Para além do mais, os desafios colocados à prestação de cuidados de saúde neste nível de cuidados colocam em agenda a discussão do papel das novas profissões e novas competências em saúde. Portanto, neste item deve ser apresentada as estratégias permanentes a serem utilizadas para manter completas as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, visando as medidas de incentivo e fixação dos profissionais que estão disponíveis na literatura. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,25 pontos**.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal completas.	0,25 Pontos

ITEM 4F

Neste item serão julgadas as estratégias para aferição do cumprimento da carga horária de trabalho contratual dos profissionais de saúde. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,25 pontos**.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Estratégias para aferição do cumprimento da carga horária de trabalho contratual dos profissionais.	0,25 Pontos

Para finalidade de avaliação deste critério serão considerados ainda:

- Clareza e lógica na exposição do conteúdo;
- Viabilidade entre os recursos humanos propostos, o dimensionamento e as características das atividades previstas;
- Adequação da organização das atividades de apoio às necessidades essenciais ao funcionamento dos serviços de saúde previstos;
- Viabilidade entre abordagem técnica apresentada e a organização das atividades para atendimento aos objetivos especificados;
- Pertinência entre às diretrizes propostas no contexto da execução das atividades previstas e as normas estabelecidas pela SMS e suas áreas técnicas;
- Adequação técnica entre os mecanismos de organização e as normativas especificadas;
- Viabilidade de execução da proposta de organização em gestão em saúde;
- Relevância e pertinência da proposta apresentada com relação às atividades previstas.

As pontuações que serão atribuídas relativas à avaliação deste critério, seguirão as condições abaixo:

- Pontuação máxima para cada item de cada critério descrito. Será concedida caso a proposta atenda integralmente ou supere as especificações, satisfazendo aos elementos de avaliação;
- Pontuação parcial para cada item de cada critério descrito. Será concedida, caso a proposta, atende, parcialmente as especificações e os elementos de avaliação, porém ainda assim seja considerada tecnicamente qualificada;
- Nenhuma pontuação para cada item de cada critério descrito. Não será concedida pontuação para a proposta que não esteja em conformidade em relação às especificações e aos elementos de avaliação.

5. ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL E TÉCNICA (2,5 PONTOS)

Este conteúdo será avaliado através da análise do conteúdo da PROPOSTA TÉCNICA, pela demonstração objetiva de que a Organização Social tem compreensão das informações relevantes ao escopo da contratação, de acordo com as informações contidas neste Edital e seus Anexos.

A Organização Social deverá descrever como pretende organizar seus recursos para desenvolver as atividades assistências e técnicas, de acordo com a Estrutura da Rede, de forma a garantir que as unidades e equipes de saúde alcancem as metas de produção e qualidade.

Para finalidade de avaliação deste critério será considerado essencial que o conteúdo aborda explicitamente:

ITEM 5A

O plano e / ou programa de educação permanente que será desenvolvido e aplicado junto à equipe contratada. A Organização Social deverá descrever como pretende organizar suas atividades de educação permanente com vistas à capacitação e atualização dos profissionais atuantes no objeto deste Contrato e melhoria da qualidade assistencial. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,25 pontos**.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Plano / Programa de Educação Permanente	0,25 Pontos

ITEM 5B

Os planos de avaliação de qualidade das Unidades de Atenção Primária com Saúde da Família, contendo: (i) objetivos, metodologia e instrumentos quali-quantitativos de coleta de dados, (iii) tempo de execução e proposta de periodicidade de coleta de dados e divulgação dos resultados, (iv) dimensões / itens (variáveis ou categorias) avaliados pelo plano, (v) proposta de pesquisa de satisfação de usuários com plano de amostragem documentado. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,50 pontos**.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
5B. Plano de avaliação de qualidade das Unidades de Atenção Primária, contendo:	(Somatório dos subitens)
5B1. (i) objetivos	0,10
5B2. (ii) metodologia e instrumentos	0,20
5B3. (iii) tempo de execução e periodicidade	0,10
5B4. (iv) dimensões/itens avaliados pelo plano	0,05
5B5. (v) pesquisa de satisfação dos usuários com plano de amostragem	0,05

ITEM 5C

A comunicação é um dos catalisadores mais poderosos para transformar qualquer sistema social, por isso, é considerada uma das prioridades estratégicas da reforma da atenção primária. Sendo assim, neste item devem ser apresentados a forma como a OSS poderá apoiar a rede de páginas na internet das unidades com Saúde da Família atualmente existente, com o objetivo de fortalecer a informação e a comunicação em saúde, facilitando a acessibilidade organizacional do serviço, sempre considerando as especificidades locais, a necessidade de conectividade. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,25 pontos**.

Obs.: Somente podem constar logos institucionais da Prefeitura e do SUS.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Apresentação de propostas de Boletins Informativos para a população coberta pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, assim como apoio a conectividade para manutenção das páginas de cada unidade na internet e vídeos institucionais.	0,25 Pontos

ITEM 5D

Os instrumentos de pesquisa e a organização dos serviços de satisfação dos usuários. A Organização Social deverá descrever como pretende organizar seus recursos para oferecer e monitorar o serviço de satisfação dos usuários, como forma de acompanhar e avaliar continuamente a qualidade do serviço prestado. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,5 pontos**.

Pontuação Máxima	Pontuação Parcial	Nenhuma Pontuação
0,50 Pontos	0,25 Pontos	0,00 (não pontua)

ITEM 5E

Os meios de garantia e incentivo da participação popular. A Organização Social deverá descrever como pretende garantir a participação popular nas atividades propostas, como pretender organizar e manter em funcionamento os Conselhos locais e outros meios de incentivo à participação popular. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,5 pontos**.

Pontuação Máxima	Pontuação Parcial	Nenhuma Pontuação
0,50 Pontos	0,25 Pontos	0,00 (não pontua)

ITEM 5F

A forma como pretende organizar o processo de trabalho nas ações e serviços de saúde. A Organização Social deverá descrever de forma detalhada sua proposta de organização funcional e operacional para execução das ações e serviços de saúde, com vistas à garantia do alcance das metas de produção e objetivos de qualidade, devendo explicar como a entidade pretende dispor dos seus recursos para realização das atividades previstas neste Edital e seus Anexos, bem como, para o gerenciamento das mesmas. Este item poderá pontuar, no máximo, **0,5 pontos**.

Pontuação Máxima	Pontuação Parcial	Nenhuma Pontuação
0,5 Pontos	0,25 Pontos	0,00 (não pontua)

Para finalidade de avaliação deste critério serão considerados ainda:

- Clareza e lógica na exposição do conteúdo;
- Coerência e adequação das propostas de acordo com o conteúdo mínimo exigido e características da Rede de Saúde;
- Viabilidade entre abordagem técnica apresentada e a organização das atividades para atendimento aos objetivos especificados;
- Pertinência entre os às diretrizes propostas no contexto da execução das atividades previstas e as normas estabelecidas pela SMS e suas áreas técnicas;

- Adequação técnica entre os mecanismos de organização e as normativas especificadas;
- Viabilidade de execução da proposta de organização em gestão em saúde;
- Relevância e pertinência da proposta apresentada com relação às atividades previstas.

As pontuações que serão atribuídas relativas à avaliação deste critério, seguirão as condições abaixo:

- Pontuação máxima para cada item de cada critério descrito. Será concedida caso a proposta atenda integralmente ou supere as especificações, satisfazendo aos elementos de avaliação;
- Pontuação parcial para cada item de cada critério descrito. Será concedida caso a proposta atenda parcialmente as especificações e os elementos de avaliação, porém ainda sim seja considerada tecnicamente qualificada.
- Nenhuma pontuação para cada item de cada critério descrito. Não será concedida pontuação para a proposta que não esteja em conformidade em relação às especificações e aos elementos de avaliação.

6. APLICABILIDADE DA POLÍTICA DE COMPLIANCE E INTEGRIDADE (1,0 PONTO)

Este conteúdo será avaliado através da análise do conteúdo da PROPOSTA TÉCNICA, pela demonstração objetiva de que a Organização Social tem compreensão das informações relevantes de transparência das informações e da política de integridade aplicada pela Organização Social. Para finalidade de avaliação deste critério será considerado essencial que o conteúdo aborda explicitamente:

ITEM 6A

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem (Pontos)
6. Aplicabilidade da Política de Compliance e Integridade (1,00 ponto)	6A. Apresentação do documento que descreva os princípios éticos e comportamentais que norteiam o relacionamento e a conduta institucional de funcionários e Diretoria da Organização Social com seus pares, subordinados e parceiros de negócios, visando manter uma postura de transparência e ética nas relações pessoais e comerciais da Organização.	0,30

Neste item deve ser apresentado documento institucional que descreva os princípios éticos e comportamentais que norteiam o relacionamento e a conduta institucional de funcionários e Diretoria da Organização Social com seus pares, subordinados e parceiros de negócios, visando manter uma postura de transparência e ética nas relações pessoais e comerciais da Organização. Também deverá ser apresentada ata de reunião que comprove a aprovação do documento institucional pelo Conselho Administrativo e/ou pela Diretoria, conforme disposição estatutária da Organização Social.

ITEM 6B

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem (Pontos)
6. Aplicabilidade da Política de Compliance e Integridade (1,00 ponto)	6.B. Apresentação de documentos que comprovem a aplicação e efetividade da Política de Compliance e Integridade da Organização Social.	0,70

Para comprovação da aplicação e efetividade da Política de Compliance e Integridade da Organização Social, deverão ser apresentados documentos que demonstrem a realização de todas as ações abaixo:

- I. designação de um oficial e um comitê de integridade;
- II. implementação de políticas e procedimentos escritos;
- III. estabelecimento de educação e treinamento efetivos;
- IV. desenvolvimento de linhas de comunicação efetivas que incluam um canal para recebimento de comunicações anônimas;
- V. condução de auditorias e monitoramentos internos;
- VI. cumprimento e vigilância deste quanto aos padrões de conduta, por meio de parâmetros disciplinares amplamente divulgados;
- VII. aplicação das medidas corretivas cabíveis aos problemas detectados.

Para finalidade de avaliação deste critério serão considerados ainda:

- Clareza e lógica na exposição do conteúdo.

As pontuações que serão atribuídas relativas à avaliação deste critério, seguirão as condições abaixo:

- Pontuação máxima para cada item de cada critério descrito. Será concedida caso a proposta atenda integralmente ou supere as especificações, satisfazendo aos elementos de avaliação;
- Pontuação parcial para cada item de cada critério descrito. Será concedida caso a proposta atenda parcialmente as especificações e os elementos de avaliação, porém ainda sim seja considerada tecnicamente qualificada.
- Nenhuma pontuação para cada item de cada critério descrito. Não será concedida pontuação para a proposta que não esteja em conformidade em relação às especificações e aos elementos de avaliação.

ANEXO TÉCNICO C

DESTINAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

1. CONDIÇÕES GERAIS

Para o repasse dos recursos previstos neste Edital, a Organização Social deverá seguir os seguintes critérios:

Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos contratos de gestão, tanto na parte assistencial como financeira. Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais,

- Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos.
- Detalhamento de todas as despesas dos contratos de gestão, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.
- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela OS com terceiros durante todo o período de vigência do Contrato de Gestão.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão.
- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela OS para execução do objeto contratado, tais como: nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.
- Anexação de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira, como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.
- Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão, assim como dados de produção, referentes ao período que será avaliado.

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade. Além disso, a OSS será responsável por:

- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.
- Possuir conta corrente única em instituição financeira oficial para as movimentações bancárias, conforme previsto no Decreto 33.010 de 03 de novembro de 2010.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMS-Rio e da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão.

A proposta de orçamento e o programa de investimentos deverão ser aprovados pelo Conselho de Administração da Organização Social.

2. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro de 2010.

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A CONTRATADA deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1 Para a execução orçamentária do presente Contrato de Gestão será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão Técnica de Avaliação e o controle dos Órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a contratada se dará em parcelas trimestrais fixas, que serão liberadas conforme cronograma especificado anexo ao contrato e condicionada à apresentação e aprovação das prestações de contas das parcelas percebidas, conforme detalhado abaixo:

- A primeira prestação de contas será feita no 2º mês do contrato de gestão de forma que a mesma seja processada na SMS-Rio e a 2ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 3º mês, para execução no período seguinte.
- A segunda prestação de contas será feita no 5º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS-Rio e a 3ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 6º mês, para execução no período seguinte.
- A terceira prestação de contas será feita no 8º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS-Rio e a 4ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 9º mês, para execução no período seguinte.
- A quarta prestação de contas será feita no 11º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS-Rio e a 5ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 12º mês, para execução no período seguinte.
- A quinta prestação de contas será feita no 14º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS-Rio e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 15º mês, para execução no período seguinte.

- A sexta prestação de contas será feita no 17º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS-Rio e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 18º mês, para execução no período seguinte.
- A sétima prestação de contas será feita no 20º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS-Rio e a 7ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 21º mês, para execução no período seguinte.

3.2. A prestação de contas se dará:

Prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS-Rio e pela CTA.

A Organização Social CONTRATADA deverá, juntamente com o envio das informações de prestação de contas no Painel, apresentar declaração, assinada pelo representante legal da entidade, quanto a veracidade dos dados alimentados no Painel de Gestão.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais as certidões negativas da Organização Social, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Contrato de Gestão, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

4. DESCRIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável.

4.1. Recursos orçamentários pela Gestão Direta dos Serviços de Saúde (Parte Fixa)

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços de Saúde previstos no Anexo Técnico II – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica, consistem em um montante fixo, com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento das unidades.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

4.2. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (Parte Variável)

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários trimestrais da Parte Variável previsto no cronograma de desembolso constante neste Anexo (Anexo II – Item 10 – C) e no Anexo Técnico E do Contrato de Gestão deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no Anexo Técnico B do Contrato de Gestão.

4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso constante deste Anexo.

5. CONDIÇÕES PARA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

A parcela correspondente à parte fixa do primeiro trimestre do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

6. DOTAÇÃO ONERADA

A execução do presente Contrato de Gestão onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da CAP 1.0, objeto deste contrato de gestão, ND 5039 e nos anos subsequentes no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo.

Este valor inclui as partes variáveis (1), (2) e (3).

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no cronograma de desembolso constante deste Anexo.

As proponentes deverão apresentar na Proposta Técnica um Quadro idêntico àquele apresentado no cronograma de desembolso constante deste Anexo, com a proposta de evolução mensal dos valores totais para cada uma das rubricas apresentadas, sob pena de desclassificação da mesma.

7. DESPESAS GLOSADAS

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CTA como pertinentes ao contrato, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado pela CTA.

8. MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, mediante a também da Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro, conforme modelo da alínea "a)".

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da CONTRATADA, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Contrato de Gestão e de seus respectivos termos aditivos. No momento do “atesto”, o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor/gerente da unidade.

9. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SMS-Rio ao final do Contrato de Gestão, devendo a CONTRATADA apresentar os documentos e informações pertinentes para tal. A CONTRATADA deve patrimoniar cada item adquirido logo após a compra, utilizando o código CNES na placa de identificação de cada bem. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio. Esta tabela deve ser fornecida como um dos relatórios da CTA. Da mesma forma, todos os bens adquiridos devem ser informados no Painel de Gestão.

10. PLANILHA E MODELOS

- a) Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro;
- b) Planilha Demonstrativa de Rateio das Despesas Administrativas.
- c) Cronograma de Desembolso e Metas Físicas.

A) MODELO DE DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES NO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da Organização Social de Saúde, declaro para todos os fins, que são verídicas as informações inseridas nos itens abaixo, que compõem o relatório financeiro, no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, conforme Decreto nº 37.079 de 30 de abril de 2013, referente ao contrato de gestão nº...../..... (especificar unidade, se for o caso), mês de referência da prestação de contas/.....:

RELAÇÃO DE ARQUIVOS ENVIADOS AO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, VIA FTP:

- DESPESAS;
- SALDOS;
- RECEITAS;
- BENS;
- TERCEIROS e
- RH.

Declaramos ainda, que todas as imagens referentes às despesas, extratos bancários (conta corrente e aplicações financeiras) e contratos, foram anexadas as suas devidas pastas no FTP, bem como, todas as dívidas referentes ao Contrato de Gestão foram alimentadas no Formulário online do Painel de Gestão.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO
CARGO

B) MODELO DE PLANILHA DEMONSTRATIVA DE RATEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

[illegible]

C) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS AS PLANILHAS ABAIXO SÃO EXEMPLOS, NÃO POSSUEM VALOR COMPROBATÓRIO.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 2.2									
Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
Item	Unidade de medida	Valores Unitários 2014	Valores Unitários 2015	Valores Unitários 2016		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04
						jan/15	fev/15	mar/15	abr/15
a1) Apoio à Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nr de equipes	R\$ 742,63	R\$ 779,76	R\$ 818,75	30	R\$ 22.278,97	R\$ 22.278,97	R\$ 23.392,92	R\$ 23.392,92
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	nr de equipes	R\$ 3.713,16	R\$ 3.898,82	R\$ 4.093,76	30	R\$ 111.394,86	R\$ 111.394,86	R\$ 116.964,60	R\$ 116.964,60
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nr de equipes	R\$ 56.737,99	R\$ 59.574,89	R\$ 62.553,63	30	R\$ 1.702.139,58	R\$ 1.702.139,58	R\$ 1.787.246,56	R\$ 1.787.246,56
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nr de equipes	R\$ 12.120,81	R\$ 12.726,85	R\$ 13.363,20	30	R\$ 363.624,41	R\$ 363.624,41	R\$ 381.805,63	R\$ 381.805,63
a5) Serviços de Otorrinolaringologia, Rino X e Ultrassom e Prótese Dentária	nr de equipes	R\$ 4.169,94	R\$ 4.378,44	R\$ 4.597,36	30	R\$ 125.098,20	R\$ 125.098,20	R\$ 131.353,11	R\$ 131.353,11
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nr de equipes	R\$ 1.234,50	R\$ 1.296,23	R\$ 1.361,04	30	R\$ 37.035,00	R\$ 37.035,00	R\$ 38.886,75	R\$ 38.886,75
A - Equipes de Saúde da Família		R\$ 78.719,03	R\$ 82.654,99	R\$ 86.787,73		R\$ 2.361.571,02	R\$ 2.361.571,02	R\$ 2.479.649,57	R\$ 2.479.649,57
b1) Rh Equipes de Serv. Apoio Especializado/NASF	nr de equipes Serv. Apoio Especializado/NASF	R\$ 57.605,00	R\$ 60.485,25	R\$ 63.509,51	1	R\$ 57.605,00	R\$ 57.605,00	R\$ 60.485,25	R\$ 60.485,25
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nr de equipes Serv. Apoio Especializado/NASF	R\$ 1.230,00	R\$ 1.291,50	R\$ 1.361,04	1	R\$ 1.230,00	R\$ 1.230,00	R\$ 1.291,50	R\$ 1.291,50
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 58.835,00	R\$ 61.776,75	R\$ 64.865,59		R\$ 58.835,00	R\$ 58.835,00	R\$ 61.776,75	R\$ 61.776,75
c1) RH - CAPS		R\$ 235.280,50	R\$ 247.044,53	R\$ 259.396,75	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
c2) Contratos e Consumo - CAPS		R\$ 84.028,75	R\$ 88.230,19	R\$ 92.641,70	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
c3) Apoio à gestão CAPS		R\$ 16.805,75	R\$ 17.646,04	R\$ 18.529,34	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 336.115,00	R\$ 352.920,75	R\$ 370.566,79		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nr de Unidades								
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos						R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D						R\$ 2.420.406,02	R\$ 2.420.406,02	R\$ 2.541.426,32	R\$ 2.541.426,32
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês						R\$ 48.408,12	R\$ 48.408,12	R\$ 50.828,53	R\$ 50.828,53
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Ate R\$ 3.000/ESF/Unidade					R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (PS)					R\$ 132.643,73	R\$ 132.643,73	R\$ 132.643,73	R\$ 132.643,73
I) Total (I) = (E+F+G+H)						R\$ 2.631.457,87	R\$ 2.631.457,87	R\$ 2.754.898,58	R\$ 2.754.898,58
* Os valores referentes a gestão do TEIAS são variáveis proporcionais ao número de ESF no contrato de gestão.									
** Equipe de Saúde da Família: 1 médico 40h, 1 enfermeiro 40h, 1 técnico de enfermagem 40h, 6 ACS, 1 técnico Farmácia/ESF, 1 farmacêutico/ESF, 1 administrativo/ESF, 1 dentista/ESF, 1 TSB/ESF, 1 ASB/ESF.									
*** O valor referente a Prontuário Eletrônico e Telefonia inclui telefonia para equipe + conectividade + datacenter (servidores) + customizações + suporte e treinamento + solução móvel + plataforma de auto-cuidados									
**** Os valores referentes a Adaptações e Instalações são variáveis dependendo da previsão de adaptações previstas no contrato de gestão									
TEIAS (ESF + CAPS + UPA)									
						MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04
						jan/15	fev/15	mar/15	abr/15
J) TOTAL						R\$ 2.631.457,87	R\$ 2.631.457,87	R\$ 2.754.898,58	R\$ 2.754.898,58

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 1.0

Estratégia de Saúde da Família e CAPS					Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
Item	Unidade de medida	Valores Unitários 2014	Valores Unitários 2015	Valores Unitários 2016	MÊS 06		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10	
					jun/15		jul/15		ago/15		set/15		out/15	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 742,63	R\$ 779,76	R\$ 818,75	30	R\$ 23.392,92	30	R\$ 23.392,92	30	R\$ 23.392,92	30	R\$ 23.392,92	30	R\$ 23.392,92
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 3.713,16	R\$ 3.898,82	R\$ 4.093,76	30	R\$ 116.964,60	30	R\$ 116.964,60	30	R\$ 116.964,60	30	R\$ 116.964,60	30	R\$ 116.964,60
a3) Rn Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 56.737,99	R\$ 59.574,89	R\$ 62.553,63	30	R\$ 1.787.246,56	30	R\$ 1.787.246,56	30	R\$ 1.787.246,56	30	R\$ 1.787.246,56	30	R\$ 1.787.246,56
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	R\$ 12.120,81	R\$ 12.726,85	R\$ 13.363,20	30	R\$ 381.805,63	30	R\$ 381.805,63	30	R\$ 381.805,63	30	R\$ 381.805,63	30	R\$ 381.805,63
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	R\$ 4.169,94	R\$ 4.378,44	R\$ 4.597,36	30	R\$ 131.353,11	30	R\$ 131.353,11	30	R\$ 131.353,11	30	R\$ 131.353,11	30	R\$ 131.353,11
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 1.234,50	R\$ 1.296,23	R\$ 1.361,04	30	R\$ 38.886,75	30	R\$ 38.886,75	30	R\$ 38.886,75	30	R\$ 38.886,75	30	R\$ 38.886,75
A - Equipes de Saúde da Família		R\$ 78.719,03	R\$ 82.654,99	R\$ 86.787,73		R\$ 2.479.649,57		R\$ 2.479.649,57		R\$ 2.479.649,57		R\$ 2.479.649,57		R\$ 2.479.649,57
b1) Rn Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 57.605,00	R\$ 60.485,25	R\$ 63.509,51	1	R\$ 60.485,25	1	R\$ 60.485,25	1	R\$ 60.485,25	1	R\$ 60.485,25	1	R\$ 60.485,25
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 1.230,00	R\$ 1.291,50	R\$ 1.356,08	1	R\$ 1.291,50	1	R\$ 1.291,50	1	R\$ 1.291,50	1	R\$ 1.291,50	1	R\$ 1.291,50
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 58.835,00	R\$ 61.776,75	R\$ 64.865,59		R\$ 61.776,75		R\$ 61.776,75		R\$ 61.776,75		R\$ 61.776,75		R\$ 61.776,75
c1) RH - CAPS		R\$ 235.280,50	R\$ 247.044,53	R\$ 259.396,75	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00
c2) Contratos e Consumo - CAPS		R\$ 84.028,75	R\$ 88.230,19	R\$ 92.641,70	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00
c3) Apoio a gestão CAPS		R\$ 16.805,75	R\$ 17.646,04	R\$ 18.528,34	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 336.115,00	R\$ 352.920,75	R\$ 370.566,79		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades													
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos						R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D						R\$ 2.541.426,32		R\$ 2.541.426,32		R\$ 2.541.426,32		R\$ 2.541.426,32		R\$ 2.541.426,32
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês						R\$ 50.828,53		R\$ 50.828,53		R\$ 50.828,53		R\$ 50.828,53		R\$ 50.828,53
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre					R\$ 30.000,00		R\$ 30.000,00		R\$ 30.000,00		R\$ 30.000,00		R\$ 30.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)					R\$ 132.643,73		R\$ 132.643,73		R\$ 132.643,73		R\$ 132.643,73		R\$ 132.643,73
I) Total (I) = (E+F+G+H)						R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58
TEIAS (ESF + CAPS + UPA)					TEIAS (ESF + CAPS + UPA)									
					MÊS 06		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10	
					jun/15		jul/15		ago/15		set/15		out/15	
J) TOTAL						R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58		R\$ 2.754.898,58

Estratégia de Saúde da Família e CAPS					Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
Item	Unidade de medida	Valores Unitários 2014	Valores Unitários 2015	Valores Unitários 2016	MÊS 11		MÊS 12		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15	
					nov/15		dez/15		jan/16		fev/16		mar/16	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 742,63	R\$ 779,76	R\$ 818,75	30	R\$ 23.392,92	45	R\$ 35.089,38	45	R\$ 35.089,38	45	R\$ 35.089,38	45	R\$ 36.843,85
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 3.713,16	R\$ 3.898,82	R\$ 4.093,76	30	R\$ 116.964,60	45	R\$ 175.446,90	45	R\$ 175.446,90	45	R\$ 175.446,90	45	R\$ 184.219,25
a3) Rn Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 56.737,99	R\$ 59.574,89	R\$ 62.553,63	30	R\$ 1.787.246,56	45	R\$ 2.680.869,84	45	R\$ 2.680.869,84	45	R\$ 2.680.869,84	45	R\$ 2.814.913,33
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	R\$ 12.120,81	R\$ 12.726,85	R\$ 13.363,20	30	R\$ 381.805,63	45	R\$ 572.708,44	45	R\$ 572.708,44	45	R\$ 572.708,44	45	R\$ 601.343,86
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	R\$ 4.169,94	R\$ 4.378,44	R\$ 4.597,36	30	R\$ 131.353,11	45	R\$ 197.029,67	45	R\$ 197.029,67	45	R\$ 197.029,67	45	R\$ 206.881,15
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 1.234,50	R\$ 1.296,23	R\$ 1.361,04	30	R\$ 38.886,75	45	R\$ 58.330,13	45	R\$ 58.330,13	45	R\$ 58.330,13	45	R\$ 61.246,63
A - Equipes de Saúde da Família		R\$ 78.719,03	R\$ 82.654,99	R\$ 86.787,73		R\$ 2.479.649,57		R\$ 3.719.474,35		R\$ 3.719.474,35		R\$ 3.719.474,35		R\$ 3.905.448,07
b1) Rn Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 57.605,00	R\$ 60.485,25	R\$ 63.509,51	1	R\$ 60.485,25	1	R\$ 60.485,25	2	R\$ 120.970,50	2	R\$ 120.970,50	2	R\$ 127.019,03
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 1.230,00	R\$ 1.291,50	R\$ 1.356,08	1	R\$ 1.291,50	1	R\$ 1.291,50	2	R\$ 2.583,00	2	R\$ 2.583,00	2	R\$ 2.712,15
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 58.835,00	R\$ 61.776,75	R\$ 64.865,59		R\$ 61.776,75		R\$ 61.776,75		R\$ 123.553,50		R\$ 123.553,50		R\$ 129.731,18
c1) RH - CAPS		R\$ 235.280,50	R\$ 247.044,53	R\$ 259.396,75	0	R\$ 0,00	1	R\$ 247.044,53	1	R\$ 247.044,53	1	R\$ 247.044,53	1	R\$ 259.396,75
c2) Contratos e Consumo - CAPS		R\$ 84.028,75	R\$ 88.230,19	R\$ 92.641,70	0	R\$ 0,00	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 92.641,70
c3) Apoio a gestão CAPS		R\$ 16.805,75	R\$ 17.646,04	R\$ 18.528,34	0	R\$ 0,00	1	R\$ 17.646,04	1	R\$ 17.646,04	1	R\$ 17.646,04	1	R\$ 18.528,34
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 336.115,00	R\$ 352.920,75	R\$ 370.566,79		R\$ 0,00		R\$ 352.920,75		R\$ 352.920,75		R\$ 352.920,75		R\$ 370.566,79
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades							R\$ 600.000,00		R\$ 1.000.000,00				
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos						R\$ 0,00		R\$ 600.000,00		R\$ 1.000.000,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D						R\$ 2.541.426,32		R\$ 4.734.171,85		R\$ 5.195.948,60		R\$ 4.195.948,60		R\$ 4.405.746,03
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês						R\$ 50.828,53		R\$ 75.625,02		R\$ 76.860,56		R\$ 76.860,56		R\$ 80.703,58
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre					R\$ 30.000,00		R\$ 45.000,00		R\$ 45.000,00		R\$ 45.000,00		R\$ 45.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)					R\$ 132.643,73		R\$ 198.965,60		R\$ 198.965,60		R\$ 198.965,60		R\$ 198.965,60
I) Total (I) = (E+F+G+H)						R\$ 2.754.898,58		R\$ 5.053.762,48		R\$ 5.516.774,76		R\$ 4.516.774,76		R\$ 4.730.415,22
TEIAS (ESF + CAPS + UPA)					TEIAS (ESF + CAPS + UPA)									
					MÊS 11		MÊS 12		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15	
					nov/15		dez/15		jan/16		fev/16		mar/16	
J) TOTAL						R\$ 2.754.898,58		R\$ 5.053.762,48		R\$ 5.516.774,76		R\$ 4.516.774,76		R\$ 4.730.415,22

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 1.0

Estratégia de Saúde da Família e CAPS					Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
Item	Unidade de medida	Valores Unitários 2014	Valores Unitários 2015	Valores Unitários 2016	MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18		MÊS 19		MÊS 20	
					abr/16		mai/16		jun/16		jul/16		ago/16	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 742,63	R\$ 779,76	R\$ 818,75	45	R\$ 36.843,85	45	R\$ 36.843,85	45	R\$ 36.843,85	45	R\$ 36.843,85	45	R\$ 36.843,85
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 3.713,16	R\$ 3.898,82	R\$ 4.093,76	45	R\$ 184.219,25	45	R\$ 184.219,25	45	R\$ 184.219,25	45	R\$ 184.219,25	45	R\$ 184.219,25
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 56.737,99	R\$ 59.574,89	R\$ 62.553,63	45	R\$ 2.814.913,33	45	R\$ 2.814.913,33	45	R\$ 2.814.913,33	45	R\$ 2.814.913,33	45	R\$ 2.814.913,33
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	R\$ 12.120,81	R\$ 12.726,85	R\$ 13.363,20	45	R\$ 601.343,86	45	R\$ 601.343,86	45	R\$ 601.343,86	45	R\$ 601.343,86	45	R\$ 601.343,86
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	R\$ 4.169,94	R\$ 4.378,44	R\$ 4.597,36	45	R\$ 206.881,15	45	R\$ 206.881,15	45	R\$ 206.881,15	45	R\$ 206.881,15	45	R\$ 206.881,15
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 1.234,50	R\$ 1.296,23	R\$ 1.361,04	45	R\$ 61.246,63	45	R\$ 61.246,63	45	R\$ 61.246,63	45	R\$ 61.246,63	45	R\$ 61.246,63
A - Equipes de Saúde da Família		R\$ 78.719,03	R\$ 82.654,99	R\$ 86.787,73		R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 57.605,00	R\$ 60.485,25	R\$ 63.509,51	2	R\$ 127.019,03	2	R\$ 127.019,03	2	R\$ 127.019,03	2	R\$ 127.019,03	2	R\$ 127.019,03
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 1.230,00	R\$ 1.291,50	R\$ 1.356,08	2	R\$ 2.712,15	2	R\$ 2.712,15	2	R\$ 2.712,15	2	R\$ 2.712,15	2	R\$ 2.712,15
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 58.835,00	R\$ 61.776,75	R\$ 64.865,59		R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18
c1) RH - CAPS		R\$ 235.280,50	R\$ 247.044,53	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75
c2) Contratos e Consumo - CAPS		R\$ 84.028,75	R\$ 88.230,19	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70
c3) Apoio a gestão CAPS		R\$ 16.805,75	R\$ 17.646,04	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 336.115,00	R\$ 352.920,75	R\$ 370.566,79		R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades													
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos						R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D						R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês						R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre					R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)					R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60
I) Total (I) = (E+F+G+H)						R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22
TEIAS (ESF + CAPS + UPA)					TEIAS (ESF + CAPS + UPA)									
					MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18		MÊS 19		MÊS 20	
					abr/16		mai/16		jun/16		jul/16		ago/16	
J) TOTAL						R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22

Estratégia de Saúde da Família e CAPS					Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
Item	Unidade de medida	Valores Unitários 2014	Valores Unitários 2015	Valores Unitários 2016	MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		TOTAL	
					set/16		out/16		nov/16		dez/16			
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 742,63	R\$ 779,76	R\$ 818,75	45	R\$ 36.843,85	45	R\$ 36.843,85	45	R\$ 36.843,85	45	R\$ 36.843,85		R\$ 728.800,87
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	nº de equipes	R\$ 3.713,16	R\$ 3.898,82	R\$ 4.093,76	45	R\$ 184.219,25	45	R\$ 184.219,25	45	R\$ 184.219,25	45	R\$ 184.219,25		R\$ 3.644.004,33
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 56.737,99	R\$ 59.574,89	R\$ 62.553,63	45	R\$ 2.814.913,33	45	R\$ 2.814.913,33	45	R\$ 2.814.913,33	45	R\$ 2.814.913,33		R\$ 55.681.241,04
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	R\$ 12.120,81	R\$ 12.726,85	R\$ 13.363,20	45	R\$ 601.343,86	45	R\$ 601.343,86	45	R\$ 601.343,86	45	R\$ 601.343,86		R\$ 11.895.063,35
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	R\$ 4.169,94	R\$ 4.378,44	R\$ 4.597,36	45	R\$ 206.881,15	45	R\$ 206.881,15	45	R\$ 206.881,15	45	R\$ 206.881,15		R\$ 4.092.274,87
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	R\$ 1.234,50	R\$ 1.296,23	R\$ 1.361,04	45	R\$ 61.246,63	45	R\$ 61.246,63	45	R\$ 61.246,63	45	R\$ 61.246,63		R\$ 1.211.507,44
A - Equipes de Saúde da Família		R\$ 78.719,03	R\$ 82.654,99	R\$ 86.787,73		R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07	R\$ 3.905.448,07		R\$ 77.252.891,90
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 57.605,00	R\$ 60.485,25	R\$ 63.509,51	2	R\$ 127.019,03	2	R\$ 127.019,03	2	R\$ 127.019,03	2	R\$ 127.019,03		R\$ 2.232.193,75
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	R\$ 1.230,00	R\$ 1.291,50	R\$ 1.356,08	2	R\$ 2.712,15	2	R\$ 2.712,15	2	R\$ 2.712,15	2	R\$ 2.712,15		R\$ 47.662,50
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 58.835,00	R\$ 61.776,75	R\$ 64.865,59		R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18	R\$ 129.731,18		R\$ 2.279.856,25
c1) RH - CAPS		R\$ 235.280,50	R\$ 247.044,53	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75	1	R\$ 259.396,75		R\$ 3.335.101,09
c2) Contratos e Consumo - CAPS		R\$ 84.028,75	R\$ 88.230,19	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70	1	R\$ 92.641,70		R\$ 1.191.107,53
c3) Apoio a gestão CAPS		R\$ 16.805,75	R\$ 17.646,04	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34	1	R\$ 18.528,34		R\$ 238.221,51
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 336.115,00	R\$ 352.920,75	R\$ 370.566,79		R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79	R\$ 370.566,79		R\$ 4.764.430,13
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades													R\$ 1.600.000,00
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos						R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		R\$ 1.600.000,00
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D						R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03	R\$ 4.405.746,03		R\$ 85.897.178,27
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês						R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58	R\$ 80.703,58		R\$ 1.590.654,96
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre					R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00		R\$ 915.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)					R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60	R\$ 198.965,60		R\$ 4.045.633,91
I) Total (I) = (E+F+G+H)						R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22		R\$ 92.448.467,15
TEIAS (ESF + CAPS + UPA)					TEIAS (ESF + CAPS + UPA)									
					MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		TOTAL	
					set/16		out/16		nov/16		dez/16			
J) TOTAL						R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22	R\$ 4.730.415,22		R\$ 92.448.467,15

TEIAS AP 2.2			
Resumo por Item e por Exercício Financeiro			
ITEM	2015	2016	2015 + 2016
ESF	R\$ 30.759.462,50	R\$ 46.493.429,40	R\$ 46.493.429,40
NASF	R\$ 735.437,50	R\$ 1.544.418,75	R\$ 2.279.856,25
CAPS	R\$ 352.920,75	R\$ 4.411.509,38	R\$ 4.764.430,13
ADAPTAÇÕES	R\$ 600.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.600.000,00
SUBTOTAL	R\$ 32.447.820,75	R\$ 53.449.357,53	R\$ 85.897.178,27
VARIÁVEL 1	R\$ 629.898,00	R\$ 960.756,96	R\$ 1.590.654,96
VARIÁVEL 2	R\$ 375.000,00	R\$ 540.000,00	R\$ 915.000,00
VARIÁVEL 3	R\$ 1.658.046,68	R\$ 2.387.587,22	R\$ 4.045.633,91
SUBTOTAL VARIÁVEIS	R\$ 2.662.944,68	R\$ 3.888.344,19	R\$ 6.551.288,87
TOTAL 2015	R\$ 35.110.765,43	R\$ 57.337.701,71	R\$ 92.448.467,15

TEIAS AP 2.2			
Resumo por Exercício Financeiro			
Ano	ESF/CAPS	UPA	Total
2015	R\$ 35.110.765,43	R\$ 0,00	R\$ 35.110.765,43
2016	R\$ 57.337.701,71	R\$ 0,00	R\$ 57.337.701,71
Total	R\$ 92.448.467,15	R\$ 0,00	R\$ 92.448.467,15

ANEXO TÉCNICO D

APOIO A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**D. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE ASSISTENCIAL BÁSICA**

Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção, serão geridos pela Organização Social – OS aqueles apontados neste Contrato de Gestão.

D.1 OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento (AP-5.2) localizada no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades

D.2 ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

D.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS-Rio devem ser implementados e garantidos em todas as Unidades de Atenção Primária.

D.2.1.1. Cadastramento

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de Saúde da Família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicáveis a AP.

D.2.1.2. Recomendações da S/SUBPAV para o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.**Os 15 passos para gestão da Atenção Primária:**

Serviços oferecidos nesta Unidade de Atenção Primária

1. Acolhimento
2. Acompanhamento da gestante e do bebê (pré-natal e puericultura)
3. Administração de medicamentos e nebulização (sob prescrição)
4. Consulta de enfermagem
5. Consulta médica
6. Consulta odontológica
7. Curativo
8. Dispensação de medicamentos
9. Exames laboratoriais
10. Exame preventivo (câncer de colo de útero)
11. Grupo de educação em saúde

12. Imunização (vacinas)
13. Pequenos procedimentos (cirúrgicos)
14. Planejamento familiar e dispensação de preservativos e contraceptivos
15. Teste de gravidez (TIG) e teste rápido para IST (hepatites virais, HIV e sífilis)

Horários

1. Devem estar afixados e visíveis:
 - a. Horário de funcionamento da unidade;
 - b. Horários de atendimento de todos os profissionais;
 - c. Horários de todas as atividades educativas semanais;
 - d. Mapa de horários das salas.

Critérios para composição de horário das equipes

- A composição de horário das equipes deve seguir a orientação da Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente, e ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Durante o horário de funcionamento da Unidade, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;
- Sempre deve haver na unidade pelo menos um médico e um enfermeiro;
- A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 04 (quatro) dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho;
- Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;
- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independentemente do tipo de vínculo;
- Salvo em situações excepcionais, as Unidades de Atenção Primária devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de Saúde da Família durante todo o horário de funcionamento;
- As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção.

Em uma mesma AP as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas.

Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um componente técnico por categoria deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso.

Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade, a Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP) e a Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (S/SUBPAV/SIAP) devem ser comunicadas o mais breve possível.

Cadastro

1. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável pela realização do cadastro do usuário, que pode ser realizado na unidade de saúde ou no domicílio do paciente.
2. Para o cadastro é necessária a apresentação do número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) de todos os moradores do domicílio acima de 16 anos ou do número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) dos menores de 16 anos.
3. Em caso de cadastro realizado na unidade de saúde, o ACS responsável pela microárea deve realizar visita domiciliar para validar o endereço.
4. A unidade dispõe de lista atualizada dos números das declarações de nascidos vivos (DNV) do seu território e deverá consultá-la sempre que necessário.
5. A unidade deve orientar o usuário sobre como realizar a regularização da documentação (CPF ou DNV).

Visitas domiciliares dos agentes de saúde

1. Agente Comunitário de Saúde (ACS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco, com a frequência mínima:
 - Diária: tuberculose, hanseníase;
 - Semanal: gestantes de alto risco, crianças até 30 dias;
 - Mensal: gestantes de risco habitual, crianças de 1 mês a 1 ano, acamados, Cartão Família Carioca (CFC);
 - Trimestral: hipertensos, diabéticos, crianças de 1 a 2 anos;
 - Semestral: crianças de 2 a 6 anos, idosos (≥ 60 anos), Auxílio Brasil (AB).
2. Agente de Vigilância em Saúde (AVS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco ambiental e do domicílio, com a frequência mínima de duas vezes ao ano por domicílio.
3. Visita domiciliar solicitada na unidade de saúde: o ACS deve realizar a primeira avaliação, seguida de agendamento pela equipe técnica (técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista e/ou médico) em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis, caso seja confirmada a necessidade.

Cartão Família Carioca

1. ATENÇÃO: paciente que possui o cadastro em programa social, à ex.: Cartão Família Carioca (CFC) e Auxílio Brasil (AB), devido a um maior risco social, deve receber atenção especial sempre que procurar a unidade.
2. OBRIGATÓRIO: é necessário verificar o cadastro integral desses pacientes para registro de suas condicionalidades (crianças até 2 anos, gestantes e adolescentes de 12 a 19 anos).

Consultas

1. Agendamento: somente os moradores da área de responsabilidade da unidade de atenção primária podem agendar consulta.

O agendamento deve ocorrer durante todo o horário de funcionamento da unidade.

2. Orientação: todo paciente que procura a unidade para agendamento deve sair com data e hora marcada por escrito no mesmo momento, se morador da área de responsabilidade da unidade de atenção primária.

3. Realização da consulta: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) se menor de 16 anos — exceto casos de urgência (para a população em situação de rua, o CNS é válido).

4. Casos de urgência: deve ser atendido pelo enfermeiro, médico, dentista no mesmo dia.

5. Consulta na Estratégia Saúde da Família (ESF): deve ser agendada em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis para enfermeiro, médico ou dentista, de acordo com a necessidade.

6. Retorno: o profissional de saúde que realizou o atendimento deve realizar o agendamento de retorno, de acordo com os protocolos clínicos por ele estabelecidos.

7. Remarcação: em caso de imprevisto e necessidade de alteração na consulta agendada pelo profissional de saúde, a unidade deve informar nova data e horário imediatamente.

Exames laboratoriais

1. Coleta: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem documento com foto e número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), e, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito no pedido.

2. Solicitante: deve ser aceito apenas pedido de profissional de saúde cadastrado no SCNES da unidade.

3. Exames laboratoriais: o tempo máximo de espera entre o pedido e a coleta é de 3 (três) dias, ou conforme orientação de profissional de saúde. Após a coleta, o resultado online deve estar disponível em, no máximo, 5 (cinco) dias úteis.

4. Exames especiais e citopatológico (preventivo): o tempo máximo de espera entre o pedido e a coleta é de 7 (sete) dias, ou conforme orientação de profissional de saúde. Após a coleta, o resultado deve estar disponível em, no máximo, 20 (vinte) dias úteis.

5. Orientação: o usuário deve guardar o número da solicitação e a senha entregues no momento da coleta, para verificar seu resultado online.

6. Gestante: no primeiro contato, o profissional de saúde deve realizar os testes rápidos para IST (hepatites virais, HIV e sífilis), com resultados entregues no mesmo dia.

Outros exames

1. Documento: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem documento com foto e número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), e, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito no pedido.

2. Solicitante: deve ser aceito apenas pedido de profissional de saúde cadastrado no SCNES da unidade.

3. Exames de imagem: raio-X, ultrassonografia (USG), tomografia computadorizada (TC) e eletrocardiograma (ECG) devem ser agendados em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis.
4. Mamografia: de rastreio deve ser agendada em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis; diagnóstica deve ser agendada em, no máximo, 5 (cinco) dias úteis.

Farmácia

1. Dispensação de medicamentos: é necessário que a receita contenha o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), se acima de 16 anos, ou, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito na receita.
2. Casos de urgência ou risco de vida: o profissional farmacêutico pode fornecer excepcionalmente o medicamento, mediante justificativa no verso da receita.
3. Uso contínuo: receitas de doenças crônicas, anticoncepcionais e medicamentos de uso continuado poderão ter validade de até 1 (um) ano, de acordo com prescrição do médico, enfermeiro ou cirurgião dentista.
4. Lista de medicamentos da atenção primária: deve estar disponível na farmácia da unidade.
5. Medicamento especializado: para acesso a medicamento do componente especializado, deve-se fazer contato pelo e-mail especializado.safie@saude.rj.gov.br, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, ou pelos telefones (21) 2333-3998 / 2333-3896 / 2332-8568 / 2332-8569 / 96900-6162 / 96943-0300 / 97983-3535 / 98235-5121, de 2a a 6a das 8 às 17 horas.
6. Hanseníase // HIV // tuberculose: todas as unidades devem oferecer medicamentos para o tratamento, e todos os profissionais da farmácia devem verificar possíveis casos de abandono.
7. Diabetes e curativos crônicos: os insumos somente poderão ser fornecidos pela farmácia mediante apresentação de receita atualizada com número de CPF ou DNV de paciente morador da área de abrangência da unidade.
8. Preservativos: a unidade deve disponibilizar preservativos em local visível e acessível.
9. Falta de medicamento: em caso de ausência do medicamento presente na lista da unidade, o usuário deve realizar ouvidoria ligando 1746.

Atestados de saúde

1. Atividade física: deve ser realizada por médico e é necessário agendamento de consulta.
2. Afastamento ou repouso: deve ser realizado por médico e cirurgião dentista conforme avaliação clínica.
3. Comparecimento: pode ser realizado por qualquer profissional da unidade com data e hora do comparecimento do usuário.
4. Necessidades especiais: deve ser realizado por médico mediante a apresentação do Número de Identificação Social (NIS).
5. Atestado falso ou sem justificativa clínica: a emissão pode implicar processo ético administrativo profissional, entre outras implicações legais, conforme previsto nos artigos 297 e 302 do Código Penal, e acarretar demissão por justa causa e pena — detenção de 1 (um) mês a 1 (um) ano.

Encaminhamentos externos

1. Encaminhamento à outra unidade de saúde: deve ser realizado somente com o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), nas plataformas oficiais.
2. Solicitação: no momento da inserção no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou no Sistema Estadual de Regulação (SER), deve ser entregue o código de solicitação para o paciente, para acompanhamento.
3. Autorização: é obrigação da unidade de saúde solicitante informar, por telefone ou presencialmente em visita domiciliar, a data, o local e o horário da marcação da consulta ou do procedimento.
4. Orientação: no dia da consulta ou procedimento na unidade para qual foi encaminhado, o usuário deve levar a Guia de Referência e Contrarreferência assinada e carimbada, a Guia de Autorização de Procedimento Ambulatorial (SISREG/SER) impressa, um documento com foto, o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o número do Cadastro de Pessoa física (CPF).
5. Obrigatório: a unidade para qual o paciente foi encaminhado deve preencher a parte inferior da Guia de Referência e Contrarreferência, para considerar que aquela consulta ou procedimento realmente ocorreu.
6. Alta hospitalar: o paciente deve apresentar nesta Unidade de Atenção Primária o resumo de alta médica impresso.

Colegiado gestor

1. O diretor/gerente deve se comprometer a reunir as lideranças locais na primeira semana de cada mês, para prestar contas do funcionamento da unidade, ouvir avaliações e apresentar possíveis ajustes de funcionamento.
2. As equipes devem se reunir semanalmente para educação permanente e planejamento das ações de saúde. Neste momento, o acolhimento deve ser realizado por equipe de retaguarda.
3. Contribua com o funcionamento da sua unidade fazendo um elogio, crítica ou sugestão de melhoria, ligando 1746.
4. Fale com a direção/gerência ou responsável pela unidade imediatamente em caso de insatisfação — sua crítica é fundamental para melhorarmos nossos processos. Caso considere que seu problema não tenha sido resolvido, registre o ocorrido com data, hora e nome dos envolvidos ligando 1746, e caso não haja resposta que julgue adequada, registre o ocorrido na Ouvidoria do Ministério da Saúde, ligando 136.
5. Se desejar conhecer mais detalhes sobre a sua unidade e todos os serviços que ela oferece, consulte a Carteira de Serviços da APS-Rio disponível na Recepção da unidade.
6. Conheça os dados de saúde da sua unidade disponíveis no Placar da Saúde, que tem atualização mensal.

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) E SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO (SAE)

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de Saúde da Família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem.

A modalidade NASF-AB deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (oitenta) horas de carga horária semanal.

Cada 1 NASF-AB deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) equipes de Saúde da Família e para populações específicas (consultórios na rua);

Os Serviços de Apoio Especializado (SAE) à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, deverão estar vinculados, preferencialmente, à Policlínica ou Centro Especializado de Reabilitação da Área de Planejamento e poderão ser compostos de acordo com o perfil epidemiológico e necessidade sanitária de cada território.

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

- 1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.
- 2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).
- 3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
- 4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve constar no projeto terapêutico de cada usuário.
- 5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.
- 6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.
- 7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com as equipes de Saúde da Família, NASF-AB, SAE, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas, pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

D.2.2. PLANO DE ASSISTÊNCIA EM SITUAÇÕES DE SURTO OU EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

D.2.2.1. Objetivo

Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade.

D.2.2.2. Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência à saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e uma Estratégia Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúde subsequentes.

Quando este é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só encaminhado à assistência secundária ou terciária os casos de agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa se reitera como a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMS-Rio como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades da rede de atenção, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância;
- Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- Oferta de testagem e serviços de laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo.

D.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá atuar sobre dois aspectos:

- Atenção ao Usuário:
- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS-Rio.
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações / sugestões dos usuários.

D.2.4. Cobertura

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este contrato de gestão, de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida neste Edital.

D.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de Saúde da Família deverá ser composta por no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 04 a 06 agentes comunitários de saúde e preferencialmente o possuir 01 agente de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microárea – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas deve ser de 3.450 pessoas.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (eSF) existe uma equipe de Saúde Bucal (eSB), não havendo previsão orçamentária nos contratos de gestão para proporção inferior a esta. A linha de base para a territorialização das equipes deverá considerar o Anexo Específico ao Contrato de Gestão e os últimos setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de Saúde da Família poderá ser composta por profissionais residentes vinculados à COREME e/ou COREMU do PRMFC e PRESFC da SMS-Rio, e das universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Nesse caso, cada residente deverá dividir a área de abrangência da equipe com outro residente, supervisionados por preceptor da mesma categoria, e a equipe deverá ser responsável pela mesma proporção de pessoas assistidas, máximo de 3.450.

PREVISÃO DE CUSTO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CUSTEIO DE PESSOAL					
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Agente Comunitário de Saúde	6,00	40	R\$ 2.200,00	R\$ 220,00	R\$ 14.520,00
Auxiliar de Saúde Bucal	0,33	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 584,10
Cirurgião Dentista	0,33	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 2.100,72
Enfermeiro	1,00	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Médico	1,00	40	R\$ 15.157,00	R\$ 220,00	R\$ 15.377,00
Técnico de Enfermagem	1,33	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 3.384,76
Técnico de Saúde Bucal	0,17	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 432,64
TOTAL FUNCIONÁRIOS	10				
				SUBTOTAL SALÁRIOS	R\$ 42.701,38
(*) GRATIFICAÇÕES					
				TOTAL	R\$ 6.371,75
(*) Ofício Circular S/SUBPAV nº 11/2021					
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		SEM CEBAS		COM CEBAS	
Grupo A	INSS - Empresa	20,00%	R\$ 9.814,62	0,000%	R\$ -
	INSS - Terceiros + FAP	5,80%	R\$ 2.846,24	0,000%	R\$ -
	SAT	2,00%	R\$ 981,46	0,000%	R\$ -
	PIS	1,00%	R\$ 490,73	1,000%	R\$ 490,73
Grupo B	FGTS	8,00%	R\$ 3.925,85	8,000%	R\$ 3.925,85
	13º Salário	8,33%	R\$ 4.087,79	8,330%	R\$ 4.087,79
	Abono de Férias	2,78%	R\$ 1.364,23	2,780%	R\$ 1.364,23
	Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,67%	R\$ 818,05	1,667%	R\$ 818,05
Grupo C	Férias integrais com reposição de quadro	0,00%	R\$ -	0,000%	R\$ -
	Aviso Prévio indenizado	0,42%	R\$ 206,11	0,420%	R\$ 206,11
	Aviso Prévio (dias extras legais)	0,83%	R\$ 408,78	0,833%	R\$ 408,78
	13º Salário (Lei nº 12.506/11)	0,14%	R\$ 68,21	0,139%	R\$ 68,21
Grupo D	Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,19%	R\$ 90,79	0,185%	R\$ 90,79
	Multa/FGTS	4,00%	R\$ 1.962,92	4,000%	R\$ 1.962,92
	Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,28%	R\$ 2.592,04	5,282%	R\$ 2.592,04
Total Provisões		23,636%	R\$ 11.598,92	19,646%	R\$ 9.640,91
Total Encargos		36,800%	R\$ 18.058,91	9,000%	R\$ 4.416,58
Sub Total (Encargos + Provisões)		60,436%	R\$ 29.657,83	28,646%	R\$ 14.057,49
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 8,10	10	R\$ 1.811,11
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 18,11	10	R\$ 4.050,07
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 5.861,18
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL		SEM CEBAS		COM CEBAS	
		R\$ 84.592,13		R\$ 68.991,79	

PREVISÃO DE CUSTO
CONSULTÓRIO NA RUA

CUSTEIO DE PESSOAL					
CONSULTÓRIO NA RUA					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Agente Social	3,00	40	R\$ 2.200,00	R\$ 220,00	R\$ 7.260,00
Assistente Social	1,00	30	R\$ 4.342,76	R\$ 220,00	R\$ 4.562,76
Enfermeiro	1,00	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Médico	1,00	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 15.377,17
Psicólogo	1,00	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 6.010,34
Técnico de Enfermagem	1,00	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8				
				SUBTOTAL SALÁRIOS	R\$ 42.057,36
(*) GRATIFICAÇÕES					
				TOTAL	R\$ 6.371,75
(*) Ofício Circular S/SUBPAV nº 11/2021					
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		SEM CEBAS		COM CEBAS	
Grupo A	INSS - Empresa	20,00%	R\$ 9.685,82	0,000%	R\$ -
	INSS - Terceiros + FAP	5,80%	R\$ 2.808,89	0,000%	R\$ -
	SAT	2,00%	R\$ 968,58	0,000%	R\$ -
	PIS	1,00%	R\$ 484,29	1,000%	R\$ 484,29
Grupo B	FGTS	8,00%	R\$ 3.874,33	8,000%	R\$ 3.874,33
	13º Salário	8,33%	R\$ 4.034,14	8,330%	R\$ 4.034,14
	Abono de Férias	2,78%	R\$ 1.346,33	2,780%	R\$ 1.346,33
	Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,67%	R\$ 807,31	1,667%	R\$ 807,31
Grupo C	Férias integrais com reposição de quadro	0,00%	R\$ -	0,000%	R\$ -
	Aviso Prévio indenizado	0,42%	R\$ 203,40	0,420%	R\$ 203,40
	Aviso Prévio (dias extras legais)	0,83%	R\$ 403,41	0,833%	R\$ 403,41
	13º Salário (Lei nº 12.506/11)	0,14%	R\$ 67,32	0,139%	R\$ 67,32
Grupo D	Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,19%	R\$ 89,59	0,185%	R\$ 89,59
	Multa/FGTS	4,00%	R\$ 1.937,16	4,000%	R\$ 1.937,16
	Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,28%	R\$ 2.558,03	5,282%	R\$ 2.558,03
Total Provisões		23,636%	R\$ 11.446,70	19,646%	R\$ 9.514,38
Total Encargos		36,800%	R\$ 17.821,91	9,000%	R\$ 4.358,62
Sub Total (Encargos + Provisões)		60,436%	R\$ 29.268,61	28,646%	R\$ 13.873,00
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 8,10	8	R\$ 1.425,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 18,11	8	R\$ 3.187,99
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 4.613,59
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL		SEM CEBAS		COM CEBAS	
		R\$ 82.311,30		R\$ 66.915,69	

PREVISÃO DE CUSTO
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CUSTEIO DE PESSOAL					
EQUIPE DE APOIO E GESTÃO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Auxiliar Administrativo	3	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 5.310,00
Auxiliar de Serviços Gerais	5	44	R\$ 1.540,00	R\$ 220,00	R\$ 8.800,00
Farmacêutico	1	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Gerente	1	40	R\$ 8.514,80	R\$ 220,00	R\$ 8.734,80
Portaria	2	12/36 (plantão)	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 3.240,00
Técnico de Farmácia	1	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
TOTAL FUNCIONÁRIOS	13				
				SUBTOTAL SALÁRIOS	R\$ 34.931,89
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		SEM CEBAS		COM CEBAS	
Grupo A	INSS - Empresa	20,00%	R\$ 6.986,38	0,000%	R\$ -
	INSS - Terceiros + FAP	5,80%	R\$ 2.026,05	0,000%	R\$ -
	SAT	2,00%	R\$ 698,64	0,000%	R\$ -
	PIS	1,00%	R\$ 349,32	1,000%	R\$ 349,32
Grupo B	FGTS	8,00%	R\$ 2.794,55	8,000%	R\$ 2.794,55
	13º Salário	8,33%	R\$ 2.909,83	8,330%	R\$ 2.909,83
	Abono de Férias	2,78%	R\$ 971,11	2,780%	R\$ 971,11
	Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,67%	R\$ 582,31	1,667%	R\$ 582,31
Grupo C	Férias integrais com reposição de quadro	0,00%	R\$ -	0,000%	R\$ -
	Aviso Prévio indenizado	0,42%	R\$ 146,71	0,420%	R\$ 146,71
	Aviso Prévio (dias extras legais)	0,83%	R\$ 290,98	0,833%	R\$ 290,98
	13º Salário (Lei nº 12.506/11)	0,14%	R\$ 48,56	0,139%	R\$ 48,56
Grupo D	Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,19%	R\$ 64,62	0,185%	R\$ 64,62
	Multa/FGTS	4,00%	R\$ 1.397,28	4,000%	R\$ 1.397,28
	Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,28%	R\$ 1.845,10	5,282%	R\$ 1.845,10
Total Provisões		23,636%	R\$ 8.256,50	19,646%	R\$ 6.862,72
Total Encargos		36,800%	R\$ 12.854,94	9,000%	R\$ 3.143,87
Sub Total (Encargos + Provisões)		60,436%	R\$ 21.111,44	28,646%	R\$ 10.006,59
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 8,10	13	R\$ 2.316,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 18,11	13	R\$ 5.180,48
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 7.497,08
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL		SEM CEBAS		COM CEBAS	
		R\$ 63.540,40		R\$ 52.435,56	

PREVISÃO DE CUSTO

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA / SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO

CUSTEIO DE PESSOAL					
EQUIPE NASF-AB / SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO (SAE)					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico NASF / SAE	1	40	R\$ 13.499,15	R\$ 220,00	R\$ 13.719,15
Profissional de Nível Superior	4	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 24.041,36
TOTAL FUNCIONÁRIOS	5				
SUBTOTAL SALÁRIOS					R\$ 37.760,51
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		SEM CEBAS		COM CEBAS	
Grupo A	INSS - Empresa	20,00%	R\$ 7.552,10	0,000%	R\$ -
	INSS - Terceiros + FAP	5,80%	R\$ 2.190,11	0,000%	R\$ -
	SAT	2,00%	R\$ 755,21	0,000%	R\$ -
	PIS	1,00%	R\$ 377,61	1,000%	R\$ 377,61
	FGTS	8,00%	R\$ 3.020,84	8,000%	R\$ 3.020,84
Grupo B	13º Salário	8,33%	R\$ 3.145,45	8,330%	R\$ 3.145,45
	Abono de Férias	2,78%	R\$ 1.049,74	2,780%	R\$ 1.049,74
	Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,67%	R\$ 629,47	1,667%	R\$ 629,47
	Férias integrais com reposição de quadro	0,00%	R\$ -	0,000%	R\$ -
Grupo C	Aviso Prévio indenizado	0,42%	R\$ 158,59	0,420%	R\$ 158,59
	Aviso Prévio (dias extras legais)	0,83%	R\$ 314,55	0,833%	R\$ 314,55
	13º Salário (Lei nº 12.506/11)	0,14%	R\$ 52,49	0,139%	R\$ 52,49
	Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,19%	R\$ 69,86	0,185%	R\$ 69,86
Grupo D	Multa/FGTS	4,00%	R\$ 1.510,42	4,000%	R\$ 1.510,42
Grupo E	Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,28%	R\$ 1.994,51	5,282%	R\$ 1.994,51
Total Provisões		23,636%	R\$ 8.925,07	19,646%	R\$ 7.418,43
Total Encargos		36,800%	R\$ 13.895,87	9,000%	R\$ 3.398,45
Sub Total (Encargos + Provisões)		60,436%	R\$ 22.820,94	28,646%	R\$ 10.816,88
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 8,10	5	R\$ 891,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 18,11	5	R\$ 1.992,49
TOTAL BENEFÍCIOS					R\$ 2.883,49
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL		SEM CEBAS		COM CEBAS	
		R\$ 63.464,94		R\$ 51.460,88	

PREVISÃO DE CUSTO

SUGESTÃO DO NÚCLEO DE APOIO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO NA GESTÃO CAP

CUSTEIO DE PESSOAL					
NÚCLEO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Profissional de Nível Superior (Contador, Administrador, Advogado)	2	40	R\$ 5.357,70		R\$ 10.715,40
Profissional de Nível Superior (Especialista em Saúde)	1	40	R\$ 8.514,80		R\$ 8.514,80
Assistente Administrativo	1	40	R\$ 1.743,70		R\$ 1.743,70
TOTAL FUNCIONÁRIOS	4				
SUBTOTAL SALÁRIOS					R\$ 20.973,90
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		SEM CEBAS		COM CEBAS	
Grupo A	INSS - Empresa	20,00%	R\$ 4.194,78	0,000%	R\$ -
	INSS - Terceiros + FAP	5,80%	R\$ 1.216,49	0,000%	R\$ -
	SAT	2,00%	R\$ 419,48	0,000%	R\$ -
	PIS	1,00%	R\$ 209,74	1,000%	R\$ 209,74
Grupo B	FGTS	8,00%	R\$ 1.677,91	8,000%	R\$ 1.677,91
	13º Salário	8,33%	R\$ 1.747,13	8,330%	R\$ 1.747,13
	Abono de Férias	2,78%	R\$ 583,07	2,780%	R\$ 583,07
	Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,67%	R\$ 349,63	1,667%	R\$ 349,63
Grupo C	Férias integrais com reposição de quadro	0,00%	R\$ -	0,000%	R\$ -
	Aviso Prévio indenizado	0,42%	R\$ 88,09	0,420%	R\$ 88,09
	Aviso Prévio (dias extras legais)	0,83%	R\$ 174,71	0,833%	R\$ 174,71
	13º Salário (Lei nº 12.506/11)	0,14%	R\$ 29,15	0,139%	R\$ 29,15
Grupo D	Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,19%	R\$ 38,80	0,185%	R\$ 38,80
	Multa/FGTS	4,00%	R\$ 838,96	4,000%	R\$ 838,96
Grupo E	Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,28%	R\$ 1.107,84	5,282%	R\$ 1.107,84
Total Provisões		23,636%	R\$ 4.957,39	19,646%	R\$ 4.120,53
Total Encargos		36,800%	R\$ 7.718,40	9,000%	R\$ 1.887,65
Sub Total (Encargos + Provisões)		60,436%	R\$ 12.675,79	28,646%	R\$ 6.008,18
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 8,10	4	R\$ 712,80
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 18,11	4	R\$ 1.593,99
TOTAL BENEFÍCIOS					R\$ 2.306,79
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL		SEM CEBAS		COM CEBAS	
		R\$ 35.956,48		R\$ 29.288,88	

ANEXO TÉCNICO E

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

E.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

E.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

E.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

E.1.3. COMPOSIÇÃO

E.1.4. FUNÇÕES

E.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

E.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

E.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

E.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

E.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

E.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

E.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

E.3.1. ASPECTOS GERAIS

E.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS

E.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

E.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

E.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

E.4.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

E.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

E.4.1.4. SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

E.4.1.5. SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

E.4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

E.4.1.7. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações / Avaliação do Programa de Imunizações

E.4.1.8. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

E.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-Rio, através da CTA, elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento

dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

E.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS-Rio como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e à correção de possíveis desvios. Para tal, deve ser criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

E.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.

E.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 05 membros titulares e 01 suplente, assim definido:

COMISSÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO		
MEMBROS	QUANTIDADE	ÓRGÃO
TITULAR	3	S/SUBPAV/CAP
TITULAR	1	S/SUBPAV
TITULAR	1	S/SUBG
SUPLENTE	1	S/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplente, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

O Núcleo de Avaliação e Monitoramento (NAM) ficará dedicado à análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial do Contrato de Gestão, a fim de consubstanciar os membros da CTA. Sua composição deverá prever:

NÚCLEO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO		
PERFIL	QUANTIDADE	ÓRGÃO
CONTÁBIL-FINANCEIRO	2	S/SUBPAV/CAP
ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA	1	S/SUBPAV/CAP
ADMINISTRATIVO	1	S/SUBPAV/CAP

Sempre que necessário, outros profissionais técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

E.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades de saúde aqui descritas, serão exercidos pela Comissão Técnica de Avaliação - CTA.

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA será responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais:

- a) Acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados a população, solicitando parecer das respectivas áreas técnicas da SMS-Rio e dos órgãos da prefeitura, que deem a CTA subsídios para essa análise, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) Analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas sempre que solicitada pela SMS-Rio ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes à reunião;
- g) Analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;
- h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

E.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

E.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) – Ministério da Saúde).

E.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial.

Orientações estabelecidas pela SMS-Rio:

- As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico como uma fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais;
- Uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB (2017) / Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional.

E.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral.

E.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais deve comportar uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual do Regulador e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

E.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela S/SUBPAV/SPS.

E.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos, observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (pay-for-performance (P4P) ou “*value based purchasing*”), principalmente na Estratégia Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, reconhecendo a excelência ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

E.3.1. ASPECTOS GERAIS

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS-Rio ou pela CTA.

Todos os indicadores devem ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado,

não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim verificar a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário.

Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada, por e-mail, pelo PEP, para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que o envio dos indicadores esteja sendo mensalmente enviado por e-mail aos profissionais.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que gerou os resultados dos indicadores, e realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- **Parte variável 01** – incentivo institucional à gestão do TEIAS.
- **Parte variável 02** - incentivo Institucional à Unidade de Atenção Primária.
- **Parte variável 03** - incentivo à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal.

E.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS-Rio. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Contrato de Gestão.

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 1.0 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

Para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01 com periodicidade trimestral, que correspondem a até 2% do percentual do valor referente à parcela fixa excluída o valor de investimento, a CONTRATADA deverá apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio, definidos no Quadro 1.0.

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas, a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica “Apoio a gestão do TEIAS – OSS”, devendo a OSS apresentar à CAP o plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos à OSS, desde que 100% das equipes de Saúde da Família (eSF) estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 1% do recurso.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos à OSS, desde que 100% das eSF estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 0,5% do recurso.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em não destinação do recurso à OSS.

(*) entende-se por equipe de Saúde da Família completa, em cada mês do período de análise, aquela que possuir **cadastro no SCNES**: um médico 40h + um enfermeiro 40h + um técnico de enfermagem 40h + o número mínimo de 04 ACS para cada território.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS-Rio, que se reúne periodicamente analisando os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente, ou efetuando análise de outros documentos ou até supervisão local, se julgar necessário.

Quadro 1.0 de indicadores da **PARTE VARIÁVEL 01** - incentivo institucional à gestão do TEIAS

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de UAP com comissões de prontuários mantidas	(N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal x 100 (D) Nº de unidades com eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês do início do contrato)	95%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.						
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES x 100 (D) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no PEP	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%
Observação: Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas eSF e eSB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de SCNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no SCNES.						
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	(N) Nº de consultórios de eSF, eSB e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão x 100 (D) Nº de consultórios de eSF, eSB e farmácia nas unidades com apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios de equipes de saúde da família (considerando salas temáticas), saúde bucal e farmácia apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.						
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor / gerente	(N) Nº de UAP com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor / gerente x 100 (D) Nº de unidades recebendo apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em porcentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.						

5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	(N) Nº de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário x 100 (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.						
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia	(N) Nº de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP x 100 (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + declaração da DICA	Trimestral	100%
Observação: O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.						
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua UAP	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), de sua UAP x 100 (D) Nº total de profissionais de eSF e eSB na área	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%
Observação: Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.						
8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS / OSS no trimestre (D) Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS / OSS no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	≤ 1
Observação: Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses.						
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços x 100 (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens. DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016.						
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados	(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise x 100 (D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.						

11	Proporção de cura de Tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	(N) Nº de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise x 100 (D) Nº total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%
Observação: O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose > ou = 12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.						
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	(N) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise x 100 (D) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%
Observação: a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto; b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro; c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.						
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise x 100 (D) Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%
Observação: Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.						
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais	PEP	Trimestral	90%
15	Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV ou CPF para pessoas com menos de 16 anos x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos	PEP	Trimestral	90%
16	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de Saúde da Família	(N) Nº de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos) / 2 (D) Nº total de profissionais ativos no período	CNES	Trimestral	≤ 5%

Observação: Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões / 2 dividido pelo número de funcionários ativos. 1) Consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de eSF e eSB. 2) Para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.						
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período	(N) N° de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas x 100 (D) N° total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC	Portal SUBPAV	Trimestral	
Observação: Meta: Janeiro / Julho – 20% Fevereiro / Agosto – 30% Março / Setembro – 40% Abril / Outubro – 60% Maio / Novembro – 80% Junho / Dezembro – 90%						
18	Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Atenção Primária com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Atenção Primária	(N) N° de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período x 100 (D) Total de escolas da área	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.						
19	Desempenho assistencial	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias de programas de incentivo	(N) N° de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da eSF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou eSB x 100 (D) Total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%

Estes indicadores deverão ser disponibilizados pela CONTRATADA no Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – OS INFO.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS-Rio, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação às "Fontes" descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS-Rio, juntamente com a OSS, deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

E.3.3. PARTE VARIÁVEL 02 – O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada Unidade de Atenção Primária destinará um valor trimestral preestabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria Unidade de Atenção Primária.

O valor é de até R\$ 3.000,00 / trimestre por equipe de Saúde da Família, observado o limite de 1% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no “Anexo Técnico F – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”. O valor mensal pago para cada Unidade de Atenção Primária a título de bônus premial, referente à variável 2, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo apurado no período, e, o limite de 1% da parcela fixa do trimestre previsto no “Anexo Técnico F – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”.

Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Atenção Primária, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

1) Atingimento das metas pelas equipes de Saúde da Família:

- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, não será repassado nenhum valor;
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre (até R\$ 1.500,00 por equipe);
- Cumprimento das metas de 17 a 20 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (até R\$ 3.000,00 por equipe).

Exemplos:

- A. uma unidade com três equipes de Saúde da Família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores, será repassado à unidade $3 \times \text{R\$ } 3.000,00 = \text{R\$ } 9.000,00$ no trimestre;
- B. uma unidade com 5 equipes de Saúde da Família em que quatro tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade $5 \times \text{R\$ } 1.500,00$ Reais no trimestre;
- C. uma unidade com 4 equipes de Saúde da Família em que duas tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores, uma equipe cumprido a meta de 12 a 16 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 0 a 11 indicadores, não será repassado nenhum valor à unidade.

2) Completude das fichas de cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre.

Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 20 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%.

Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

(*) Os prontuários eletrônicos deverão fornecer relatório com o percentual de fichas de cadastro com todos os campos preenchidos.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 20 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme o Quadro 02 a seguir.

Quadro 02 – Indicadores da Parte variável 02 - incentivo à qualificação das Unidades de Atenção Primária

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.
- A2. Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.
- A5. Proporção de itens da carteira de serviço implementados.
- A6. Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.
- A7. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.
- D2. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.
- D3. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
- D4. Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D5. Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D6. Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.
- D7. Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.
- D8. Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

S) Qualidade Percebida

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.

E) Desempenho econômico

- E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.
- E2. Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.
- E3. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.
- E4. Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.

E.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (PARTE VARIÁVEL 02)

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da Parte Variável 02.

INDICADORES DE ACESSO

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
-----	------	-------------	--------------------	-------	---------------	------

A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	(N) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe x 100 (D) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 95%
Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	(N) Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe x 100 (D) Nº total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%, Máximo 80%
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares	(N) Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB) x 1.000 (D) Nº total de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 300 / 1.000 (sem SB) ou 320 / 1.000 (com SB)
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos	(N) Nº de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB) x 1.000 (D) Total de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6 / 1.000 (sem eSB) ou 12 / 1.000 (com eSB)
A5	Acesso	Proporção de itens da Carteira de Serviços implementados	(N) Nº de itens da carteira de serviços implementados pela eSF e eSB x 100 (D) Total de ações da carteira de serviços	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	(N) Nº de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da eSF e eSB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico x 100 (D) Nº total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas eSF e eSB da unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 10%

A7	Acesso	Cobertura de primeira consulta odontológica programada	$\frac{(N) \text{ N}^{\circ} \text{ de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses} \times 100}{(D) \text{ População cadastrada na área da unidade} \times (N^{\circ} \text{ de eSB} \div N^{\circ} \text{ de eSF})}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	$\geq 3\%$
-----------	--------	--	--	-----------------------------	------------	------------

INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{(N) \text{ N}^{\circ} \text{ de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos} \times 100}{(D) \text{ N}^{\circ} \text{ total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D2	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N) \text{ N}^{\circ} \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses} \times 100}{(D) \text{ N}^{\circ} \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D3	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	$\frac{(N) \text{ N}^{\circ} \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica + 01 de enfermagem no período de 12 meses} \times 100}{(D) \text{ N}^{\circ} \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%

D4	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100 (D) Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
D5	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100 (D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
D6	Desempenho assistencial	Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez x 100 (D) Nº total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D7	Desempenho assistencial	Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida x 100 (D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	(N) Nº de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses (D) Nº de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	≥ 0,6

INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
-----	------	-------------	--------------------	-------	---------------	------

S1	Qualidade Percebida	Porcentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	(N) Nº de usuários satisfeitos / muito satisfeitos atendidos na <u>unidade de saúde x 100</u> (D) Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
----	---------------------	---	---	-----------------------------	------------	------------

INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTES	PERIODICIDADE	META
E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário (incluindo os medicamentos da REMUME)	(N) Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte: Tabela SIGTAP) <u>no trimestre avaliado</u> (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês)	Máximo R\$ 41,80
Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTES	PERIODICIDADE	META
E2	Desempenho econômico	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	(N) Nº de itens de medicamentos diferentes aos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos <u>últimos 3 meses x 100</u> (D) Nº total de itens de medicamentos (pertencentes ou não a REMUME) prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 10%
E3	Desempenho econômico	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum <u>serviço / especialidade x 100</u> (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 20%
E4	Desempenho econômico	Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG	(N) Nº de pacientes que faltaram à consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, <u>nos últimos 3 meses x 100</u> (D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhados à consultas especializadas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses	SISREG (***)	Trimestral	Máximo 30%

(**) A fonte deste indicador permite extração do resultado por unidade, desta forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe de Saúde da Família (eSF) da UAP, ou seja, uma UAP com 4 eSF que apresentou resultado de 25% no SISREG terá para cada eSF o resultado de 25%.

E.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (PARTE VARIÁVEL 02)

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de Saúde da Família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de Saúde da Família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

E.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02)

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pela direção / gerência da UAP.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existirem incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados devem ser auditados pela CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a **aplicação de questionários** – modelo definido pela S/SUBPAV, de modo a permitir comparações entre as AP. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* preestabelecido pela SMS.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratado e remetê-lo à CAP. No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

As Unidades de Atenção Primária que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTA aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

E.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A qualidade percebida é um dos indicadores que compõem a **Variável 02** do Pagamento por Performance:

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas *no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF*;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

MOTIVO DO ATENDIMENTO.

- A Coordenadoria Geral de Atenção Primária deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados.

E.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional.

O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) por trimestre é de 300 UC, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do Trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

Uma equipe terá como limite mínimo o quantitativo de 60 UC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações.

A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde.

Os centros de saúde com equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial

ênfase no Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009).

Os Centros Municipais de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03)

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe.

Portanto, em uma mesma unidade, as diferentes equipes de Saúde da Família poderão ter quantidade de UC diferentes entre as equipes no trimestre.

A remuneração por desempenho incide apenas para os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (cirurgião dentista, TSB e ASB).

*Uma equipe terá como **teto o alcance de 300 Unidades Contábeis no trimestre** – **limite mínimo de 60 UC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações** – o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.*

Dentro da mesma equipe de Saúde da Família, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UC no trimestre.

O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UC alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente à soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (equipe e valores fictícios)

300 UC no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base). Então, 200 UC correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

EQUIPE (eSF)	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº DE UC NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE
0000	AAAAA	MÉDICO	R\$ 10.000	200 UC	R\$ 1.980
0000	BBBBB	ENFERMEIRO	R\$ 5.000	200 UC	R\$ 990
0000	CCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$ 2.000	200 UC	R\$ 396
0000	DDDDD	ACS	R\$ 1.500	200 UC	R\$ 297

No caso das equipes de Saúde Bucal, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada.

Caso a equipe de saúde bucal esteja vinculada a somente uma equipe de Saúde da Família a quantidade de unidades contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (trimestre).

O valor de UC deve ser o mesmo para os profissionais da mesma eSB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R\$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2 - 1 eSB vinculada a duas eSF (equipe e valores fictícios)

EQUIPE (eSF)	UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA EQUIPE (eSF)	UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (eSB)
A	100 UC	= 100 x 50% = 50 UC
B	200 UC	= 200 x 50% = 100 UC
C	80 UC	= 80 x 50% = 40 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 190 UC.

Neste exemplo, a quantidade de UC no trimestre para a eSB foi de 190 UC, cujo valor a ser repassado a cada profissional da eSB pode ser demonstrado abaixo:

Cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº de UC no TRIMESTRE	VALOR (R\$) NO TRIMESTRE
AAAAAAAAA	DENTISTA	R\$ 5.000	190 UC	R\$ 945,00
BBBBBBBBB	TSB	R\$ 2.000	190 UC	R\$ 378,00
CCCCCCCCC	ASB	R\$ 1.500	190 UC	R\$ 284,00

E.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maiores transformações organizacionais onde o trabalho nas equipes de Saúde da Família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica.

Nesta, os profissionais deverão aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes.

Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service (NHS)* inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da Parte Variável 03 - incentivo à gestão da clínica

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil	01

02	Acompanhamento anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura tubária	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento anual de uma criança, no primeiro ano de vida	06
05	Acompanhamento anual de uma criança, no segundo ano de vida	04
06	Acompanhamento anual de uma pessoa diabética	06
07	Acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com Programa de Residência (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)	15

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir:

GRUPO DE AÇÃO 01	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	01 UC
PLANEJAMENTO FAMILIAR I Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G]: uma mulher em idade fértil, por ano: A. Sexo feminino + B. Ter entre 15 a 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) + C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 e W15) + D. Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise + E. Estar cadastrada na unidade + F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário + G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde pelo ACS, médico, enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.		

GRUPO DE AÇÃO 02	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU PRÉ-OPERATÓRIO PARA LAQUEADURA	03 UC
PLANEJAMENTO FAMILIAR II Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G] e (H ou I): uma mulher em idade fértil, por ano: A. Sexo feminino + B. Ter entre 15 e 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) +		

- C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15) +
- D. Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise +
- E. Estar cadastrada na unidade +
- F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário +
- G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde por ACS, médico, enfermeiro, dentista, TSB ou ASB +
- H. Consulta médica com a inserção de DIU; ou
- I. Preparação para esterilização **feminina** (aconselhamento, atividade educativa, com consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.

GRUPO DE AÇÃO 03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08 UC
SAÚDE MATERNA: Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I]: A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência + B. Ter efetuado consulta puerperal, médica ou de enfermagem, no período em análise e, até 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério" + C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas (< 12 semanas) de gestação + D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permite codificar gravidez (W78, W79 ou W84) + E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação (se TR Sífilis positivo) + F. Usuária deve estar cadastrada na equipe + G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez + H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV (considera-se TR como exame válido) realizado até a 24ª semana (< 25 semanas) de gestação + I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item. <i>* Toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.</i> <i>* Para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID-10 de gestação (Z34.8) ou o procedimento SIA de consulta à gestante.</i>		

GRUPO DE AÇÃO 04	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	06 UC
SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J]: A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise + B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 30º dia de vida [0, 30 dias] + C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias + D. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330]		

dias, podendo ser realizado por médico ou por enfermeiro +

E. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias +

F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário +

G. Ter registro do resultado do teste do pezinho (realização entre o 2º e o 7º dias de vida) e realização do teste do olhinho (reflexo vermelho) +

H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura) +

I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da eSB +

J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÃO 05	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA	04 UC
SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G]: A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise + B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) entre os 12 e os 24 meses de vida, - [365, 730] dias, com registro de peso e altura + C. Ter pelo menos 2 registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias + D. Ter recebido do ACS ao menos duas visitas de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias + E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no PEP + F. Ter realizado no mínimo 1 consulta, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses + G. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.		

GRUPO DE AÇÃO 06	O ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA DIABÉTICA	06 UC
DIABETES Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J+K]: A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas, com estado ativo + B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses + C. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise + D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise + E. Ter pelo menos um registro de resultado de Hemoglobina A1C $\leq$ a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise + F. Ter pelo menos três visitas do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise + G. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicérides (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise + H. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise + I. Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia no último ano (não necessariamente realizada pelo		

próprio médico da equipe, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise) +

J. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe eSB realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

K. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB +

L. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÃO 07	O ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA HIPERTENSA	02 UC
HIPERTENSÃO Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A+B+C+D+E+F]: A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo + B. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise + C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica ≤ 150 mmHg e de pressão arterial diastólica ≤ 90 mmHg + D. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise + E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro de tabagismo no PEP) + F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÃO 08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08 UC
TUBERCULOSE Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I]: A. Ter registro do número do SINAN* no prontuário para o paciente acompanhado + B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas e/ou de enfermagem no período do tratamento + C. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN (*) + D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro + E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV até o 2º mês de tratamento + F. Ter registro de avaliação de todos os contactantes + G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise + H. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB + I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses. * A notificação deve ser realizada na plataforma do SINAN Rio, disponível no site https://subpav.org/vigilancia/sinanrio/, que irá gerar o “número da notificação”.		

GRUPO DE AÇÃO 09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENÍASE	10 UC
HANSENÍASE Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I]: A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico + B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas e/ou de enfermagem no período do tratamento + C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase + D. Ter registro e encerramento do caso no SINAN + E. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes assintomáticos + F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades + G. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB + H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses + I. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÃO 10	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TABAGISTA, ALCOOLISTA E OUTRAS DROGAS	04 UC
TABAGISTA, ALCOOLISTA OU OUTRAS DROGAS Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A ou B ou C] + [D+E+F+G+H+I+J+K]: A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool; ou B. Ter diagnóstico de tabagismo; ou C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc); + D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas e/ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses + E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica) + F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável) + G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (exceto se tabagismo) + H. Ter vacinação antitetânica em dia (para tabagismo não se aplica) + I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia + J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB + K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (se tabagista). <i>* Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na UAP, por período > 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.</i> <i>** Se o paciente for tabagista e realizar tratamento na UAP, por período > 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.</i>		

GRUPO DE AÇÃO 11	AS EQUIPES COM ALUNOS DE GRADUAÇÃO (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	10 UC
EDUCAÇÃO EM SAÚDE A equipe recebe o número fixo de 10 UC ao mês caso tenha registro de aluno por mais de 30 dias consecutivos no trimestre de análise, atuando na equipe.		
GRUPO DE AÇÃO 12	AS EQUIPES COM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA	20 UC

(EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)		
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE A equipe recebe o número fixo de 20 UC ao mês caso tenha registro de dois residentes por mais de 30 dias consecutivos no trimestre de análise, atuando na equipe.		
GRUPO DE AÇÕES 13	AS EQUIPES QUE ADERIRAM AO PROGRAMA DE INCENTIVO (PROGRAMA SAÚDE NA HORA, MODALIDADE 75H)	15 UC
SAÚDE NA HORA A equipe recebe o número fixo de 15 UC no mês caso a adesão ao programa Saúde na Hora - modalidade UAP com 75h, tenha sido efetivada.		

E.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Participar da implantação e manutenção dos sistemas de informação adotados pela SMS-Rio, incluindo prontuários eletrônicos contratados ou disponíveis para utilização institucional, bem como participar da geração de arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a SMS-Rio solicitar;
- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das Unidades de Atenção Primária, Coordenação Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS-Rio;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS-Rio.

E.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

E.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimos. Todas as Unidades de Atenção Primária sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS-Rio informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento.

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis.

Os campos número do CPF (para pessoas ≥ 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) (para pessoas < 16 anos) são de preenchimento obrigatório na Ficha A de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha A), devem constar as opções “busca por CPF/DNV”.

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada eSF incluindo:

- a) a conectividade;
- b) licença do produto;
- c) datacenter (servidor);
- d) suporte e treinamento;
- e) customizações;
- f) Business Intelligence (BI) para gestão da UAP, CAP, OSS, e Nível Central;
- g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablete ou smartphone);
- h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes);
- i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das Unidades de Atenção Primária. Para tanto deve prever contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 horas.

Os PEP devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada eSF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento citopatológico;
- lista de pacientes femininas entre 50 e 69 anos com dados de acompanhamento mamográfico.

Além disso, o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrão da S/SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc.);

Os PEP devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela S/SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes são seguindo orientação da S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;
2. CNS como campo obrigatório;
3. CPF como campo obrigatório para indivíduos com 16 anos ou mais, e DNV/CPF como campo obrigatório para indivíduos menores de 16 anos;
4. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;
5. Relação de pacientes Diabéticos cadastrados nas UAP por eSF;
6. Relação de pacientes Hipertensos cadastrados nas UAP por eSF;
7. Relação de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas nas UAP por eSF – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
8. Relação de mulheres de 50 a 69 anos cadastradas nas UAP por eSF – Rastreio de Câncer de Mama;
9. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose cadastrados nas UAP/eSF;
10. Produção Ambulatorial dos profissionais técnicos de saúde (lista nominal) – cirurgião dentista, enfermeiros, médicos – que atuam nas UAP por eSF;
11. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório;
12. Informações de Saúde da Atenção Primária;
13. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho, por eSF e UAP.

E.4.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES - modelos de 1 a 14.

Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

E.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

E.4.1.4. SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); e
- 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponíveis: App AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de Saúde da Família, pelas equipes dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB), Serviço de Apoio Especializado (SAE), Consultório na Rua (CnaR), Atenção Primária à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

E.4.1.5. SISCAN – Sistema de Informação do Câncer (colo do útero e mama)

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino (atualmente entre 25 a 64 anos) e de mama (atualmente entre 50 a 69 anos).

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP. O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS-Rio.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS-Rio.

E.4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituam objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da S/SUBPAV/SVS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Devem permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS-Rio.

E.4.1.7. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações / Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal.

O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.
- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS-Rio farão parte das atribuições.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Devem permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS-Rio.

E.4.1.8. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos

serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento da Unidade de Atenção Primária deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos;

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.

ANEXO TÉCNICO F

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família - NASF-AB /SAE											
		MÊS 01		MÊS 02		MÊS 03		MÊS 04		MÊS 05		MÊS 06	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31
a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de unidades	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00
A) Estratégia Saúde da Família		R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)		R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92
c1) RH - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	3	R\$ 1.265.472,73	2	R\$ 843.648,49	2	R\$ 843.648,49	0	R\$ -	0	R\$ -	1	R\$ 421.824,24
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária		R\$	1.265.472,73	R\$	843.648,49	R\$	843.648,49	R\$	-	R\$	-	R\$	421.824,24
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D		R\$	11.222.130,57	R\$	10.800.306,33	R\$	10.800.306,33	R\$	9.956.657,84	R\$	9.956.657,84	R\$	10.378.482,09
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / mês	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	92.000,00	R\$	92.000,00	R\$	92.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários-base ESF / mês (até 2% de A+B)	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16
I) Total (I) = (E+F+G+H)		R\$	11.222.130,57	R\$	10.800.306,33	R\$	10.800.306,33	R\$	10.446.924,16	R\$	10.446.924,16	R\$	10.868.748,40

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família - NASF-AB /SAE											
		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10		MÊS 11		MÊS 12	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31
a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de unidades	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25	17	R\$ 379.301,25
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68	92	R\$ 6.347.244,68
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16	92	R\$ 1.679.734,16
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00	92	R\$ 92.000,00
A) Estratégia Saúde da Família		R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92	R\$	9.484.509,92
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)		R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92	R\$	472.147,92
c1) RH - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	1	R\$ 421.824,24	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	1	R\$ 421.824,24
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária		R\$	421.824,24	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	421.824,24
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D		R\$	10.378.482,09	R\$	9.956.657,84	R\$	9.956.657,84	R\$	9.956.657,84	R\$	9.956.657,84	R\$	10.378.482,09
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / mês	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês	R\$	92.000,00	R\$	92.000,00	R\$	92.000,00	R\$	92.000,00	R\$	92.000,00	R\$	92.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários-base ESF / mês (até 2% de A+B)	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16	R\$	199.133,16
I) Total (I) = (E+F+G+H)		R\$	10.868.748,40	R\$	10.446.924,16	R\$	10.446.924,16	R\$	10.446.924,16	R\$	10.446.924,16	R\$	10.868.748,40

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 1.0

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB/SAE											
		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18	
a1) Apoio à Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58
a2) Apoio à Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de unidades	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00
A) Estratégia Saúde da Família			R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)			R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32
c1) RH - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	1	R\$ 421.824,24	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária			R\$ 421.824,24		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D			R\$ 10.876.314,98		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / mês		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários base ESF / mês (até 2% de A+B)		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 11.386.494,61		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB /SAE												TOTAL
		MÊS 19		MÊS 20		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nf de unidades	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	R\$ 2.322.702,69
a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nf de unidades	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	17	R\$ 398.266,31	R\$ 9.310.810,78
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nf de unidades	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	R\$ 21.928.551,19
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	92	R\$ 6.664.606,91	R\$ 156.142.219,12
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	92	R\$ 1.763.720,87	R\$ 41.321.469,34
a6) Sistemas de Informação / Conectividade/ Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	92	R\$ 96.600,00	R\$ 2.263.200,00
A) Estratégia Saúde da Família			R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42		R\$ 9.958.735,42	R\$ 233.116.944,12
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	R\$ 11.293.438,83
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/ Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	R\$ 221.400,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)			R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32	R\$ 11.614.838,83
c1) RH - CAPS	nf de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nf de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ -
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nf de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ 4.640.066,68
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ 4.640.066,68
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D			R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74		R\$ 10.454.490,74	R\$ 243.573.869,64
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / mês		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81	R\$ 4.301.276,19
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00	R\$ 1.332.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários-base ESF / mês (até 2% de A+B)		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81		R\$ 209.089,81	R\$ 4.301.276,19
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37		R\$ 10.964.670,37	R\$ 260.108.402,02

ITEM		Unidade de medida	TEIAS 1.0 (Estratégia Saúde da Família + NASF-AB /SAE)	
TEIAS 1.0 (Estratégia Saúde da Família + NASF-AB /SAE)			Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS 1.0	
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS 1.0			Ano	TOTAL
Ano		TOTAL	2022	R\$ 106.794.860,83
1º ano		R\$ 128.110.533,39	2023	R\$ 131.384.200,46
2º ano		R\$ 131.997.868,63	2024	R\$ 21.929.340,73
TOTAL		R\$ 260.108.402,02	TOTAL	R\$ 260.108.402,02

		CRONOGRAMA DE METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0											
ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB / SAE											
Estratégia Saúde da Família		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Apoio e Gestão das Equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviços de Apoio Especializado (SAE)													
RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
RH - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contratos e Consumo - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	3	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1

		CRONOGRAMA DE METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0											
ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB / SAE											
Estratégia Saúde da Família		MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24
Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Apoio e Gestão das Equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviços de Apoio Especializado (SAE)													
RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
RH - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contratos e Consumo - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO TÉCNICO G

NORMAS PARA CUSTEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS**1. Utilização dos recursos orçamentários referentes à Gestão Indireta das Organizações Sociais – Rubrica Apoio a Gestão do TEIAS – OSS.**

Os recursos orçamentários para gestão indireta das Organizações Sociais previstos na Rubrica Apoio a gestão do TEIAS – OSS do cronograma de desembolso (ANEXO F), consistem em um valor fixo preestabelecido, não superior a 05% (cinco) por cento do valor total da despesa contratada, destinados ao custeio das despesas administrativas da Organização Social necessárias à prestação dos serviços contratados.

As despesas referentes aos custos indiretos da Organização Social estão restritas ao valor estabelecido na rubrica Apoio a gestão do TEIAS - OSS (ANEXO F) e deverão respeitar as regras de rateio abaixo:

1.1 Só serão consideradas as remunerações dos dirigentes e quadros administrativos da OS dentro dos limites de:

1.1.1- Todas as demais remunerações referentes a cargos rateados e alocados nestas rubricas deverão ser inferiores em seu valor bruto a 35% do limite estabelecido para a remuneração de servidores do Poder Executivo Federal respeitando os valores praticados no mercado.

1.1.2- A Organização Social deverá informar em sua prestação de contas mensal a categoria em que se insere o profissional cujo salário está sendo rateado, com base no quadro acima.

1.1.3 Todas as remunerações rateadas deverão ser relativas a profissionais que tenham vínculo empregatício com a Organização Social.

1.2 A OSS deverá cumprir as regras de rateio de despesas administrativas conforme descrito na seção II, art. 8º da Instrução Normativa CODESP Nº 01/2018, publicada no Diário Oficial de 27 de dezembro de 2018 e suas atualizações.

O presente Anexo Técnico consiste em diretriz da CONTRATANTE e sua observância e cumprimento fazem parte das obrigações da CONTRATADA nos termos do Inciso IV da Cláusula Nona do Contrato de Gestão. E seu descumprimento total ou parcial poderá incidir nas sanções administrativas previstas na Cláusula Décima Quinta do Contrato de Gestão.

ANEXO III AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº 005 /2022

(MODELO)

CARTA DE CREDENCIAMENTO

(em papel timbrado da Organização Social)

Ao _____ [órgão ou entidade licitante]

Rua _____ - Rio de Janeiro

Prezados Senhores,

Pela presente, fica credenciado(a) o(a) Sr(a). _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, expedida pelo _____, para representar a Organização Social _____, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____, na Convocação Pública - nº CP ____/____ a ser realizada em ____/____/____, podendo para tanto praticar todos os atos necessários, inclusive prestar esclarecimentos, receber notificações, interpor recursos e manifestar-se sobre a sua renúncia e eventual desistência.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Representante Legal da Organização Social
(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO IV AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº 005 /2022

(MODELO)

DECLARAÇÃO DE VISITA

(Em papel timbrado da Organização Social)

[Denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ nº _____.

[Endereço da Organização Social] _____

[nome completo do representante legal da Organização Social], DECLARO que o(a) Sr(a).
_____ [nome completo do profissional indicado da
Organização Social], profissional indicado por essa Organização Social, realizou visita para fins de
vistoria técnica ao _____ [local ou equipamento visitado],
acompanhado do respectivo responsável, tendo tomado ciência de todas as condições locais para o
cumprimento das obrigações inerentes ao objeto da Convocação Pública - nº CP ____/____, as quais
serão consideradas quando da elaboração da proposta que vier a ser apresentada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Agente Público

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

ANEXO V AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº 005 /2022

(MODELO)

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

(Em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ nº ____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS, sob as penalidades cabíveis, que não existe fato superveniente ao cadastramento que possa impedir nossa habilitação.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Representante Legal da Organização Social
(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO VI AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº 005 /2022

(MODELO)

**DECLARAÇÃO DO ART. 2º, DO DECRETO 19.381/01 E DE AUSENCIA DE PARTICIPAÇÃO DE PESSOA
DA DIRETORIA EM OUTRA ORGANIZAÇÃO SOCIAL
(Em papel timbrado da Organização Social)**

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJnº _____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS, sob as penalidades cabíveis, que não possuímos funcionários que pertençam ao 1º e 2º escalão da Administração Pública Municipal, nos últimos 12 (doze) meses, nos termos do parágrafo único do artigo 2º do Decreto Municipal nº 19.381/01 e que em nossa Diretoria não há pessoa que participe da Diretoria de outra Organização Social e que não somos controlados por grupo de pessoas físicas ou jurídicas que controla outra Organização Social.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Representante Legal da Organização Social
(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO VII - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº 005 /2022

(MODELO)

DECLARAÇÃO DE QUE A INSTITUIÇÃO NÃO EMPREGA MENOR DE DEZOITO ANOS EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE, E DE QUE NÃO EMPREGA MENOR DE DEZESSEIS ANOS

(em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[endereço da Organização Social]

_____ [denominação/razão social da Organização Social], inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de que não emprega menor de dezesseis anos.

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO VIII - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº 005 /2022

(MODELO)

DECLARAÇÃO REFERENTE AO DECRETO MUNICIPAL Nº 41.212/2016

(Em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS ainda, sob as penalidades cabíveis, que não possuímos em nossos quadros cônjuges ou parentes até o 3º (terceiro) grau, de Diretores e Conselheiros.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO IX - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº 005 /2022

(MODELO)

DECLARAÇÃO REFERENTE AO DECRETO MUNICIPAL Nº 41.213/2016

(em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS ainda, sob as penalidades cabíveis, que não possuímos qualquer contrato com pessoa jurídica que tenha, em seu Quadro Societário, cônjuge ou parentes de Diretores e Conselheiros da Organização Social nos Contratos de Gestão celebrados com o Município do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO X - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº 005 /2022

(MODELO)

DECLARAÇÃO REFERENTE ÀS RESOLUÇÕES SMS Nº 2734/2015 E Nº 3208/2017

(em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS que esta Organização Social cumpre as normas previstas na Legislação Trabalhista e Previdenciária vigente, bem como nas decisões definidas em Convenção Coletiva de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho e/ou Dissídio Coletivo de Trabalho.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)