

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA
PARCERIA COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL
E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 011/2021**

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 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 5.1 que compreende os bairros Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar. 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 45.662/2019, nº 46.029/2019, , nº 48.521/2020 e 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 irrevogável 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 <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>, bem como no endereço da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, 8º andar, sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, telefone (21) 2976-1662, das 09:00 às 17:00h, 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 feito por pagamento de DARM (Documento de Arrecadação Municipal) em favor da Secretaria Municipal de Fazenda, conforme condições e valores estabelecidos na Resolução Conjunta/SMA/SMF nº 70, de 10 de maio de 2013. Neste caso, para a 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 Cavalcante, nº 455, 8º andar, sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, telefone (21) 2976-1662, das 09:00h às 17:00h.

1.8.1 Caberá à Comissão Especial de Seleção, designada por intermédio da Resolução SMS nº 4830 de 24/03/2021, 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 Cavalcante, nº 455, 8º andar, sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, de 09:00 até 17:00h. 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 as impugnações existentes. Oferecida à resposta da Administração nos prazos indicados nos itens 1.8.19 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 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) 5.1 por meio de CONTRATO DE GESTÃO a ser celebrado a partir da PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA selecionada nas condições estabelecidas pelo presente Edital, nos termos da Lei nº 5.026, de 2009, que assegure assistência universal e

gratuita à população, no âmbito do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, por Organização Social qualificada junto à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme definido neste Edital e seus Anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento. Devidamente descrito (a), caracterizado (a) e especificado (a) 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 5.1, e aquelas atualmente existentes, cujas metas físicas estão definidas no ANEXO II F 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 S/SUBPAV, 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 do Excelentíssimo Senhor Secretário de Saúde, conforme constante do Processo Administrativo nº 09/51/000.001/2021, de 04/01/2021, publicada no D.O. Rio de 25/03/2021.

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\$ 361.509.280,56 (trezentos e sessenta e um milhões e quinhentos e nove mil e duzentos e oitenta reais e cinquenta e seis centavos)**, conforme Anexo F e que correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

PROGRAMA DE TRABALHO: 18.12.XX.XXX.XXXX.XXXX

CÓDIGO DE DESPESA: 3.3.50.39

FONTE DE RECURSO: XXX

VALOR: **R\$ 361.509.280,56 (trezentos e sessenta e um milhões e quinhentos e nove mil e duzentos e oitenta reais e cinquenta e seis 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 à 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 via postal 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 (<https://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 nº 5.026/2009.

6. DIA, HORÁRIO E LOCAL DE ENTREGA DE ENVELOPES

6.1. Dia 13 de abril de 2021, às 10 horas, horário de Brasília, a Comissão Especial de Seleção estará reunida na sede da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcante nº 455, 8º andar, 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**.

9.2. 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, 9.5 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 de 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 011/2021

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 011/2021

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, devendo ser encabeçado 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 B do Projeto Básico – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica, na sequência estabelecida e com a devida identificação.

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 B do 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 nº 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 nº 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 está 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 está 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 recebidas 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, do ATESTADO DE VISITA fornecido e assinado pelo servidor do órgão fiscalizador, ou declaração da organização social, 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) útil anterior à data de entrega dos envelopes, e tomou conhecimento das condições para execução do objeto desta convocação pública. A visita deverá ser agendada com a Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CA5.1) pelos telefones (21) 2457-6509 e 2457-6647.

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 Técnico B do Projeto Básico, 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) 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 a servidor integrante 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 inabilita 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 as 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 em 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 critérios objetivos descritos na **Tabela abaixo e conforme 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	0,50	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 Médico responsável técnico pelo apoio à gestão do TEIAS	0,5	1,0
	2.B). Avaliação do currículo do responsável técnico administrativo financeiro pelo apoio à gestão do TEIAS	0,5	
3– Economicidade	Apresentação do Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social da OS ou sua associada.	2,0	2,0
4. Organização Administrativa e Gerencial	A) Dimensionamento da Equipe Assistencial	0,5	2,0
	B) Dimensionamento Gerencial	0,5	
	C) Plano de Cargos, Salários, Benefícios e Provisões	0,25	
	D) Modelo para publicização das prestações de contas e resultados assistenciais da OSS em seu sítio institucional	0,25	
	E) Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes de saúde da família e saúde bucal completas	0,25	
	F) Estratégias para aferição do cumprimento da carga horária de trabalho contratual dos profissionais de saúde	0,25	
5. Organização Assistencial e Técnica	A) Plano / Programa de Educação Permanente	0,25	2,5
	B) Plano de avaliação de qualidade das unidades de Saúde	0,5	
	C) Comunicação em Saúde	0,25	
	D) Instrumentos de Pesquisa e Organização do Serviço de Satisfação dos Usuários	0,5	
	E) Garantia e Incentivo da Participação Popular	0,5	

	F) Organização do Processo de Trabalho nos Serviços de Saúde	0,5	
6. Aplicabilidade da Política de Compliance e Integridade	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
	B) Apresentação de documentos que comprovem a aplicação e efetividade da Política de Compliance e Integridade da Organização Social	0,7	
TOTAL			10

13.3. A Comissão Especial de Seleção desclassificará:

- a) As propostas que não atenderem, no todo ou em parte, às disposições deste Edital;
- b) As propostas com preço excessivo, consideradas como tais as que excederem o valor do orçamento estimado subitem 4.1 do Edital;
- c) 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;
- d) 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 no apoio a Gestão de Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS). 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 capacitação técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS). 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** – Experiência em apoio a formação, qualificação e avaliação das ações de saúde.

13.4.1 No caso de os critérios estabelecidos no subitem 13.04 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 a 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 Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, 8º andar, sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, no horário de 09:00 às 17:00h (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 03 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, 02 (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. Na hipótese de a adjudicatária ser detentora da Certificação de Entidades Benéficas e de Assistência Social (CEBAS), o valor economizado no orçamento fixado no subitem 4.1 em razão da imunidade tributária prevista no artigo 195, § 7º da Constituição da República 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 87º 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 expresso 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 2.734/2015 e nº 3.208/2017.

19.8. Este Edital e seus anexos contêm 190 (cento e noventa) páginas, todas rubricadas.

Rio de Janeiro, 26 de março de 2021.

Jozinete de Jesus dos Santos

Matrícula nº 11/2019.023-9

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO I AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 11 /2021

**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 XXXX, COM VISTAS À GESTÃO DE
DESENVOLVIMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES
E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS
DESTINADOS À SAÚDE DE FAMÍLIA NO
ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.1.**

Ao ____ dia do mês de _____ do ano de 2021, o Município do Rio de Janeiro, por sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro, representado por seu Secretário Municipal de Saúde, DANIEL RICARDO SORANZ PINTO, Brasileiro, Médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo DETRAN, CPF nº 290.210.958-07, 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 XX/XXX.XXX/XXXX, após a Convocação Pública nº XXXX/XXXX, homologada por despacho do Secretário _____, datado de XX/XX/2021 (fls. ____ do pp.), publicado no D.O. RIO nº XXX, de XX/XX/2021, 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 41.209/2016, 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 45.662/2019, nº 46.029/2019, nº 48.521/2021; e pelas Resoluções CGM nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016; 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 não especificamente descritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO

O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO é a gestão da operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de saúde da família no âmbito da área de Planejamento (AP) 5.1 que compreende os bairros Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar, consoante com o Projeto Básico (Anexo II do Edital) e programa de trabalho da organização social, 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 físicas de Equipamentos de Saúde da Família previstas no “ANEXO F – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas, para o período anterior, através de Termo Aditivo.

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\$ 361.509.280,56 (trezentos e sessenta e um milhões e quinhentos e nove mil e duzentos e oitenta reais e cinqüenta e seis centavos)**, estimado para o exercício de 2021 a 2023, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo(s) Programa de Trabalho(s) nº XX.XX.XX.XXX.XXXX.XXXX, Natureza de Despesa X.X.XX.XX.XX, Fonte XXX, tendo sido emitida Nota de Empenho nº 20XX/XXXXX, em XX/XX/20XX, no valor de R\$ YY,YY (YYYYYYYY)

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF nº xxxxx.

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 o cronograma de desembolso (ANEXO F).

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.

Os repasses orçamentários destinados ao pagamento de despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de XX% (XX) 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 à 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 ao programa de trabalho.

VI - Providenciar a publicação na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 dias (máximo noventa 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, na forma e prazos por esta estabelecidos, 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 nº 30.780/09, com a redação dada pelo art. 4º do Decreto nº 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 utiliza ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO.

XXXIV - Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <https://osinfo.prefeitura.rio>, conforme Decreto Municipal nº 37.079/2013.

XXXV – Apresentar ao CONTRATANTE, no prazo por ele definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de XXXX e XXXX, 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 útil 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 (apenas para contratos de gestão na área de saúde) 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 custos operacionais.

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 XX/XX/20XX (data a ser fixada pela Secretaria) 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 guardar 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/>.

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 do (equipamento público), identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, em anexo.

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 cessão total ou parcial do CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

Parágrafo Único - Nos casos de subcontratação de serviços ligados à atividade-meio e à atividade-fim, 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 87º 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, V e VI 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 à 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 obtiver no mínimo 50 (cinquenta) pontos na avaliação da execução das metas em ____ 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, XX de XX de 2021.

DANIEL SORANZ
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Testemunhas:

Matrícula

Matrícula

ANEXO I-A – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº CP 011/2021

ANEXO I-A AO CONTRATO DE GESTÃO

(DECRETO RIO 43.562/2017)

As partes que a estas 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 011/2021

ANEXO I-B AO CONTRATO DE GESTÃO

(Decreto Rio 43.562/2017)

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

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 011/2021

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 do _____ [órgão da Administração Direta] ou da (o) _____ [entidade da Administração Indireta], 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 011/2021

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 09/001.836/2019, 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/10112/12606055/4318303/BENS5.1.pdf>

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 011/2021

Estratégia Saúde da Família – AP 5.1

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 5.1 que compreende os bairros Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar, 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 saúde

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

PROJETO BÁSICO

PROJETO BÁSICO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AP 5.1

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

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

CONSIDERANDO a necessidade de realinhamento das diretrizes da política pública da atenção primária que implica na realização de novos arranjos de contratação, que reflitam esta nova política;

CONSIDERANDO que residem 671.041 pessoas na AP 5.1, divididos entre 10 bairros, cujo território abrange ocupações irregulares com população de baixa renda, aglomeradas;

CONSIDERANDO que, pelo Ministério da Saúde, estima-se como razão ideal a existência de uma Unidade de Atenção Primária em Saúde para cada 20.000 habitantes e, no máximo, 4.000 cadastrados por equipe de Saúde da Família;

CONSIDERANDO que, com 127 equipes de Saúde da Família, há uma estimativa de cobertura de apenas 75% da população;

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

CONSIDERANDO a falta de alinhamento e diretrizes homogêneas na aplicação política de contratação dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao cidadão, gerando risco e insegurança para os parceiros executores da política pública;

CONSIDERANDO o entendimento de que o modelo de parceira via contrato de gestão com Organizações Sociais de Saúde, é uma forma legítima de contratualização e oferece os instrumentos necessários para o abastecimento célere e eficiente das unidades, principalmente considerando o cenário atual de pandemia e desabastecimento das mesmas.

DO 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 programática – AP 5.1 que compreende os bairros Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar, 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) 5.1, com previsão de adaptações na manutenção e adequação de equipamentos, programação visual, serviços especializados e despesas operacionais das unidades de saúde 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, Assistência Farmacêutica, Serviços Especializados e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS da AP 5.1;
- Contratar profissionais para atuação nas eSF, eSB, NASF 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 limpeza, portaria, segurança, concessionárias, conectividade, profissionais de apoio à Saúde da Família, entre outros serviços especializados como: Radiografia 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 Área e S/SUBPAV;
- 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/RJ para todos os funcionários de saúde (orientação está no catálogo de uniformes da SUBPAV que será disponibilizado oportunamente);
- 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 a SMS.

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 Comunitário de Saúde e 01 Agente de Vigilância em Saúde. Será utilizado como padrão no Município do Rio de Janeiro a proporção de 06 (seis) Agentes Comunitários de Saúde para cada equipe de saúde da família, e de 02 (dois) Técnicos de Enfermagem para cada equipe de saúde da família.

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 é 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 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 ficar corresponsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)			
EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
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 (*)
	AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	40H	1 por eSF
EQUIPE DE 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	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
	FARMACÊUTICO	40H	1 para cada 6 eSF
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	1 para cada 6 eSF
	GERENTE	40H	1 por UAP
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40H	1 para cada 3 eSF
	PORTARIA	12H	2 para cada 6 eSF

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

Critérios para composição de horário das equipes

A composição de horário das equipes deve 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 saúde 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 CAP e a SUBPAV devem ser previamente comunicadas.

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 Almojarifado	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/grupo
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 o 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 de 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, Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, 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 saúde 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 devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

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 a fim de estabilização clínica hemodinâmica necessária deve ser assumida 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 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. Mais detalhes estão descritos na sessão “Situações de urgência / 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.

Visita e Atendimento domiciliar

Todos os profissionais que atuam na ESF devem realizar visitas e atendimentos domiciliares;

Nas Unidades de Atenção Primária com ESF as visitas domiciliares devem ser agendadas conforme programação semanal de acordo com as demandas dos usuários e da equipe;

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;

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/RJ, 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.

Atestado

É obrigação do profissional médico a emissão de atestado médico sempre que prestar assistência e houver a necessidade do documento. São situações comuns que devem ser prescritas na Atenção Primária: atestado para afastamento do trabalho; atestado para certificar condições de saúde ou de doença; atestado para perícia médica; atestado para prática de atividade física; a veracidade dos mesmos, caso adjudicado, será de responsabilidade do profissional que emitiu o mesmo.

A emissão do atestado de óbito é obrigatória desde que o profissional médico tenha prestado assistência ao paciente e que não haja suspeita de causas externas. O formulário para atestado de óbito deve estar disponível a todas as Unidades de Atenção Primária. Quando necessário o profissional deve realizar visita domiciliar para a avaliação clínica e emissão do documento.

A emissão de declaração de nascido vivo só deverá ocorrer para os casos de nascimentos ocorridos em domicílio que não tiveram passagem por unidade hospitalar, desde que cumpridos os requisitos de avaliação médica ou de enfermagem e apresentação de testemunhas devidamente identificadas através de documentação oficial. Para os casos em que não se dispõem dos requisitos anteriormente indicados deverá ser realizado encaminhamento ao Conselho Tutelar da AP.

Assistência Farmacêutica

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

Toda Unidade de Atenção Primária 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 de medicamentos deve ser realizada mediante apresentação de receita.

A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade.

Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis. A dispensação deve ser preferencialmente realizada por profissional com treinamento para tal, preferencialmente técnico / oficial de farmácia ou farmacêutico.

Toda a relação de medicamentos disposta no REMUME (relação municipal de medicamentos) deve ser dispensada nas Unidades de Atenção Primária:

- Medicamentos para doenças respiratórias (asma, DPOC, dentre outras):

Todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar os pacientes com asma e DPOC e o fornecimento da medicação deve ser vinculada a pelo menos uma consulta a cada 6 (seis) meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital, etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe;

- Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina):

Para tanto as unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina; todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina. O fornecimento da insulina e demais insumos devem ser vinculados a pelo menos uma consulta a cada 3 (três) meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (polos, policlínica, hospital, etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe; Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, tiras, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar;

- 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 Unidade de Atenção Primária 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, ter um farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação.

Toda prescrição de medicamento não contido na REMUME deve ser acompanhada de orientação de que esta medicação não é dispensada na unidade, por não fazer parte da Relação Municipal de Medicamentos.

A validade* da receita comum deve ser determinada pelo profissional de saúde. Caso a medicação seja de uso contínuo e não houver 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, antibiótico deve ser considerado como uso contínuo.

Deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na Unidade, durante todo o horário de funcionamento da mesma.

Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP e este deve consolidar as informações e comunicar a coordenação de assistência farmacêutica da CAP.

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 devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

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 (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), 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), as equipes de Atenção Primária (eAP) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

A composição de cada um dos NASF 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) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Podendo, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Radiologia e de Ultrassonografia em toda Unidade de Atenção Primária do tipo Clínica da Família.

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

Os exames de imagem devem ser integrados nos prontuários eletrônicos de forma que a imagem seja disponibilizada automaticamente para ser acessada ao médico da equipe;

Os exames devem ser disponibilizados com laudo, podendo ser utilizado para tanto telerradiologia;

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 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 Confecção 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, 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 características desses centros:

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, 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 atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

A CONTRATADA deverá oferecer nas unidades de saúde 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 referenciando 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 será 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/RJ como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária, 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 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, 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 Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade 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 saúde para campo de estágio sem a anuência por escrito da CONTRATANTE através da S/SUBPAV/SAP.

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 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).

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 CAP e à SUBPAV a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde, 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 CAP (Coordenações de Área de Planejamento) e do nível central (S/SUBPAV);

A CONTRATADA deve garantir o funcionamento do prontuário eletrônico nas unidades de saúde 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;
- 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;
- Gerar um relatório por profissional 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;
- 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 SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual

vigente a Portaria SAS/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 não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastradas;

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF 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 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 dois tipos de unidades de saúde:

TIPO DE UNIDADE NA CARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIÇÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clínica da Família	CF	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 DAB/SAS/MS, reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) 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 (DAB/SAS/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 sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

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 saúde 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/RJ 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 básicas da SMS/RJ 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 DispensaMed é o sistema oficial para registro das informações de farmácia para as unidades de saúde 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 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/RJ.

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 do 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.

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 pelo diretor/gerente da unidade.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela SUBPAV / SMS, 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.

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 que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a 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
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.

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.

PREVISÃO DE CUSTEIO DE EQUIPES (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico	150	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 2.306.575,80
Enfermeiro	150	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 945.324,00
Técnico de Enfermagem	150	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 381.739,50
Limpeza / Portaria	100	40	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 162.000,00
Cirurgião Dentista	50	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 315.108,00
Técnico de Saúde Bucal	25	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 63.623,25
Auxiliar de Saúde Bucal	50	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 88.500,00
Farmacêutico	25	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 157.554,00
Técnico de Farmácia	25	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 63.623,25
Gerente	27	40	R\$ 8.514,80	R\$ 220,00	R\$ 235.839,60
Auxiliar Administrativo	0	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	752				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 4.719.887,40

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		
INSS - Empresa	20,000%	R\$ 943.977,48
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$ 272.753,47
SAT	2,000%	R\$ 94.397,75
PIS	1,000%	R\$ 47.198,87
FGTS	8,000%	R\$ 393.166,62
13º SAL	8,330%	R\$ -
Abono de Férias	2,780%	R\$ 131.212,87
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$ 78.664,79
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$ 19.823,53
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$ 39.332,40
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$ 6.560,64
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$ 8.751,79
Multa/FGTS	4,000%	R\$ 188.795,50
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$ 249.317,29
Total Provisões	23,636%	R\$ 1.115.605,42
Total Encargos	36,800%	R\$ 1.736.918,56
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$ 2.852.523,99

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	752	R\$ 134.006,40
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	752	R\$ 299.670,69
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 433.677,09

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA		
TOTAL		R\$ 8.006.088,48

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

CUSTEIO DE PESSOAL DE CONSULTÓRIO NA RUA					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico	1	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 15.377,17
Enfermeiro	1	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Técnico de Enfermagem	1	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
Agente Social	3	40	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 1.620,00
Assistente Social	1	30	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
Psicólogo	1	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 6.010,34
Auxiliar Administrativo	0	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ -
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 37.639,53

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		
INSS - Empresa	20,000%	R\$ 7.527,91
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$ 2.150,09
SAT	2,000%	R\$ 752,79
PIS	1,000%	R\$ 376,40
FGTS	8,000%	R\$ 3.011,16
13º SAL	8,330%	R\$ 3.135,37
Abono de Férias	2,780%	R\$ 1.046,38
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$ 627,33
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$ 158,09
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$ 313,66
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$ 52,32
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$ 69,63
Multa/FGTS	4,000%	R\$ 1.505,58
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$ 1.988,22
Total Provisões	23,636%	R\$ 8.896,58
Total Encargos	36,800%	R\$ 13.851,35
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$ 22.747,93

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	8	R\$ 1.425,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. 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 DE CONSULTÓRIO NA RUA		
TOTAL		R\$ 65.001,05

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico NASF	12	40	R\$ 11.099,63	R\$ 220,00	R\$ 135.835,56
Profissional de Nível Superior	48	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 288.496,32
TOTAL FUNCIONÁRIOS	60				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 424.331,88

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		
INSS - Empresa	20,000%	R\$ 84.866,38
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$ 24.611,25
SAT	2,000%	R\$ 8.486,64
PIS	1,000%	R\$ 4.243,32
FGTS	8,000%	R\$ 33.946,55
13º SAL	8,330%	R\$ 35.346,85
Abono de Férias	2,780%	R\$ 11.796,43
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$ 7.072,20
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$ 1.782,19
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$ 3.536,10
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$ 589,82
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$ 785,01
Multa/FGTS	4,000%	R\$ 16.973,28
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$ 22.414,36
Total Provisões	23,636%	R\$ 100.296,24
Total Encargos	36,800%	R\$ 156.154,13
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$ 256.450,37

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	60	R\$ 10.692,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,00	60	R\$ 23.760,00
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 34.452,00

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO		
TOTAL		R\$ 715.234,25

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R\$ 6.739,22	R\$ 220,00	R\$ 6.959,22
Coordenador Técnico	2	40	R\$ 5.660,95	R\$ 220,00	R\$ 11.761,90
Coordenador Administrativo	1	40	R\$ 2.830,48	R\$ 220,00	R\$ 3.050,48
Supervisor Clínico Institucional	1	12	R\$ 1.387,75	R\$ 220,00	R\$ 1.607,75
Assistente Administrativo	2	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ 3.927,40
Médico	2	20	R\$ 7.928,30	R\$ 220,00	R\$ 16.296,60
Enfermeiro	2	40	R\$ 4.796,43	R\$ 220,00	R\$ 10.032,86
Técnico de Enfermagem	3	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 7.634,79
Profissional de Nível Superior	10	40	R\$ 4.342,76	R\$ 220,00	R\$ 45.627,60
Profissional de Nível Médio	7	40	R\$ 1.364,30	R\$ 220,00	R\$ 11.090,10
TOTAL FUNCIONÁRIOS	31				
					TOTAL SALÁRIOS R\$ 117.988,70

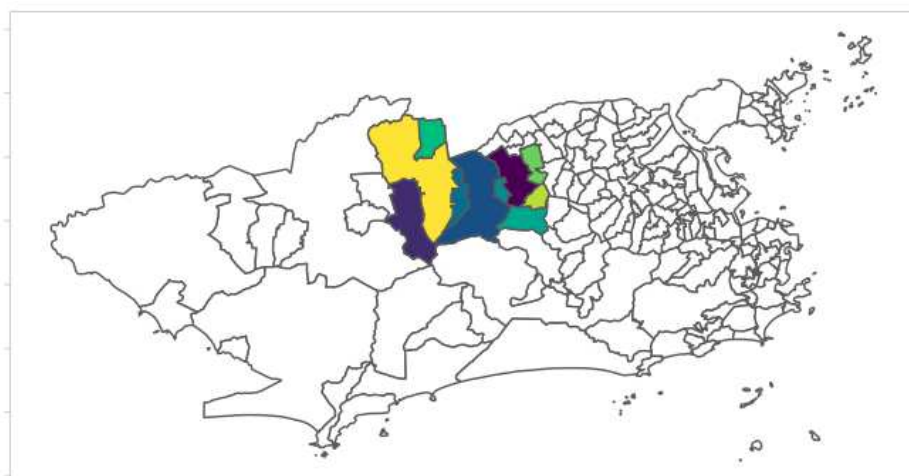
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R\$	23.597,74
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$	6.843,34
SAT	2,000%	R\$	2.350,77
PIS	1,000%	R\$	1.179,89
FGTS	8,000%	R\$	9.439,10
13º SAL	8,330%	R\$	9.820,46
Abono de Férias	2,780%	R\$	3.280,09
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	1.966,48
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	495,55
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$	983,24
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	164,00
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	218,28
Multa/FGTS	4,000%	R\$	4.719,55
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	6.232,48
Total Provisões	23,636%	R\$	27.888,13
Total Encargos	36,800%	R\$	43.419,84
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	71.307,97

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	31	R\$ 5.524,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	31	R\$ 12.353,45
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 17.877,65

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS	
TOTAL	R\$ 207.174,32

ANEXO TÉCNICO A

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO



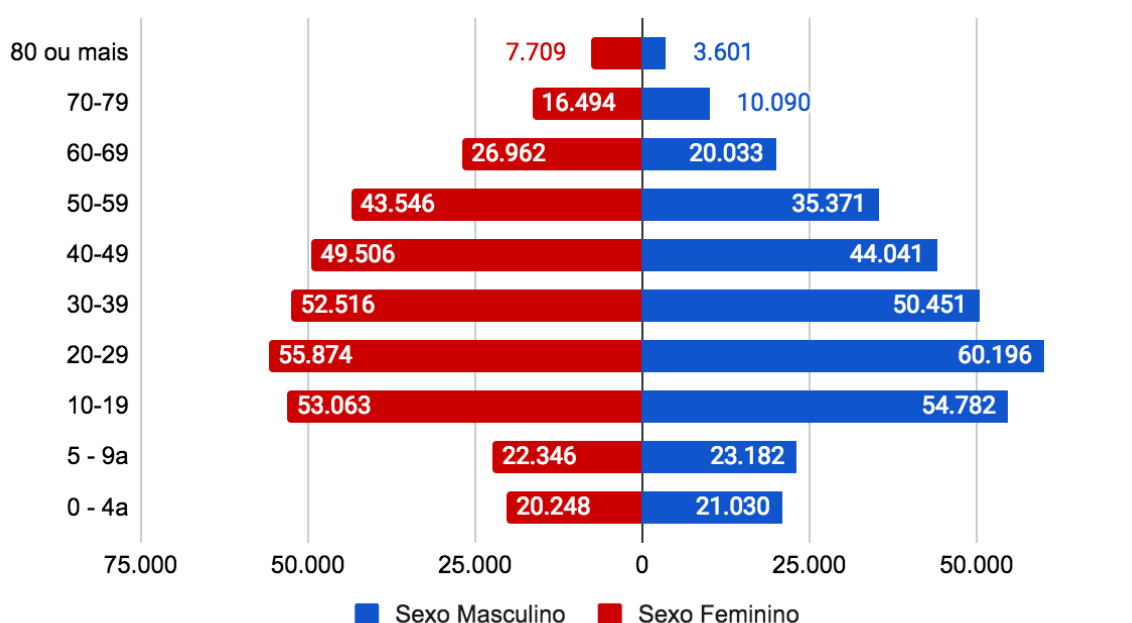
BANGU	DEODORO	JARDIM SULACAP	PADRE MIGUEL	SENADOR CAMARÁ
CAMPO DOS AFONSOS	GERICINÓ	MAGALHÃES BASTOS	REALENGO	VILA MILITAR

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

A Área de Planejamento (AP) 5.1 possui 10 bairros e uma população total, segundo censo 2010, de cerca de 671.041 habitantes. Estão incluídos nela os bairros de Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

Estes bairros apresentam elevados índices de densidade demográfica, isto é, o número de habitantes por Km² é bastante superior à média de alguns dos bairros de outras AP do município do Rio de Janeiro. É fundamental compreender a dinâmica dos indicadores de morbimortalidade que compõem a Área de Planejamento e seus bairros.

Pirâmide Etária - AP 5.1



INDICADORES DE SAÚDE

A prematuridade, o baixo peso, a maternidade precoce, a frequência de cesarianas, o número de consultas de pré-natal e a cobertura SUS são indicadores que possibilitam identificar as condições de nascimento e que determinam risco à sobrevivência dos recém-nascidos.

Na AP 5.1, a taxa de natalidade foi de 11,1% em 2019. Quando comparado a 2016, 12,8 % há uma queda pequena na taxa de natalidade de 1,7% apenas.

A prematuridade no ano de 2016 foi de 12,1%, superior à média apresentada na cidade do Rio de Janeiro, porém tendo uma curva descendente nos anos seguintes, apresentando em 2017 o percentual de 11,2%, em 2018 de 10,4%, em 2019 10,1% e já no ano de 2020 (até novembro) apresentou um percentual de 10,8%, um ligeiro aumento de 0,7% se comparado ao ano anterior.

O baixo peso ao nascer é definido como um indicador de risco para morbimortalidade infantil, em especial no período neonatal. Em 2016 a AP 5.1 teve 10% de seus nascidos vivos com baixo peso ao nascer, apresentando dados positivamente menores no ano de 2019, com 9,7% dos nascidos residentes da referida AP, com baixo peso ao nascer.

O acompanhamento da informação sobre tipo de parto está associado à importância que a realização de parto cesáreo vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Na AP 5.1 este valor é ainda muito superior ao preconizado pela OMS, representando 54,5% dos partos em 2016 e, em 2019, 51%.

Na AP 5.1, a cobertura pré-natal avaliada através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para sete ou mais consultas, variou de 75,2% e 81,2% entre 2016 e 2019.

MORTALIDADE

A taxa de mortalidade geral na AP 5.1 variou de 9,40 para 9,22 para cada 100.000 habitantes.

No período compreendido entre os anos de 2015 e 2019, a taxa de mortalidade infantil da Cidade do Rio de Janeiro variou de 14,39 para 13,79% nascidos vivos. Na AP 5.1, a taxa de mortalidade infantil foi de 13,2% em 2016, apresentando queda nessa taxa ao se verificar o ano de 2019 com 12,57%.

Entre 2015 e 2019 a mortalidade neonatal precoce da cidade do Rio de Janeiro variou de 6,36 a 6,18% nascidos vivos. A AP 5.1 atingiu patamar inferior ao do RJ quando se verifica a taxa do ano de 2019, sendo esta 4,95.

As mortes neonatais tardias, que ocorrem do 7º ao 28º dia de vida, não apresentaram variação na comparação das taxas do Rio de Janeiro entre 2015 e 2019, com uma taxa de 2,68% nascidos vivos no município. Na AP 5.1 a taxa deste indicador de saúde apresenta-se maior no ano de 2019 quando comparada ao mesmo ano do município, sendo esta 2,94%, tendo nos três anos anteriores valores abaixo de 2,50%.

A mortalidade pós-neonatal não apresentou variação significativa ao compararmos os anos de 2015 e 2019, com uma taxa de 4,90% nascidos vivos na cidade do Rio de Janeiro. Na AP 5.1, no ano de 2019, a referida taxa foi de 4,68%, tendo havido um aumento ao compararmos com os anos de 2017 e 2018, onde foram respectivamente 3,09% e 3,77%.

A mortalidade perinatal engloba os óbitos neonatais precoces e fetais, estes últimos considerados em relação ao peso ao nascer – acima de 500 gramas. Na AP 5.1, a taxa de mortalidade perinatal variou de 17,6% em 2016 para 16,5% em 2019, sofrendo uma queda positiva nessa taxa.

As cinco principais causas de morte na AP 5.1, no ano de 2019, segundo ordem de maior ocorrência para menor ocorrência foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias. Vale ressaltar que tal ordem de ocorrência de causas de mortes na AP 5.1 foi semelhante ao apresentado pelo município do RJ para o mesmo ano.

Quando avaliamos o grupo de maior ocorrência, ou seja, o das doenças do aparelho circulatório, destacam-se as doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio como as principais causas de morte, tendo o mesmo padrão quando se verifica as causas de morte deste grupo para o município do Rio de Janeiro.

Dentre as mortes causadas por neoplasias na AP 5.1, a de maior ocorrência no ano de 2019 foi a de neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões, não sendo o padrão observado no município do Rio de Janeiro, onde o maior número de casos de óbito por neoplasia foi por neoplasia maligna de cólon, reto e anus.

Assim como em todo o município do Rio de Janeiro, a AP 5.1 teve um aumento percentual significativo no que tange aos óbitos por causas mal definidas. Em números absolutos, nos últimos cinco anos não ultrapassou a marca de 100 óbitos por causas mal definidas, já em 2020 esse quantitativo ultrapassou 235 óbitos por causa mal definida. Elevados percentuais de óbitos por causas mal definidas não só dificultam a compreensão do perfil de mortalidade de uma população, mas apontam para dificuldades no acesso à assistência pré-óbito e diagnóstico definido da causa da morte.

Importante evidenciar o aumento expressivo de óbitos em 2020 na AP 5.1 por doenças cardiovasculares, onde aumentou em mais de cinco vezes sua taxa quando comparada ao ano anterior. Nos últimos cinco anos a taxa não ultrapassou 280, chegando a superar o patamar de taxa de 1270. Este aumento expressivo leva à reflexão de possível dificuldade no acesso à assistência aos cuidados de saúde como uma das principais consequências do isolamento social, devido à pandemia por COVID-19, pressupondo descompensação clínica de quadros hipertensivos ou cardiovasculares.

TABELA 1 – INDICADORES DEMOGRÁFICOS, MORTALIDADE E NASCIDOS VIVOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		2016	2017	2018	2019	2020
População Total*	Nº	671.041	671.041	671.041	671.041	671.041
Razão de Sexos*	%	-	-	-	-	92,74%
Maior ou igual a 40 anos*	Nº	-	-	-	-	253.723
Maior ou igual a 60 anos*	Nº	-	-	-	-	83.684
Idosos*	%	-	-	-	-	12,47
MORTALIDADE		2016	2017	2018	2019	2020
Geral	Nº	6.311	5.719	5.861	6.185	6.460
	taxa †	9,40	8,52	8,73	9,22	9,63
Infantil	Nº	115	97	92	94	93
	taxa *	13,20	11,54	11,18	12,57	14,17

Neonatal	Nº	77	71	60	59	65
	taxa *	8,84	8,44	7,29	7,89	9,90
Neonatal Precoce	Nº	57	50	40	37	38
	taxa *	6,54	5,95	4,86	4,95	5,79
Neonatal Tardia	Nº	20	21	20	22	27
	taxa *	2,30	2,50	2,43	2,94	4,11
Pós-Neonatal	Nº	38	26	31	35	28
	taxa *	4,36	3,09	3,77	4,68	4,27
Perinatal	Nº	155	142	126	125	130
	taxa *	17,6	16,7	15,2	16,5	19,5
MORTALIDADE		2016	2017	2018	2019	2020
Fetal	Nº	98	92	86	88	92
Materna	Nº	12	10	8	9	14
	taxa**	137,71	118,93	97,21	120,30	213,28
Doenças Cardiovasculares	Nº	1.926	1.645	1.761	1.446	8.539
	taxa ††	287,0	245,1	262,4	215,5	1272,5
Doenças Isquêmicas do Coração #	Nº	599	525	622	635	480
	taxa ††	89,3	78,2	92,7	94,6	71,5
Doença Cerebrovascular #	Nº	452	441	453	417	358
	taxa ††	67,4	65,7	67,5	62,1	53,3
Neoplasias	Nº	833	876	913	871	759
	taxa ††	124,1	130,5	136,1	129,8	113,1
Neoplasia traqueia, brônquios e pulmão	Nº	114	105	90	95	98
	taxa ††	17,0	15,6	13,4	14,2	14,6
Neoplasia de mama feminina	Nº	107	95	109	95	98
	taxa ††	15,9	14,2	16,2	14,2	14,6
Causas Externas	Nº	519	491	520	563	376
	taxa ††	77,3	73,2	77,5	83,9	56,0
Homicídios, incluindo as intervenções legais	Nº	188	225	206	143	8
	taxa ††	28,0	33,5	30,7	21,3	1,2
Acidentes de Transporte	Nº	92	54	50	23	14
	taxa ††	13,7	8,0	7,5	3,4	2,1
Causas Mal Definidas	Nº	446	424	332	373	436
	%	7,07	7,41	5,66	6,03	6,75
Doenças Respiratórias	Nº	786	723	710	802	557
	taxa ††	117,1	107,7	105,8	119,5	83,0
Doenças Infecciosas e Parasitárias	Nº	414	382	389	436	1660
	taxa ††	61,7	56,9	58,0	65,0	247,4
AIDS	Nº	96	83	81	75	97
	taxa ††	14,3	12,4	12,1	11,2	14,5
Tuberculose	Nº	28	39	41	32	41

	taxa ††	4,2	5,8	6,1	4,8	6,1
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	Nº	337	329	309	354	358
	taxa ††	50,2	49,0	46,0	52,8	53,3
Diabetes Mellitus	Nº	263	268	256	274	306
	taxa ††	39,2	39,9	38,1	40,8	45,6
NASCIDOS VIVOS		2016	2017	2018	2019	2020
Número	Nº	8.714	8.408	8.230	7.481	6.564
NASCIDOS VIVOS		2016	2017	2018	2019	2020
Taxa de Natalidade	taxa	13,0	12,5	12,3	11,1	9,8
Mães Adolescentes	%	17,3	15,1	14,9	13,8	13,9
Baixo Peso	%	10	9,7	9,1	9,4	9,7
Prematuridade	%	12,1	11,2	10,4	10,1	10,8
Cesarianas	%	54,5	52,6	50,6	51	51
7 e mais consultas de Pré-natal	%	75,2	78	81,2	81,2	77
Cobertura do SUS	%	73,8	76,4	77	76,8	78,8

Fonte: SIM/SMS-RJ/SES/MS, SINASC/SMS-RJ/SES/MS, IPP/Prefeitura do Rio de Janeiro, acesso em 15 de dezembro de 2020. Nota: Dados de 2020 preliminares, extraídos em 12 de dezembro de 2020. Dados de 2019 e 2020 sujeitos à revisão. Utilizada estimativa populacional de 2020 nos anos de 2017 a 2020.

TABELA 2 – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	TIPO	2020		2021/2023	
			nº eSF	nº eSB	nº eSF	Nº eSB
3416321	CF ANTÔNIO GONÇALVES DA SILVA	A	6	2	7	2
3820599	CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA	A	4	2	7	2
193089	CF CRISTIANI VIEIRA PINHO	A	4	1	7	2
7722494	CF FAIM PEDRO	A	6	2	8	3
6023916	CF FIORELLO RAYMUNDO	A	7	2	8	3
6852203	CF KELLY CRISTINA DE SÁ LACERDA SILVA	A	5	2	8	3
5546591	CF MARIA JOSÉ DE SOUSA BARBOSA	A	8	2	9	3
6864708	CF MÁRIO DIAS ALENCAR	A	4	2	6	2
6901042	CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR	A	6	2	9	3
6387152	CF OLÍMPIA ESTEVES	A	7	2	9	3
6855709	CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO)	A	4	2	7	2
9023089	CF ROGÉRIO PINTO DA MOTA	A	4	2	8	3

9311661	CF ROMULO CARLOS TEIXEIRA	A	6	2	9	3
3416372	CF ROSINO BACCARINI	A	3	1	6	2
7810172	CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA	A	6	2	6	2
7874162	CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO)	A	7	2	8	3
2269848	CMS ALEXANDER FLEMING	B	3	1	6	1
CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	TIPO	2020		2021/2023	
			nº eSF	nº eSB	nº eSF	Nº eSB
2270463	CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA	B	3	1	7	2
3416356	CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA	A	6	2	8	3
5546583	CMS CATIRI	A	3	1	3	1
2270579	CMS DR EITHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA	B	4	1	5	2
2270439	CMS HENRIQUE MONAT	B	4	1	5	2
6922031	CMS MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO	A	1	1	3	1
2270560	CMS MASAO GOTO	B	2	2	3	2
2270455	CMS PADRE MIGUEL	B	4	1	6	1
2270552	CMS SILVIO BARBOSA	A	5	2	6	2
2270420	CMS WALDYR FRANCO	B	5	2	6	2
CAP 5.1	CF 16 + CMS 11	A / B	127	45	180	60

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, acesso em 15 de dezembro de 2020. Legenda: CF = Clínica da Família; CMS = Centro Municipal de Saúde; CSE = Centro de Saúde Escola; eSF = equipe de Saúde da Família; eSB = equipe de Saúde Bucal.

ANEXO B – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA**ANEXO TÉCNICO B AO PROJETO BÁSICO****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 adequada 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 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) 5.1.

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 saúde, 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, apontando por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário base total (em reais);
9. Recursos Humanos estimados, apontando 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 saúde 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 F deste Edital e incremento de pessoal, demonstrando a evolução mensal para todo o período do Contrato de Gestão.

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

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

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 – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)**

RECURSOS HUMANOS		CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO DA FAMÍLIA		40H	1	R\$ XXX	R\$ XXX		R\$ XXX
ENFERMEIRO DA FAMÍLIA							R\$ XXX
TÉCNICO DE ENFERMAGEM							R\$ XXX
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE							R\$ XXX
AUXILIAR ADMINISTRATIVO							R\$ XXX
GERENTE							R\$ XXX
CIRURGIÃO DENTISTA DA FAMÍLIA							R\$ XXX
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL							R\$ XXX
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL							R\$ XXX
FARMACÊUTICO							R\$ XXX
TÉCNICO DE FARMÁCIA							R\$ XXX
TOTAL FUNCIONÁRIO							
TOTAL SALÁRIOS							R\$ XXX
ENCARGOS SOCIAIS/TRAB.	XX %						
INSS - EMPRESA	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %					R\$ XXX
INSS - TERCEIROS	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %					R\$ XXX
FGTS	XX %						R\$ XXX
FÉRIAS + 1/3	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %					R\$ XXX
13º SALÁRIO	XX %						R\$ XXX
RESCISÓRIOS	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %					R\$ XXX
ENCARGOS FISCAL	XX %						
PIS							R\$ XXXXX
TOTAL ENCARGOS							R\$ XXXXX
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)							R\$ XXXXX
BENEFÍCIOS							
VALE TRANSPORTE	R\$ XXX					R\$ XXXXX	
VALE REFEIÇÃO/ALIMENTAÇÃO	R\$ XXX					R\$ XXXXX	
TOTAL BENEFÍCIO							
				SUBTOTAL			R\$ XXXXX
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL	R\$ XXXXX

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.

Detalhamento da Tabela I do item 15.12 do Edital

1. Experiência Anterior:

a) Para finalidade de avaliação deste critério será considerada a experiência da Entidade em termos de tempo de atividade com utilização de Prontuário Eletrônico, o tempo de utilização do prontuário eletrônico (pela OSS ou outras instituições) será pontuado de acordo com a tabela abaixo, com respectiva documentação comprobatória.

b) Este item será avaliado pela apresentação de documentos originais/cópia autenticada, que comprovem a experiência da Organização Social na execução de serviços de natureza semelhante ao objeto desta contratação.

c) Para finalidade de avaliação deste critério os documentos comprobatórios deverão ser atestados ou certificados expedidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que comprovem a experiência da Organização Social, devendo conter:

- ✓ A identificação da pessoa jurídica emitente;
- ✓ O nome e o cargo do signatário;
- ✓ Timbre do emitente;
- ✓ Período de vigência do contrato;
- ✓ Objeto contratual com descrição das atividades sob responsabilidade direta da Organização Social.

d) Para pontuação deste item é necessário a apresentação de relatórios gerenciais praticados em outros contratos de gestão, a saber:

- 1- Relatório Familiar, permitindo a identificação e acesso aos prontuários dos demais membros da família;
- 2- Relatório com lista de problemas ativos e inativos;
- 3- Relatório por equipe dos indicadores do Pagamento por Desempenho;
- 4- Relatório mensal emitido para cada profissional com o resultado desses indicadores de sua equipe;
- 5- Registro dos exames laboratoriais incluindo exames de imagem e digitalização de alguns exames como eletrocardiograma;

e) Para finalidade de avaliação deste critério será considerada a experiência da Entidade em termos de tempo de atividade, conforme especificação e pontuação dos três itens abaixo relacionados e respectivas tabelas de pontuação:

ITEM 1.A

▪ Experiência na utilização de Sistema de Prontuário eletrônico em Unidades de Atenção Básica, sendo considerados nesse caso apenas: USF, UBS, NASF e Academia da Saúde. Nesse item a Organização Social poderá pontuar no máximo **0,5 ponto**;

Tempo de Atividade (em anos completos)	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 1.B

▪ Experiência em Gestão de Unidades de Atenção Básica, sendo considerados nesse caso apenas: USF, UBS, NASF e Academia da Saúde. Nesse item a Organização Social poderá pontuar no máximo **1,0 ponto**;

Tempo de Atividade (em anos completos)	Pontuação
Entre 02 e 04 anos	0,5 Ponto
Acima de 04 anos	1,0 Ponto

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	0,5

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** 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)
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	0,5

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:

Pontuação do item 2B:

Subitem	Pontuação máxima no subitem (pontos)
1. Formação acadêmica	0,20 (máximo)
1.1. Curso de Especialização	0,01
1.2. Mestrado	0,07
1.3. Mestrado em Gestão Administração ou Financeira Pública	0,10
1.4. Doutorado	0,14
2. Atividade de gestão relacionada à Saúde da Família	0,20 (máximo)
2.1. Tempo de atuação (anos completos)	0,02 / 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
Subitem	Pontuação máxima no subitem (pontos)
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

ITEM 3

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem(Pontos)
3. Economicidade	3. A Instituição que goza de imunidade para com Seguridade Social, conforme art.195, §7º da CF/88	2,0

A proponente fará jus a pontuação se apresentar a respectiva documentação comprobatória, acompanhada da autodeclaração, conforme Modelo abaixo, se comprometendo ser beneficiária de imunidade de contribuição para a Seguridade Social.

MODELO DE DECLARAÇÃO

A Instituição xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx qualificada como Organização Social, sob CNPJ XXXXXX, representada por xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, inscrito no CPF sob número xxx.xxx.xxx-xx, declara que esta entidade é beneficiária de imunidade de contribuição para a Seguridade Social, **conforme art. 195, § 7º da CF/88**, sendo desta forma, obrigada a honrar com o Cronograma de Desembolso com custeio reduzido, sem previsão do referido tributo durante todo contrato no âmbito da Área Programática da AP-5.1.

Rio de Janeiro, xxx de xxxxxx de xxxxxx.

Representante Legal da Proponente

4- Organização Administrativa e Gerencial

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 4.A

O dimensionamento da equipe assistencial, devendo ser dimensionado, além da equipe mínima descrita no Anexo VIII deste 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 ponto**.

PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO PARCIAL	NENHUMA PONTUAÇÃO
0,5 Ponto	0,25 Ponto	00 Ponto (não pontua)

ITEM 4.B

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 ponto**.

PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO PARCIAL	NENHUMA PONTUAÇÃO
0,5 Ponto	0,25 Ponto	00 Ponto (não pontua)

ITEM 4.C

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 ponto**.

PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO PARCIAL	NENHUMA PONTUAÇÃO
0,25 Ponto	0,15 Ponto	00 Ponto (não pontua)

ITEM 4.D

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.

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

ITEM 4.E

Apesar dos esforços dos últimos anos para o aumento do quantitativo da especialidade de Medicina de Saúde da 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.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes de saúde da família e saúde bucal completas.	0,25 Ponto

ITEM 4.F

Neste item serão julgadas as estratégias para aferição do cumprimento da carga horária de trabalho contratual dos profissionais de saúde.

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

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 os as 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 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.

4- Organização Assistencial e Técnica

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 aborde explicitamente:

ITEM 5.A

O plano e / ou programa de educação permanente que será desenvolvido e aplicado junto à equipe contratada. A Organização Social deverá descrever como pretender 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 5.B

Os planos de avaliação de qualidade das unidades de atenção primária com Saúde da Família, contendo: (i) objetivos, metodologia e instrumentos qualiquantitativos 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.

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
5B. Plano de avaliação de qualidade das unidades de Saúde da Família, contendo:	(Somatório dos subitens)
5B1. (i) objetivos	0,1
5B2. (ii) metodologia e instrumentos	0,2
5B3. (iii) tempo de execução e periodicidade	0,1
5B4. (iv) dimensões/itens avaliados pelo plano	0,05
5B5. (v) pesquisa de satisfação dos usuários com plano de amostragem	0,05

ITEM 5.C

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. 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 5.D

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
0,5 Pontos	0,25 Pontos	00 Pontos (não pontua)

ITEM 5.E

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

PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO PARCIAL	NENHUMA PONTUAÇÃO
0,5 Pontos	0,25 Pontos	00 Pontos (não pontua)

ITEM 5.F

A forma de 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 a 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	00 Pontos (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 as 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.

5- Aplicabilidade da política de Compliance e Integridade

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 aborde **explicitamente**:

ITEM 6-A

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 apresentado ata de reunião que comprove a aprovação do documento institucional pelo Conselho Administrativo e/ou pela Diretoria, conforme disposição estatutária da Organização Social.

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 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 (<https://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. 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 uma 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/RJ 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 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 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 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 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 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 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 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 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 B – 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 no Anexo II – Item 10 – C e no Anexo Técnico F do Projeto Básico deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no Anexo Técnico E do Projeto Básico.

4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso constante do Anexo Técnico F do Projeto Básico.

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-5.1, objeto deste contrato de gestão, ND 335039 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/RJ 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 a 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

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

B) MODELO DE PLANILHA DEMONSTRATIVA DE RATEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

</

ANEXO TÉCNICO D

APOIO A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A. 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.

A.1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento (AP 5.1) localizada no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A.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.

A.2.1.2. Recomendações da S/SUBPAV para o processo de trabalho do Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da atenção primária:

- 1) Visita dos agentes comunitários. Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual)
- 2) Visita do agente de vigilância em saúde. Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal
- 3) Visita domiciliar. O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx. 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.
- 4) Agendamento de consultas. Em toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas;
- 5) Agendamento de consultas. Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta
- 6) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia
- 7) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista
- 8) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.
- 9) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar

afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).

- 10) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.
- 11) Horários. A aferição da pressão arterial deve ser feita de imediato a qualquer usuário caso ele solicite.
- 12) Horários. Todos os atestados de saúde devem ser realizados pelos médicos de atenção primária de acordo com os critérios clínicos e em formulários específicos.
- 13) Referência do paciente. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente número da solicitação no SISREG.
- 14) Ouvidoria. O diretor/gerente se comprometerá a cada primeira semana de cada mês reunir as lideranças locais para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações.
- 15) Ouvidoria. Recomenda-se a divulgação do telefone 1746, para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se uma opinião, elogio, crítica ou sugestão de melhoria da unidade.

SERVIÇOS DE APOIO ESPECIALIZADOS ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA / NÚCLEOS DE APOIO AO 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) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem.

A modalidade NASF 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 NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua);

Poderão compor os Serviços de Apoio Especializado à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro de acordo com o perfil epidemiológico 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 contar 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 o Saúde da Família, NASF, 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.

A.2.2. Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública

A.2.2.1. Objetivo

Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade.

A.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 um Programa de 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 encaminhando 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 será 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 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 Serviços de Laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo;

A.2.3. 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, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.
- Atenção ao Usuário:
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.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.

A.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 médicos, 01 enfermeiros, 01 técnicos (ou auxiliar) de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 agentes 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 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 setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a 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 ficar responsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

**ANEXO TÉCNICO E
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE
SAÚDE AP-5.1**

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS
B.1.1. Responsabilidade no Acompanhamento
B.1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)
B.1.3. Composição
B.1.4. Funções
B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
B.2.1. Aspectos Básicos Organizacionais
B.2.2. Boa Prática Clínica
B.2.3. Atenção ao Usuário
B.2.4. Articulação com Outros Níveis Assistenciais – Referência e contra referência
B.2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. Aspectos gerais
B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS
B.3.3. Parte variável 02 - incentivo à qualificação das unidades de saúde
B.3.3.1. Parâmetros de valores de metas para 1º ano de contrato – Parte Variável 02
B.3.3.1.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com a Unidade de Saúde – Parte Variável 02
B.3.3.1.2. Monitoramento dos Indicadores (parte variável 02)
B.3.3.1.3. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário
B.3.4. Parte variável 03 – incentivo à gestão da clínica
B.3.4.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – Parte variável 03
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1. Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde
B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos
B.4.1.2. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal
B.4.1.6. SISCAN - Sistema de Informação sobre Câncer
B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações
B.4.1.9 SISREG – Sistema Nacional de Regulação

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio 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, 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.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ 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 será criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

B.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.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 06 membros titulares e 02 suplentes, assim definido:

Titulares

- a) 03 representantes da S/SUBPAV/CAP

- b) 01 representantes da S/SUBPAV
- c) 02 representantes da S/SUBG

Suplentes

- d) 1 representante da S/SUBPAV/CAP
- e) 1 representante da S/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplentes, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

Sempre que necessário, outros 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.

B.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares 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 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 ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes a 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.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.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 de Janeiro;
- 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).

B.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/RJ:

- 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.

B.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;

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará 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.

B.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 – Rio de Janeiro.

B.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 no 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, premiando 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.

B.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 ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão 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 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 estiver gerando os indicadores e enviando-os por e-mail mensalmente aos profissionais.

Na fase de implementação não são avaliados os indicadores, primeiro trimestre do Contrato de Gestão.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a 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 saúde.
- Parte variável 03 – incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

B.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. 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 3.1.1 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2% do % do valor referente a soma do valor das rubricas “Equipe de Saúde da Família” + “Serviço de Apoio especializado/NASF”, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro 3.1.1

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 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 a OSS desde que 100% de equipes de saúde da família completas, no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 1%. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas) implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% de ESF completas, no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 0,5%. O 1,5% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

(iii) cumprimento de menos de 60% (ou 60 a 79% mas com ESF incompletas) das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

Para equipe de saúde da família incompleta, considera-se apenas as equipes de saúde da família cadastradas no SCNES no período de análise até o último dia de análise para a CTA, independente da justificativa da OSS.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante

da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.

de indicadores da PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS.

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	(N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	95%	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.
			_____ x 100				
			(D) Nº de unidades com equipes de Saúde da Família				
			_____ x 100				
			_____ x 100				
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	(N) Nº de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%	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 CNES e de código de equipe INE 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 CNES pelo número do CPF dos profissionais.
			_____ x 100				
			(D) Nº de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário				
			_____ x 100				
			_____ x 100				
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	Nº de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da área de planejamento	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.
			_____ x 100				
			(D) Nº de consultórios assistenciais nas unidades da área de planejamento				
			_____ x 100				
			_____ x 100				
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	(N) Nº de declarações de abastecimento adequado	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	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 percentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.
			_____ X 100				
			(D) nº de unidades recebendo apoio a gestão				
			_____ X 100				
			_____ X 100				
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	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.
			_____ X 100				
			(D) Nº total de unidades na área				
			_____ X 100				
			_____ X 100				

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	(N)	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês.
			Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário				O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da CCGOS.
			_____ X100				O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
			(D)				
			Nº total de unidades na área				
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	(N)	Protocolo de envio de email pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB.
			Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade				O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde, seus CPFs, por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por email; o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.
			_____ X100				
			(D)				
			Nº total de profissionais de ESF e ESB na área				
8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N)	Prestação de contas	Trimestral	Máx.7%	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses.
			Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS x100				
			(D)				
			Valor total gasto no trimestre				
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou SMS	(N)	Prestação de contas	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens pré estabelecidos em lista padrão.
			Total itens comprados abaixo da média				Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens.
			_____ X 100				
			(D)				
			Total de itens adquiridos				
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)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens pré estabelecidos em lista padrão.
			Nº de itens (*) fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise				
			_____ X 100				
			(D)				
			Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32)				

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
11	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Max R\$ 51,78	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para prescrição de medicamentos, mesmo os não REMUME.
			Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses				* todos os prontuários devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME
			(REMUME e não REMUME)				
			(D)				
12	Valor médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Max R\$ 41,80	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para solicitação de exames.
			Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF				* as OSS devem estimular que os profissionais utilizem o PEP para os encaminhamentos e que não o façam a mão;
			(fonte valores tabela SIGTAP)				
			(D)				
13	Proporção de abandono de Tuberculose	Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período	(N)	SINAN	Trimestral	Máx. 10%	RIPSA (2008)
			Nº pacientes com Tuberculose encerrados como abandono na área no período em análise				
			X100				
			(D)				
14	Taxa de Sífilis Congênita	Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área	(N)	SINAN	Trimestral	Máx. 0%	RIPSA (2008)
			Nº recém-natos com dx de sífilis congênita na área nos 3 meses anteriores ao período em análise				
			X100				
			(D)				
15	Proporção de Consultas Pré-natal com mais de 6 consultas	Proporção de pré-natal com 6 ou mais consultas	(N)	SINASC	Trimestral	80%	Considerar consultas de pré-natal médico e/ou enfermeiro.
			Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise				
			X100				
			(D)				
			(N)				
			Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses				

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
16	Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais)	(N)	PEP	Trimestral	90%	*Considerar total de cadastros ficha A com microáreas identificadas (01 a 06). *Na própria unidade de saúde é possível pela internet realizar o registro de CPF para os pacientes no site da receita federal. Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas (01 a 06). Excluir os CPFs inválidos e duplicados.
			Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais				
			_____X100				
			(D)				
17	Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos)	(N)	PEP	Trimestral	90%	*DNV – é o número da Declaração de Nascido Vivo. *Considerar total de cadastros ficha A. - Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas.
			Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV para pessoas menores de 16 anos				
			_____X100				
			(D)				
18	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	(N)	CNES	Trimestral	Máx 15%	* forma clássica de cálculo do turnover número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos * consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB *para substituição consideram-se demissões, transferências, substituições por licença
			(Nº de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos)/2				

			(D)				
19	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do <u>Cartão Família Carioca</u> com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do	(N)	Portal BF/	Trimestral	100%	* A relação de beneficiários é atualizada a cada 6 meses e é enviada pela S/SUBPAV/SAP. * para o cálculo, considera-se essa relação de beneficiários enviada. Não são permitidas novas inclusões ou exclusões a partir das equipes.
			Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados	SUBPAV			

			(D)				
20	Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB	Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como 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. (**)
			Nº de escolas que receberam alguma ação de saúde no		(considerar apenas meses letivos das		
			_____X 100				
			(D)				
			Total de escolas da área				

(*) entende-se como outros postos de trabalho, sala imunização, acolhimento mãe-bebê, sala da criança, sala da mulher, sala de hipertensão e diabetes, recepção (1 computador por equipe), sala de procedimentos, sala dos ACS e AVS (1 computador por equipe), farmácia, sala de administração, sala raio X (se houver) e sala ultrassonografia (se houver);

*(**) para o denominador que representa o número de alunos em escolas e creches públicas, o prontuário eletrônico deve disponibilizar um cadastro de escolas e creches na área de abrangência, com as informações do número de alunos, endereço do estabelecimento e equipes de SF e de SB que estão vinculadas com ações de saúde;*

*(***) considerando que a responsabilidade de compra de medicações não cabe às OSS, deve-se avaliar se há condições (estrutura, treinamento, etc.) para a dispensação, além de solicitação regular da medicação bem como a dispensação propriamente dita; Caso tenham sido garantidas as condições acima e a SMS não tiver enviado a medicação por qualquer motivo, esse indicador não se aplica.*

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação online pela OSS a S/SUBPAV.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OS 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 de Janeiro 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.

B.2.1. PARTE VARIÁVEL 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá $3 \times 3.000 = 9.000$ /trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, $8 \times 3.000 = 24.000$ /trimestre. Caso uma das equipes não obtenha o cumprimento das metas na variável 2, nenhuma equipe da unidade receberá o valor.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme caixa a seguir) ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”, devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico, conforme Quadro a seguir.

Quadro de indicadores da Parte variável 02 – incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família
- A2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e dentistas)
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos
- A5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados
- A6. Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos
- D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
- D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses
- D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos
- D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos
- D6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
- D7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias
- D8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamento iniciado (acumulativo para os últimos 12 meses)
- D9. Proporção de kits de saúde bucal (kits familiares) distribuídos para famílias com vulnerabilidade social

Para o item “D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos” e “D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos” a atualização cadastral deve ser interpretada de acordo com os registros de resultados de vacinação dos pacientes no PEP. Não será permitida interpretação binária (sim ou não) dos profissionais quanto à atualização vacinal. Ou seja, uma vez constando que a pessoa está com calendário vacinal atualizado, ou em dia, todos os registros de vacinas com base no calendário vacinal oficial do Município devem estar registrados para aquele paciente.

S) Satisfação dos Pacientes

S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMS)

E) Eficiência

E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário

E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,

E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME

E4. Percentagem de pacientes encaminhados

E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG

B.2.1.1. 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

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
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	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 90%	
			(D) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade				
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	(N) Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe _____ X 100	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%	Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio.
			(D) Nº total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe				Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	(N) Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB) _____ X 1.000	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo	Contar todas as VDs para: Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs.
			(D) nº de cadastrados na área da equipe			230/1.000 (sem SB)	
						OU 260/1.000 (com SB)	

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

A4	Acesso	Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	(N) Nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Minimo	Contar todas as atividades em grupos de: Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB. Considerar para 3 meses: 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB
			_____ X 1.000			6/1.000 (sem SB)	
			(D) Total de cadastrados na área da equipe			OU	
						12/1.000	
						(com SB)	
A5	Acesso	Taxa de itens da Carteira de Serviços implementados	(N) Nº de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB _____ X 100	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Minimo 80%	O prontuário deve gerar automaticamente a informação a partir do registro de atividades das equipes para a maior parte dos itens da carteira de serviço. Os itens que não forem possíveis devem ser cadastrados no prontuário pelo gerente/diretor da unidade no módulo de cadastro da unidade (ex. se tem maleta de emergência, se tem responsável técnico, se tem receituário azul, etc).
			(D) Total de ações da carteira de serviços				
A6	Acesso	Percentagem de consultas agenda das não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	(N) Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico _____ X 100	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Minimo 5%	Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro"). As consultas agendadas não presencialmente pelas modalidades acima devem entrar no cálculo. Caso seja agendada pela plataforma, essa informação deve ser registrada automaticamente. *Todo prontuário deve ter uma plataforma web que possibilite aos pacientes agendarem consultas com os profissionais das equipes.
			(D) total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizados no mês pelas ESF e ESB da unidade				

INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTES	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
D1	Desempenho Assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Para o cálculo do indicador, considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x). Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando nº de procedimentos.
			Nº 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				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de mulheres entre 25 a 64 anos de sua equipe, com a idade, data do último exame colpocitológico, o número de exames nos últimos 3 anos e a data prevista para próximo exame, o endereço e os telefones. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
			_____ X 100				
			(D)				
D2	Desempenho Assistencial	% de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe. Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o
			Nº de diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, endereço e telefone.
			_____ X 100				
			(D)				
D3	Desempenho Assistencial	% de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe. Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o nº de hipertensos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro).
			Nº de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de hipertensos de sua equipe, com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, PA última consulta, endereço e telefone.
			_____ X 100				
			(D)				
			(D)				
			Nº total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe				

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

D4	Desempenho Assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos	(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas. * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.
			_____ X 100				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 2 anos de sua equipe, com a situação vacinal (“em dia” ou “atrasada”), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
			(D)				
			Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe				
D5	Desempenho Assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 6 anos	(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas. * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.
			_____ X 100				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 6 anos de sua equipe, com a situação vacinal (“em dia” ou “atrasada”), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
			(D)				
			Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe				
D6	Desempenho Assistencial	% de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Considerar todas as gestantes da equipe em acompanhamento na unidade no período de análise (3 meses).
			_____ X 100				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes gestantes de sua equipe, com a data da última consulta, nº de consultas realizadas, semana gestacional 1ª da consulta, data prevista do parto, endereço e telefone.
			(D)				
			Nº total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe				
D7	Desempenho Assistencial	% de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses).
			_____ X 100				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes recém nascidos até 28 dias de sua equipe com a data da última consulta, data do parto, nome da puerpera, endereço e telefone.
			(D)				
			Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe				

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

D8	Desempenho Assistencial	Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários que iniciaram tratamento	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	Mínimo 80%	* Considerar a possibilidade de a ESB registrar "alta por abandono".
			Nº de altas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses				* Incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.
			_____ X 100				* Considera-se "alta por abandono" o paciente que se mudou ou que não pertence mais a lista de inscritos na unidade, ou seja, que não mais pertence à área de abrangência da unidade.
			(D) total de usuários que iniciaram o tratamento nos últimos 12 meses (considerar 6 meses se nova unidade de saúde)				
D9	Desempenho Assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulada por cada equipe de SF e/ou SB (validada pela gerência e a CAP).
			Nº de "kits familiares" distribuídos pelos ACS ou Equipe de SB				* O registro de vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família.
			_____ X 100				
			(D) total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área da equipe de SF				Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pessoas com vulnerabilidade social de sua equipe, número da microárea, número da família, se recebe bolsa família, NIS, data última consulta, endereço e telefone.

INDICADORES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTES	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
S1	Satisfação dos usuários	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Questionário padronizado pela SMS..Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 5% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquérito de satisfação com identificação por CPF.
			Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde				
			_____ X 100				
			(D) total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise				

INDICADORES E EFICIÊNCIA

	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita. * Deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição a quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade. * Todos os prontuários devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME.
			Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)		(a partir do 4º mês da Clínica)		
			_____		R\$ 51,78		
			(D)				
			nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses				
			(com prescrição + sem prescrição)				
E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido solicitado exame ou não. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames/procedimentos. * Deve permitir detalhar os pacientes, o exame/procedimento que foi solicitado e o custo do exame/procedimento. * Deve permitir registrar o resultado do exame e a data da realização do mesmo.
			Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe	(*tabela SIGTAP como parâmetro)	(a partir do 4º mês da Clínica)		
			(fonte valores tabela SIGTAP)				
			_____		R\$ 41,80		
			(D)				
			nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses				
E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%	* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe. Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes; * As OSS devem estimular que os profissionais utilizem o PEP para as prescrições e que não o façam a mão;
			Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses,				
			_____ X 100				
			(D)				
	Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses						

E4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 10%	* Deve-se permitir gerar relatório por profissional das especialidades mais encaminhadas.
			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 serviço/especialidade				
			_____ X 100				
E5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	(D)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 30%	* Deve-se permitir registrar se o paciente compareceu à consulta ao especialista com a data da consulta para cada encaminhamento.
			Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses				
			_____ X 100				
			(N)				* O prontuário deve permitir aos administrativos da unidade ou a qualquer outro componente da equipe, registrar o resultado dos exames ou contra-referência de encaminhamento. Deve permitir ainda registrar o não comparecimento à consulta de especialidade via SISREG ou a exame.
			Nº de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses				
			_____ X 100				
			(D)				* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes com encaminhamento ou solicitação de exames sem registro de resultado ou de falta pelo SISREG.
			Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses				
			_____ X 100				

(*) Valores de referência. Para a avaliação serão consideradas as metas pactuadas pelas Equipes

B.2.1.2 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.

B.2.1.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as APs. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um casemix pré-estabelecido pela SMS.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remetê-lo a 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 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 CTAs 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, 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.

B.2.1.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário

A satisfação dos usuários 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 Coordenação de Área de Planejamento 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;

B.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 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do Trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

A quantidade de UCs 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 na Estratégia Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal nº 30.780 de 2009).

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária da SMS.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

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 UCs 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 (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado), 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 (valores e equipe 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	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	Nº DE UC NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE (R\$)
3210	AAAAAAAAAAAA	MÉDICO	R\$	200	R\$ 20%
3210	BBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$	200	R\$ 20%
3210	CCCCCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$	200	R\$ 20%
3210	DDDDDDDDDD	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	EEEEEEEEEEEE	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	FFFFFFFFFFFFFF	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	GGGGGGGGGG	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	HHHHHHHHHH	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	IIIIIIIIIIIIII	ACS	R\$	200	R\$ 20%

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 três ESF

EQUIPE DE SF	UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA eSF	UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA eSB
A	100UC	=100 x 33,33% = 33 UC
B	200UC	=200 x 33,33% = 67 UC
C	300UC	=300 x 33,33% = 100 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 200 UC

Neste exemplo, a quantidade de UC no trimestre para a ESB foi de 200 UC, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2: cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	N de UC no TRIMESTRE	VALOR R\$ NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$	200	R\$ 20%
BBBBBBBBBBBB	TSB	R\$	200	R\$ 20%
CCCCCCCCCCCC	ASB	R\$	200	R\$ 20%

B.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 Superintendência de Atenção Primária – 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 em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	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	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10

descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO	01
PLANEJAMENTO FAMILIAR I Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]: uma mulher em idade fértil, por ano A. Sexo feminino. B. Ter entre [15; 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, 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 registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
02	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU PRÉ-OPERATÓRIO PARA VASECTOMIA OU LAQUEADURA	03
PLANEJAMENTO FAMILIAR II Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e (H ou I): uma mulher em idade fértil, por ano A. Sexo feminino. B. Ter entre [15; 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, 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 registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.

H. Consulta médica com a inserção de DIU.

I. Preparação para esterilização masculina ou feminina (aconselhamento, atividade educativa, com consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08
SAÚDE MATERNA: Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]: A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrada no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual). B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério". C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[de gestação. D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 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. F. Usuária deve estar cadastrada na equipe. G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana - [0; 39[de gravidez. H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV realizado até a 24ª semana de gestação [24]. I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada a equipe, não se considera este item. * toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário. * para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
04	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO	06
SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e 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 28º dia de vida [0, 28 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. Podem ser realizados 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 (realizado entre 4º e 7º dias de vida) e realização do 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 equipe ESB. J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
05	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO	04
SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e 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 acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) 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 prontuário eletrônico,

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 AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
06	O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO	06
DIABETES Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K]: A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas. B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses. C. Ter realizado pelo menos duas consultas médicas 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 inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, F. Ter pelo menos uma visita do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. G. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5) E colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) E triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizados 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). J. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.		

K. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

L. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
07	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO	02
HIPERTENSÃO Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E 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 ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. C. Ter pelo menos 2 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 inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg. D. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5), colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) e triglicerídeos (código 02.02.01.067-8) realizados 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 tabagismo no prontuário). F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08
TUBERCULOSE Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:		

- A. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o paciente acompanhado.
- B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas 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) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
- I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.
- (*) O SINAN deve estar disponível no site subpav.org.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENÍASE	10
HANSENIASE Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]: A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico. B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas 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. 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) registrado pelo 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 AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
10	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TABAGISTA, ALCOOLISTA E OUTRAS DROGAS	04
Paciente Tabagista, Alcoolista ou outras drogas Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]: A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool. B. Ter diagnóstico de tabagismo. C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc). D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas 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 (para tabagismo não se aplica). 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) registrado pelo CD, TSB ou ASB. K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista). * Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC. ** Se o paciente for tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
11	AS EQUIPES COM ALUNOS DE GRADUAÇÃO (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	10
EDUCAÇÃO EM SAÚDE A equipe recebe o número fixo de 10 UC no mês caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
12	AS EQUIPES COM RESIDENTES (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	20
EDUCAÇÃO EM SAÚDE A equipe recebe o número fixo de 20 UC no mês caso tenha registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
13	AS EQUIPES QUE ADERIRAM AO PMAQ (PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA)	10
PMAQ A equipe recebe o número fixo de 10 UC no mês caso a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.		

B.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/RJ, 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/RJ 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 saúde, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- 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 de Janeiro.

B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

B.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 saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS 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 (DN) (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/DN”.

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 unidade de saúde, 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 saúde. 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 hors.

Os PEPs 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 de citopatológico.

Além disso o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrão da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc.);

Os PEPs 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. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;
3. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município;
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.
9. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório.
10. CPF como campo obrigatório.

B.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.

B.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).

B.4.1.4. – SIAB – Sistema de Informação da 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 disponível: 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 AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR), de Atenção 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.

B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

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.

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

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 (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.

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.

B.4.1.7. 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 constituem 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.

B.4.1.8. 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/RJ 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.

B.4.1.9. 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 do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família 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 E DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		MÊS 01		MÊS 02		MÊS 03		MÊS 04		MÊS 05	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 11.589.180,81		R\$ 11.589.180,81		R\$ 11.589.180,81		R\$ 11.589.180,81		R\$ 11.589.180,81
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 727.234,25		R\$ 727.234,25		R\$ 727.234,25		R\$ 727.234,25		R\$ 727.234,25
c1) RH - CAPS		1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 312.964,08		R\$ 312.964,08		R\$ 312.964,08		R\$ 312.964,08		R\$ 312.964,08
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D			R\$ 12.629.379,14		R\$ 12.629.379,14		R\$ 12.629.379,14		R\$ 12.629.379,14		R\$ 12.629.379,14
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês								R\$ 246.328,30		R\$ 246.328,30	
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre							R\$ 151.000,00		R\$ 151.000,00	
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários s-base de uma equipe (R\$)							R\$ 633.119,47		R\$ 633.119,47	
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 12.629.379,14		R\$ 12.629.379,14		R\$ 12.629.379,14	R\$ 13.659.826,92		R\$ 13.659.826,92	

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		MÊS 06		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Família (*)	nº de equipes	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Protese Dentaria	nº de equipes	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00
A) Equipes de Saúde da Família		R\$	11.589.180,81	R\$	11.589.180,81	R\$	11.589.180,81	R\$	11.589.180,81	R\$	11.589.180,81
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$	727.234,25	R\$	727.234,25	R\$	727.234,25	R\$	727.234,25	R\$	727.234,25
c1) RH - CAPS		1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$	312.964,08	R\$	312.964,08	R\$	312.964,08	R\$	312.964,08	R\$	312.964,08
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D		R\$	12.629.379,14	R\$	12.629.379,14	R\$	12.629.379,14	R\$	12.629.379,14	R\$	12.629.379,14
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês		R\$	246.328,30	R\$	246.328,30	R\$	246.328,30	R\$	246.328,30	R\$	246.328,30
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre	R\$	151.000,00	R\$	151.000,00	R\$	151.000,00	R\$	151.000,00	R\$	151.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)	R\$	633.119,47	R\$	633.119,47	R\$	633.119,47	R\$	633.119,47	R\$	633.119,47
I) Total (I) = (E+F+G+H)		R\$	13.659.826,92	R\$	13.659.826,92	R\$	13.659.826,92	R\$	13.659.826,92	R\$	13.659.826,92

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		MÊS 11		MÊS 12		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Família (*)	nº de equipes	151	R\$ 131.026,26	151	R\$ 131.026,26	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	151	R\$ 524.105,02	151	R\$ 524.105,02	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	151	R\$ 8.071.089,53	151	R\$ 8.071.089,53	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	151	R\$ 2.017.813,00	151	R\$ 2.017.813,00	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Protese Dentaria	nº de equipes	151	R\$ 694.147,00	151	R\$ 694.147,00	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	151	R\$ 151.000,00	151	R\$ 151.000,00	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00
A) Equipes de Saúde da Família		R\$	11.589.180,81	R\$	11.589.180,81	R\$	14.377.875,41	R\$	14.377.875,41	R\$	14.377.875,41
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 715.234,25	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.000,00	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$	727.234,25	R\$	727.234,25	R\$	752.687,45	R\$	752.687,45	R\$	752.687,45
c1) RH - CAPS		1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 207.174,32	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 88.230,19	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 17.559,57	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$	312.964,08	R\$	312.964,08	R\$	323.917,82	R\$	323.917,82	R\$	323.917,82
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D		R\$	12.629.379,14	R\$	12.629.379,14	R\$	15.454.480,68	R\$	15.454.480,68	R\$	15.454.480,68
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês		R\$	246.328,30	R\$	246.328,30	R\$	302.611,26	R\$	302.611,26	R\$	302.611,26
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre	R\$	151.000,00	R\$	151.000,00	R\$	181.000,00	R\$	181.000,00	R\$	181.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários s-base de uma equipe (R\$)	R\$	633.119,47	R\$	633.119,47	R\$	785.466,47	R\$	785.466,47	R\$	785.466,47
I) Total (I) = (E+F+G+H)		R\$	13.659.826,92	R\$	13.659.826,92	R\$	16.723.558,41	R\$	16.723.558,41	R\$	16.723.558,41

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18		MÊS 19		MÊS 20	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Família (*)	nº de equipes	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 14.377.875,41		R\$ 14.377.875,41		R\$ 14.377.875,41		R\$ 14.377.875,41		R\$ 14.377.875,41
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 752.687,45		R\$ 752.687,45		R\$ 752.687,45		R\$ 752.687,45		R\$ 752.687,45
c1) RH - CAPS		1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D			R\$ 15.454.480,68		R\$ 15.454.480,68		R\$ 15.454.480,68		R\$ 15.454.480,68		R\$ 15.454.480,68
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 302.611,26		R\$ 302.611,26		R\$ 302.611,26		R\$ 302.611,26		R\$ 302.611,26
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre		R\$ 181.000,00		R\$ 181.000,00		R\$ 181.000,00		R\$ 181.000,00		R\$ 181.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)		R\$ 785.466,47		R\$ 785.466,47		R\$ 785.466,47		R\$ 785.466,47		R\$ 785.466,47
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 16.723.558,41		R\$ 16.723.558,41		R\$ 16.723.558,41		R\$ 16.723.558,41		R\$ 16.723.558,41

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS								TOTAL
		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Família (*)	nº de equipes	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99	181	R\$ 162.554,99	R\$ 3.522.974,97
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96	181	R\$ 650.219,96	R\$ 14.091.899,87
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85	181	R\$ 10.013.228,85	R\$ 217.011.820,62
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61	181	R\$ 2.503.357,61	R\$ 54.254.047,26
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentaria	nº de equipes	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00	181	R\$ 861.179,00	R\$ 18.663.911,94
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00	181	R\$ 187.335,00	R\$ 4.060.020,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 14.377.875,41		R\$ 14.377.875,41		R\$ 14.377.875,41		R\$ 14.377.875,41	R\$ 311.604.674,66
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45	12	R\$ 740.267,45	R\$ 17.466.020,39
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00	12	R\$ 12.420,00	R\$ 293.040,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 752.687,45		R\$ 752.687,45		R\$ 752.687,45		R\$ 752.687,45	R\$ 17.759.060,39
c1) RH - CAPS		1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	R\$ 5.059.196,89
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	R\$ 2.154.581,24
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	R\$ 428.804,70
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82	R\$ 7.642.582,83
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ -
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D			R\$ 15.454.480,68		R\$ 15.454.480,68		R\$ 15.454.480,68		R\$ 15.454.480,68	R\$ 337.006.317,88
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 302.611,26		R\$ 302.611,26		R\$ 302.611,26		R\$ 302.611,26	R\$ 5.848.289,80
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/ trimestre		R\$ 181.000,00		R\$ 181.000,00		R\$ 181.000,00		R\$ 181.000,00	R\$ 3.531.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)		R\$ 785.466,47		R\$ 785.466,47		R\$ 785.466,47		R\$ 785.466,47	R\$ 15.123.672,89
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 16.723.558,41		R\$ 16.723.558,41		R\$ 16.723.558,41		R\$ 16.723.558,41	R\$ 361.509.280,56

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

Resumo Financeiro:	Valor
1º ano	R\$ 160.826.579,66
2º ano	R\$ 200.682.700,90
Total	R\$ 361.509.280,56

Impacto Orçamentário:	Valor
Exercício Orçamentário de 2021	R\$ 133.506.925,83
Exercício Orçamentário de 2022	R\$ 194.555.237,91
Exercício Orçamentário de 2023	R\$ 33.447.116,82
Total	R\$ 361.509.280,56

	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS											
		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Equipes de Saúde da Família													
Apoio a Gestão da CAP - Saude da Família(*)	nº de equipes	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	nº de equipes	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Sistemas de Informação / Prontuário eletrônico	nº de equipes	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)													
Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
RH - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contratos e Consumo - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Apoio a gestão CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

EDITAL E ANEXOS – SMS – RIO DE JANEIRO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – (AP) 5.1

	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS											
		MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24
Equipes de Saúde da Família													
Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	nº de equipes	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181
Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	nº de equipes	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181
Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181
Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181
Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181
Sistemas de Informação / Prontuário eletrônico	nº de equipes	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181
Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)													
Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
RH - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contratos e Consumo - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Apoio a gestão CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	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 à 5% 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:

CARGO	TIPO DOS CARGO	TETO SALARIAL DO CARGO	QUANTIDADE POR CARGO
Presidente/Diretores/ Superintendentes	GEI-1 (Gestão Executiva Indireta - Nível 1)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	5 vezes o valor de 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Coordenadores/ Assessores	GEI-2 (Gestão Executiva Indireta - Nível 2)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	7 vezes o valor de 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Gerentes	GEI-3 (Gestão Executiva Indireta - Nível 3)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	10 vezes o valor de 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal

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 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 011/2021

(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 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 011/2021

(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 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 011/2021

(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 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 009/2021

(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 - CNPJ nº ____.

[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 CP 009/2021

(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 CP 009/2021

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 CP 009/2021

(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 CP 011/2021

(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)