Proc. Administrativo 1.580/2022

De: Carla S. - SMS-ADM

Para: SMA-LC-ALT - Alterações Contratuais e Outros/Aditivos - A/C Bianca N.

Data: 24/01/2022 às 16:16:50

Setores envolvidos:

GP, GP-AJ, SMA-PGM, SMS-ADM, SMA-LC-ALT

ADITIVO CONTRATO CPVN E REABILITAR

Vimos por meio deste, solicitar aditivo de meta e prazo de 12 (doze) meses aos contratos abaixo, Inexigibilidade nº 04/2021, a partir do vencimento em 26/01/2022.

contrato nº 25/2021 - CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA.

contrato nº 26/2021 - CLINICA REABILITAR LTDA.

Justificativa: O aditivo se faz necessário pela necessidade de manter os serviços de fisioterapia ao usuários do SUS.

Atenciosamente

–

Carla Rosângela Buratto Schroeder
Diretora Dpto. Administrativo

Anexos:

CND_Federal_Clinica_Reabilitar.pdf
CND_Federal_CPVN.pdf
CND_FGTS_Clinica_Reabilitar.pdf
CND_FGTS_CPVN.pdf
CND_Trabalhista_Clinica_Reabilitar.pdf
CND_Trabalhista_CPVN.pdf
Concordancia_Reabilitar_e_CPVN.pdf
CONT_25_C_P_V_N_CLINICA_DE_FISIOTERAPIA_LTDA_ME.pdf
CONT_26_CLINICA_REABILITAR_LTDA.pdf

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: CLINICA REABILITAR LTDA
CNPJ: 07.812.956/0001-37

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <http://rfb.gov.br> ou <http://www.pgfn.gov.br>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 14:32:29 do dia 30/10/2021 <hora e data de Brasília>.
Válida até 28/04/2022.
Código de controle da certidão: **F36D.2FFC.4156.4D5B**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA
CNPJ: 10.693.098/0001-63

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <http://rfb.gov.br> ou <http://www.pgfn.gov.br>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 06:52:50 do dia 29/07/2021 <hora e data de Brasília>.
Válida até 25/01/2022.
Código de controle da certidão: **69D8.53D2.5815.91E5**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Voltar Imprimir

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 07.812.956/0001-37
Razão Social: CLINICA REABILITAR LTDA ME
Endereço: R VEREADOR ROMEU LAURO WERLANG 479 / CENTRO / FRANCISCO BELTRAO / PR / 85601-020

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 21/01/2022 a 19/02/2022

Certificação Número: 202201210451570667077 8

Informação obtida em 21/01/2022 14:56:00

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

Voltar Imprimir

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 10.693.098/0001-63
Razão Social: CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA ME
Endereço: R VEREADOR ROMEU LAURO WERLANG 1584 / CENTRO / FRANCISCO BELTRAO / PR / 85601-020

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 08/01/2022 a 06/02/2022

Certificação Número: 2022010803000842512806

Informação obtida em 21/01/2022 14:54:50

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CLINICA REABILITAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 07.812.956/0001-37
Certidão nº: 2440324/2022
Expedição: 21/01/2022, às 14:59:06
Validade: 19/07/2022 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA REABILITAR LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **07.812.956/0001-37, NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE
Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 10.693.098/0001-63
Certidão nº: 2438729/2022
Expedição: 21/01/2022, às 14:52:01
Validade: 19/07/2022 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **10.693.098/0001-63, NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE
Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

PREFEITURA DE FRANCISCO BELTRÃO
O MELHOR DAQUI É A NOSSA GENTE!

Ofício 206/2022

Acompanhe via internet em **https://franciscobeltrao.1doc.com.br/atendimento/** usando o código: 740.197.113.705

Carla S. SMS-ADM

Destinatário
CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA.
fisiovida.fisio@hotmail.com

CC

1 setor envolvido
SMS-ADM
15/01/2022 08:26

Renovação de Contrato de Fisioterapias

Vimos por meio deste, informar que seu contrato de fisioterapias com o Município de Francisco Beltrão vence em 26/01/2022.

Para tanto, gostaria de confimar se podemos aditivar para mais 12 meses.

Aguardo confirmação.

Atenciosamente

–
Carla Rosângela Buratto Schroeder
Diretora Dpto. Administrativo

Quem já visualizou? 1 pessoa

Visto 4 vezes

15/01/2022 08:26:36	Carla Rosângela Buratto Schroeder SMS-ADM assinou digitalmente **Ofício 206/2022** com o certificado **CARLA ROSÂNGELA BURATTO SCHROEDER** CPF **880.XXX.XXX-15** conforme MP nº 2.200/2001 .
15/01/2022 08:26:36	E-mail para **fisiovida.fisio@hotmail.com, reabilitarterapiasintegradas@yahoo.com.br** E-mail entregue, lido, clicado
15/01/2022 08:27:02	Carla Rosângela Buratto Schroeder SMS-ADM **arquivou**.

Tramitação 1-206/2022
15/01/2022 22:39
(Respondido)

CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA.
fisiovida.fisio@hotmail.com

Olá. Estamos de acordo com o Aditivo para o Contrato. Favor dar encaminhamento.

Att.
Dra. Claudia Piovezani da Veiga Niendicker
CPVN Clínica de Fisioterapia LTDA
Telefone: (46) 3055-2390

Este documento contém assinatura digital, realizada por **CARLA ROSÂNGELA BURATTO SCHROEDER** CPF **880.XXX.XXX-15**.
Para verificar a validade das assinaturas, acesse **https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/** e informe o código **F7EF-4CD6-E9A7-6432**

(via email)

Envolvidos internos acompanhando

CC

De: Prefeitura de Francisco Beltrão <notificacao@1doc.com.br>
Enviado: sábado, 15 de janeiro de 2022 09:26
Para: fisiovida.fisio@hotmail.com <fisiovida.fisio@hotmail.com>; reabilitarterapiasintegradas@yahoo.com.br <reabilitarterapiasintegradas@yahoo.com.br>
Assunto: Renovação de Contrato de Fisioterapias

Ofício 206/2022:

PREFEITURA DE FRANCISCO BELTRÃO O MELHOR DAQUI É A NOSSA GENTE!

Vimos por meio deste, informar que seu contrato de fisioterapias com o Município de Francisco

Beltrão vence em 26/01/2022.

Para tanto, gostaria de confimar se podemos aditivar para mais 12 meses.

Aguardo confirmação.

Atenciosamente

–
Carla Rosângela Buratto Schroeder
Diretora Dpto. Administrativo

Saiba como responder este Ofício

Acompanhar online »

Enviado e rastreado com 1Doc.

–
Para cancelar recebimento de comunicação de **Prefeitura de Francisco Beltrão** neste e-mail, clique aqui.

Quem já visualizou? 1 pessoa

Tramitação 2- 206/2022

17/01/2022 08:43 (Respondido)

CLINICA REABILITAR LTDA.
reabilitarterapiasintegradas@yahoo.com.br
(via email)

Envolvidos internos acompanhando

CC

Resposta ao oficio **Ofício 206/2022**

Venho através deste confirmar o interesse em aditivar para mais 12 meses o contrato de fisioterapias com o Município de Francisco.

Aguardo confirmação do recebimento

Grata pelo contato

Este documento contém assinatura digital, realizada por **CARLA ROSÂNGELA BURATTO SCHROEDER** CPF **880.XXX.XXX-15**.
Para verificar a validade das assinaturas, acesse **https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/** e informe o código **F7EF-4CD6-E9A7-6432**

Joeli Vedana

Em sábado, 15 de janeiro de 2022 08:26:44 BRT, Prefeitura de Francisco Beltrão <notificacao@1doc.com.br> escreveu:

Ofício 206/2022:

PREFEITURA DE FRANCISCO BELTRÃO O MELHOR DAQUI É A NOSSA GENTE!

Vimos por meio deste, informar que seu contrato de fisioterapias com o Município de Francisco

Beltrão vence em 26/01/2022.

Para tanto, gostaria de confimar se podemos aditivar para mais 12 meses.

Aguardo confirmação.

Atenciosamente

–
Carla Rosângela Buratto Schroeder
Diretora Dpto. Administrativo

Saiba como responder este Ofício

Acompanhar online »

Enviado e rastreado com 1Doc.

–
Para cancelar recebimento de comunicação de **Prefeitura de Francisco Beltrão** neste e-mail, clique aqui.

emissao_F7EF4CD6E9A764322403289B_oficio_206_2022_assinado_versaoImpressao.pdf (88,07 KB) 1 download

Quem já visualizou? 1 pessoa

Prefeitura de Francisco Beltrão - Rua Octaviano Teixeira dos Santos, 1000 - Centro, Francisco Beltrão - PR, 85601-030 Expediente Externo: 08:00h-12:00h / 13:30min-16:00h Expediente Interno: 16:00h-17:30min. • 1Doc • www.1doc.com.br
Impresso em 17/01/2022 14:05:13 por Carla Rosângela Buratto Schroeder - Diretora Dpto. Administrativo
“Motivação é a arte de fazer as pessoas fazerem o que você quer que elas façam porque elas o querem fazer.” - *Dwight Eisenhower*

Este documento contém assinatura digital, realizada por **CARLA ROSÂNGELA BURATTO SCHROEDER** CPF **880.XXX.XXX-15**.
Para verificar a validade das assinaturas, acesse **https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/** e informe o código **F7EF-4CD6-E9A7-6432**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Contrato de Prestação de Serviços nº 25/2021, que entre si celebram de um lado o município de FRANCISCO BELTRÃO e de outro lado a empresa C P V N CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME.

Pelo presente instrumento particular que firma de um lado, o município de FRANCISCO BELTRÃO, com sede na Rua Octaviano Teixeira dos Santos, nº 1000, estado do Paraná, inscrito no CNPJ/MF sob o n° 77.816.510/0001-66, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, senhor CLEBER FONTANA, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.762.969-21 e abaixo assinado, doravante designado CONTRATANTE e de outro, C P V N CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME, inscrita no CNPJ sob o nº 10.693.098/0001-63, com sede na Rua VEREADOR ROMEU LAURO WERLANG, 1584, CEP: 85601020 - CENTRO, na cidade de Francisco Beltrão/PR, doravante designada CONTRATADA, representada neste ato pela Senhora CLAUDIA PIOVEZANI DA VEIGA NIENDICKER, inscrita no CPF sob o nº 060.588.959-79, estando as partes sujeitas as normas da Lei 8.666/93 e suas alterações subseqüentes, ajustam o presente contrato em decorrência do Chamamento Público nº 012/2020 e da **inexigibilidade de licitação nº 04/2021**, no que dispõe a Constituição Federal em especial o artigo 196 da Seção II Da Saúde; na Lei n.º 8.080/90, na Lei Federal n.º 8.666/93, na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017, Portaria nº1034 de maio de 2010 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie, resolvem celebrar o presente contrato de Prestação de Serviços de procedimentos com finalidade de ATENDIMENTO AMBULATORIAL NA ÁREA DE FISIOTERAPIA de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS - SIGTAP, Resolução COFFITO nº 414/2012 (D.O.U. nº 99, Seção 1, 23/05/2012), mediante cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO, DOS VALORES DOS SERVIÇOS E DO VALOR CONTRATUAL

O presente instrumento tem por objeto integrar o Prestador no Sistema Único de Saúde e contratar serviço de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência, de acordo com seus atributos.
A população a ser atendida é a de usuários do Sistema Único de Saúde residentes em Francisco Beltrão na faixa etária de **0 a 130 anos**, oriundos das Unidades Municipais de Saúde, Hospital Regional do Sudoeste, Hospital São Francisco e a Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS).
O serviço de saúde deverá prestar atendimento fisioterapêutico ambulatorial aos usuários visando sua recuperação funcional e atendendo as limitações neurológicas, motoras, respiratórias, uroginecológicas, entre outras.

Parágrafo primeiro - A CONTRATADA deverá ofertar todas as modalidades de atendimentos previstos neste Contrato, será necessário realizar os seguintes procedimentos conforme Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP:

***0301010048** – Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada;

Realização dos procedimentos da Tabela SIGTAP do Grupo 03– Procedimentos Clínicos, Subgrupo 02 – Fisioterapia, sendo:

a) **Forma de Organização 01 - Assistência fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas códigos:**

- **0302010017** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas.
- **0302010025** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas.

b) **Forma de Organização 04 - Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais códigos:**

- **0302040021** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório sem Complicações Sistêmicas;

c) **Forma de Organização 05 – Assistência fisioterapêutica nas disfunções musculo esqueléticas (todas as origens) códigos:**

- **0302050019** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-operatórios nas Disfunções Músculo Esqueléticas;
- **0302050027** - Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras;

d) **Forma de Organização 06 - Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia códigos:**

- **0302060022** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais com Complicações Sistêmicas;

e) **Forma de Organização 07 – Assistência Fisioterapêutica em Queimados códigos:**

- **0302070036** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Sequelas por Queimaduras.

Parágrafo segundo - Os serviços serão remunerados de acordo com o valor da tabela SIGTAP SUS, indicados na tabela abaixo:

Item	Código	Descrição do serviço	Valor unitário R$
1	03.01.01.004-8	Consulta clínica de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada.	6,30
2	03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	6,35
3	03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (exceto pré e pós operatório).	4,67
4	03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado).	4,67
5	03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas.	6,35
6	03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	4,67
7	03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	6,35
8	03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67

Parágrafo terceiro – Os serviços se referem aos itens abaixo especificados e o **VALOR CONTRATUAL** é de **R$ 632.305,32(seiscentos e trinta e dois mil e trezentos e cinco reais e trinta e dois centavos).**

Item	Código	Descrição
1	75654	Serviços de fisioterapia dos lotes 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 e 08.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses e inicia-se a partir da data de assinatura do instrumento, prorrogáveis por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 meses de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n. º 8.666/93 e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

Parágrafo único
A prorrogação do contrato dar-se-á mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes e para cada período de prorrogação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor do recurso financeiro para a execução dos procedimentos de Fisioterapia será de até R$ 52.692,11 (cinquenta e dois mil, seiscentos e noventa e dois reais e onze centavos) mensais e o valor anual será de até R$ 632.305,32 (seiscentos e trinta e dois mil, trezentos e cinco reais e trinta e dois centavos), para o pagamento de todos os procedimentos executados em conformidade com a Tabela SIGTAP/SUS e o recurso do Incentivo Financeiro que será repassado de acordo com o percentual atingido nas metas quantitativas e qualitativas.

a) **O recurso financeiro será regulado da seguinte forma pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-FB):**

3.1. **A Produção Mensal:** é a realização dos procedimentos fisioterapêuticos vinculados a tabela SUS e que foram registrados através da biometria do usuário no prestador de serviços, caracterizando a produção de faturamento do mês;

3.2. A produção mensal do prestador credenciado será de até R$ 29.285,71 (vinte e nove mil, duzentos e oitenta e cinco reais e setenta e um centavos) e o valor anual de até R$ 351.428,52 (trezentos e cinquenta e um mil reais, quatrocentos e vinte e oito reais e cinquenta e dois centavos).

3.3. A cota financeira do prestador estará vinculada a infraestrutura operacional e aos recursos humanos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para a assistência SUS;

3.4. O quantitativo físico do prestador será de 344 consultas/mês e 4.132 procedimentos/mês.

3.5. O faturamento será processado pelo Sistema de Informações Ambulatorial (SIA/SUS) em conformidade com os valores da Tabela SIGTAP;

3.6. O repasse financeiro mensal dos procedimentos realizados, será contabilizado por meio do módulo informatizado disponibilizado pela Secretaria de Saúde ao prestador credenciado, este sistema utiliza a biometria dos usuários SUS para comprovação do procedimento realizado.

3.7. As metas quantitativas e qualitativas serão avaliadas mensalmente pela Secretaria de Saúde. Diante da avaliação, esta Secretaria irá repassar sobre a produção de cada prestador o valor de um Incentivo Financeiro Mensal;

3.8. **Incentivo Financeiro Municipal:** Terá como finalidade incrementar os valores referentes aos procedimentos fisioterapêuticos da Tabela SUS e permitir a medição da qualidade dos serviços prestados;

O valor mensal do incentivo será de até 80% sob a produção do prestador. Estando disponível o valor financeiro mensal máximo de até R$ 23.406,40 (vinte e três mil, quatrocentos e seis reais e quarenta centavos) e anual de até R$ 280.876,80 (duzentos e oitenta mil, oitocentos e setenta e seis reais e oitenta centavos).

O repasse do incentivo ao prestador ficará condicionado da seguinte forma:

a) 70% (setenta por cento) do valor integral condicionado ao cumprimento das metas quantitativas monitoradas pela Secretaria Municipal de Saúde. Distribuídos da seguinte forma: 10%(dez por cento) do valor do incentivo financeiro condicionado ao indicador produção física mensal de consultas e 60% (sessenta por cento) do valor do incentivo condicionado a produção física mensal de fisioterapias.

b) 30% (trinta por cento) do valor integral ao cumprimento das metas qualitativas monitoradas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único

Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo, excetuadas as hipóteses previstas no art. 65, §8º, da Lei 8.666/93, especialmente os reajustes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS concedidos pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DO REAJUSTE DE PREÇO

Os valores de referência à prestação dos serviços contratados seguem os valores estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP e estes serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde. O valor do incentivo financeiro não sofrerá reajuste até o final da contratação.

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta de recursos próprios do Município e do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, pelas dotações orçamentárias:

DOTAÇÕES				
Conta da despesa	Funcional programática	Fonte de recurso	Natureza da despesa	Grupo da fonte
5960	08.006.10.302.1001.2062	0	3.3.90.39.50.30	Do Exercício
5970	08.006.10.302.1001.2062	494	3.3.90.39.50.30	Do Exercício

CLÁUSULA SEXTA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pela **CONTRATADA**, situado à Rua Vereador Romeu Lauro Werlang, nº 1584, centro neste Município, sob a responsabilidade da (a) Claudia Piovezani da Veiga Niendicker, registrada no Conselho Regional de Fisioterapia sob nº Crefito 130312F

Parágrafo Primeiro
A eventual mudança de endereço do estabelecimento da **CONTRATADA** deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE,** por escrito, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança, ficando a **CONTRATANTE** habilitada a rever as condições deste contrato, assim como denunciá-lo, caso as alterações sejam julgadas em desacordo com o interesse público.

Parágrafo Segundo
A mudança de Responsável Técnico deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE,** por escrito, no prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança.

Parágrafo Terceiro
Os serviços ora contratados serão prestados por profissionais do estabelecimento **CONTRATADO**. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento:
I. Membro do corpo de PROFISSIONAIS da **CONTRATADA**;
II. PROFISSIONAL que tenha vínculo de emprego com **CONTRATADA**.

Parágrafo Quarto
Fica vedada a cobrança ao paciente ou seu acompanhante, pela **CONTRATADA,** de qualquer complementação dos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

Parágrafo Quinto
A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao usuário do SUS, ou a seu representante ou ao próprio SUS, por profissional empregado, em razão da execução deste contrato.

Parágrafo Sexto
Não poderá haver prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste contrato. O **CONTRATANTE** reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Secretaria Municipal da Saúde de Francisco Beltrão, como órgão gestor do SUS municipal, assim como das instâncias gestoras do SUS a nível estadual e federal, decorrente da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo específico ou de notificação dirigida a **CONTRATADA**.

Parágrafo Sétimo
É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE** ou para o Ministério da Saúde.

Parágrafo Oitavo
A **CONTRATADA** deverá manter sua equipe atualizada através de treinamentos e educação continuada.

Parágrafo Nono

A **CONTRATADA** deverá possuir rotinas escritas de funcionamento, que contemplem horário de funcionamento, direitos e deveres do paciente, atribuições de cada profissional, com suas responsabilidades. Estas rotinas deverão ter a ciência de todos os funcionários vinculados ao atendimento SUS e ser amplamente divulgadas aos seus pacientes e responsáveis.

Parágrafo Décimo

A **CONTRATADA** deverá realizar os atendimentos e encaminhamentos seguindo rigorosamente os procedimentos e prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo Décimo Primeiro

O paciente deverá ter Plano Fisioterapêutico Individual (registro de evolução da **avaliação inicial e da avaliação final do tratamento),** as informações devem estar registradas em prontuário único informatizado, sendo o módulo disponibilizado pelo **CONTRATANTE**.

Parágrafo Décimo Segundo

A Secretaria Municipal de Saúde avaliará mensalmente as metas estabelecidas bem como os indicadores de desempenho discriminados no **ANEXO I**, e diante de constatações/ irregularidades que desabonem a **CONTRATADA**, este será comunicado oficialmente pela Secretaria Municipal de Saúde.

Diante disso, o prestador participará de reunião a ser realizada na SMS-FB com o registro das informações/ irregularidades identificadas em Ata, passando a não receber o Incentivo Municipal em sua integralidade referente ao mês avaliado.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

I. Acompanhar, fiscalizar, supervisionar e auditar as ações desenvolvidas pela **CONTRATADA**;

II. Realizar o pagamento mensal, de acordo com o estabelecido no Contrato, referente aos valores unitários do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, conforme repasse do Fundo Nacional de Saúde;

III. Avaliar mensalmente os indicadores quantitativos e qualitativos (metas) de cada estabelecimento credenciado;

IV. Repassar o Incentivo Financeiro mensal, sendo este condicionado ao cumprimento das metas estabelecidas;

V. Realizar vistoria técnica semestral na **CONTRATADA** para verificação de Recursos Humanos e da Infraestrutura Operacional;

VI. Realizar vistoria técnica semestral na **CONTRATADA** para verificação de Recursos Humanos e da Infraestrutura Operacional; **(Apêndice III)**

VII. Acompanhar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, visto que o serviço credenciado deverá manter as mesmas condições que o habilitou;

VIII. Gerenciar o fluxo de ingresso dos usuários no serviço de fisioterapia;

IX. Propiciar que a assistência ambulatorial eletiva na área de fisioterapia ocorra em conformidade com os protocolos e fluxos estabelecidos;

X. Cadastrar a biometria dos usuários;

XI. Regularizar a cota do prestador no caso de pacientes faltantes;

XII. Processar o faturamento respeitando o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a este.

‘

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I. Sua sede deverá localizar-se no Município de Francisco Beltrão;

II. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física ao serviço de fisioterapia;

III. Efetuar de forma regular a manutenção dos equipamentos, materiais necessários, mobiliário e espaço físico para execução dos procedimentos de fisioterapia;

IV. Fornecer todas as condições físicas, tais como água, luz, telefonia, limpeza para o adequado funcionamento da clínica de fisioterapia;

V. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do Sistema da Secretaria Municipal de Saúde. O Contratado deverá alimentar o novo módulo de faturamento realizando a recepção diária dos procedimentos de fisioterapia, através do código de barra emitido na autorização do procedimento e com confirmação através da biometria do usuário SUS para cada sessão efetuada.

VI. Efetuar para cada paciente ingressado no serviço o Plano Fisioterapêutico Individual e ao término do tratamento também especificando a alta do usuário SUS ou a necessidade de continuidade do tratamento. Os registros devem ser em prontuário único informatizado disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, esse processo configura a realização da Consulta de Atenção Especializada;

VII. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação fisioterapêutica e os atendimentos fisioterapêuticos prestados;

VIII. Realizar atendimento de no máximo 06 pacientes/hora/profissional.

IX. A sessão compreende todas as medidas necessárias ao tratamento das patologias apresentadas pelo usuário, incluindo a utilização de equipamentos. O parâmetro mínimo no tempo de atendimento é de 30 minutos cada sessão/usuário (Resolução COFFITO nº444/2014)

X. Atender todos os procedimentos constantes nesse contrato, conforme à demanda de pacientes do SUS, encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Agendamentos Municipal.

XI. Executar os procedimentos contratados conforme seus descritivos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde, contemplando o cuidado integral ao paciente;

XII. Obedecer a cobrança do quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS. (20 sessões de fisioterapia/mês), independentemente do local anatômico a ser tratado durante as sessões;

XIII. Após a realização do procedimento fisioterapêutico, a CONTRATADA deverá registrar a biometria do usuário no sistema disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, estes registros serão o faturamento mensal do prestador. Nos casos em que ocorrer dificuldades para lançar os procedimentos pela biometria, o contato junto a SMS para a regularização é por meio do telefone: 35202130 Ramal:9;

XIV. Após o término das sessões iniciais solicitadas pelo profissional médico, caso o fisioterapeuta verificar a necessidade temporária da continuidade de tratamento, deverá evoluir no prontuário do paciente e emitir um primeiro documento de contra referência nos moldes

disponibilizado pela Secretaria, orientando que o usuário retorne na unidade de saúde e o administrativo sob supervisão do enfermeiro autorize o quantitativo necessário de fisioterapias;

XV. Nos casos que ainda apresentarem a necessidade de continuidade do tratamento, o fisioterapeuta deve justificar para a Unidade Básica de Saúde mediante evolução técnica em prontuário informatizado e emitir uma segunda contra referência formalizada ao usuário, orientando que o mesmo retorne na Unidade de Saúde, realize nova avaliação médica.

XVI. Manter em local visível a informação de gratuidade do atendimento. Prestador integrante SUS.

XVII. Realizar atendimento humanizado de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);

XVIII. Manter em local visível para a população o número do telefone da Ouvidoria Municipal de Saúde;

XIX. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

XX. O serviço deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, realizando todas as alterações necessárias e dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos procedimentos contratados. Conforme Portaria 1646 de 02 de outubro de 2015 no Art. 7º O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos;

XXI. É de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA a alocação de recursos humanos adequados e suficientes para a execução do contrato, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultados de vínculo empregatício, cujo ônus em nenhuma hipótese será transferido ao município;

XXII. Comunicar a equipe técnica envolvida diretamente com a realização da pactuação do Contrato, os compromissos e metas do mesmo, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;

XXIII. Apresentar esclarecimentos das manifestações provenientes da Ouvidoria encaminhadas pela SMS- FB, dentro de no máximo **07 (sete)** dias após a ciência. A resposta deve ser em formulário específico da SMS-FB;

XXIV. A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços;

XXV. Não poderá a clínica credenciada se recusar de atender e nem deixar em fila de espera os pacientes com necessidade de atendimento especializado devido à complexidade de sua condição funcional;

XXVI. A Contratada ao receber a solicitação de fisioterapia autorizada pela Central de Agendamentos Municipal terá um prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis para realizar a consulta inicial e as sessões de fisioterapia. A validade da autorização fisioterapêutica é de 60 (sessenta) dias contados a partir da emissão da Guia de Autorização pela Central de Agendamentos Municipal;

XXVII. A **CONTRATADA** receberá da Secretaria Municipal de Saúde, em comodato um leitor de biometria para a confirmação unitária dos procedimentos realizados diariamente. No caso de uma primeira intercorrência com o equipamento o Município se responsabilizará com a manutenção, o conserto e/ ou troca do mesmo. A partir de uma segunda intercorrência com o leitor, as necessidades de manutenção, conserto e/ou substituição do equipamento, ficará sob a responsabilidade da **CONTRATADA;**

XXVIII. Garantir o acesso do Conselho de Saúde no exercício do seu poder de fiscalização; e
XXIX. **A CONTRATADA** deverá comunicar a SMS quando os usuários SUS faltam por 2 vezes consecutivas sem justificativa à sessão de fisioterapia. Este procedimento será cancelado pela SMS e o recurso financeiro retornará para a cota mensal do prestador.

CLÁUSULA NONA – DO DOCUMENTO DESCRITIVO ANUAL

O **ANEXO I** deste Contrato, trata-se do Documento Descritivo Anual, o qual especifica os serviços em que habilitaram a CONTRATADA à celebração do presente, discorre sobre as metas quantitativas e qualitativas e o repasse do incentivo financeiro, trata-se de parte integrante e indissociável deste instrumento, segue com as orientações da Portaria nº1034 de 5 de maio de 2010, a qual dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.
O Documento Descritivo anual dos serviços de fisioterapia, conta com as seguintes informações:
1. Considerações gerais;
2. Identificação da Instituição;
3. Caracterização dos profissionais e estrutura da Instituição;
4. Da Assistência à Saúde;
5. Do Processo Administrativo - Metas e Indicadores qualitativos e quantitativos;
6. Apêndice I – Relatório de Avaliação de Desempenho dos serviços de fisioterapia, cálculo do incentivo financeiro em formulário elaborado pela equipe técnica da SMS;
7. Apêndice II- Documento de Vistoria Técnica no serviço de fisioterapia elaborado pela equipe técnica da SMS;
8. Apêndice III- Protocolo para solicitação médica dos procedimentos de fisioterapia elaborado pela equipe técnica da SMS;
9. Apêndice IV- Fluxograma para alta do tratamento ou continuidade do tratamento, quando necessário, elaborado pela equipe técnica da SMS;
10. Apêndice V- Guia de solicitação médica específica para a solicitação de fisioterapia elaborado pela técnica da SMS;
11. Apêndice VI- Guia de contra- referência a ser utilizada pelo serviço de fisioterapia para solicitação da continuidade do tratamento, elaborado pela equipe técnica da SMS;

Apêndice VII- Formulário para utilização da ouvidoria municipal referente aos questionamentos dos serviços de fisioterapia, elaborado pela equipe técnica da SMS;

12. Apêndice VIII- Formulário para utilização do serviço de fisioterapia referente aos questionamentos da ouvidoria municipal, elaborado pela equipe técnica da SMS;

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** é responsável pela indenização por dano causado ao usuário do SUS, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado a **CONTRATADA** o direito de regresso, quando cabível.

Parágrafo Primeiro
A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**, nos termos da legislação referente à Lei n. º 8.666/93.

Parágrafo Segundo
A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei n. º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PAGAMENTO

A origem dos recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

I - Do componente da Média e Alta Complexidade, Teto MAC:
a) A Secretaria Municipal de Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), ou em outro sistema de processamento de faturas que o venha substituir e realizará auditoria, analítica e/ou operativa quando julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.
b) O Departamento Administrativo encaminhará por e-mail ao prestador de serviços, o valor faturado para a emissão de Nota Fiscal da prestação de serviços realizados.
c) A **CONTRATADA** receberá, mensalmente da Prefeitura Municipal de Francisco Beltrão, através da Secretaria Municipal da Saúde, a importância de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.
I- Do Incentivo Financeiro:
a) Será proveniente de recursos próprios do município;
b) O Departamento de Controle e Avaliação emitirá relatório mensal da avaliação de desempenho de cada prestador, calculando o percentual de incentivo alcançado, o qual será encaminhando ao Departamento Administrativo da SMS para o trâmite do pagamento.
c) O Departamento Administrativo encaminhará por e-mail ao prestador de serviços, o valor financeiro referente a avaliação mensal para a emissão de Nota Fiscal do incentivo financeiro a ser recebido.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de análise indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato e no documento descritivo, o qual orienta sobre as metas quantitativas e qualitativas, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

Parágrafo Primeiro
O **CONTRATANTE** vistoriará as instalações da **CONTRATADA**, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

Parágrafo Segundo
Qualquer alteração ocorrida na **CONTRATADA** que resulte em alteração do seu perfil jurídico, administrativo, técnico e da sua capacidade operacional poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo Terceiro
A **CONTRATADA** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos seus serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE** designados para tal fim.

Parágrafo Quarto
Em qualquer hipótese é assegurado a **CONTRATADA** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste instrumento, ou de dever originado de norma legal, ou regulamentada pertinente autorizará o contratante, garantida a prévia defesa a aplicar em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93.

I. Advertência;
II. Multa de 20% sobre o valor total contratado par o caso de descumprimento parcial de obrigação do Contratado.
III. Suspensão temporária da realização dos serviços;
IV. Descredenciamento, implicando na rescisão do presente, após o devido processo legal;
V. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Município;
VI. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Parágrafo Primeiro - As sanções previstas nos incisos I, III e IV desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com o inciso II.

Parágrafo Segundo - Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para interpor recurso dirigido à Secretaria Municipal da Saúde de Francisco Beltrão.

Parágrafo Terceiro - A imposição das sanções previstas nas Leis acima mencionadas dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ocorreu e dela será notificada a **CONTRATADA**, de acordo com as disposições da legislação do Sistema Municipal de Auditoria do SUS.

Parágrafo Quarto- Cabe as partes atender a Resolução SESA nº 207/2016, ao adotar práticas anticorrupção, devendo observar que:

- O Banco Mundial exige que o Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde SESA, Mutuários de Empréstimo (incluindo beneficiários do empréstimo do Banco), licitantes, fornecedores, empreiteiros e seus agentes (sejam eles declarados ou não), subcontratados, subconsultores, prestadores de serviço e fornecedores, além de todo funcionário

a eles vinculado, que mantenham os mais elevados padrões de ética durante a aquisição e execução de contratos financiados pelo Banco. Em consequência desta política, o Banco define, para os fins desta disposição, os termos indicados a seguir:

I. "Prática corrupta": significa oferecer, entregar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer coisa de valor com a intenção de influenciar de modo indevido a ação de terceiros;

II. "Prática fraudulenta": significa qualquer ato, falsificação ou omissão de fatos que, de forma intencional ou irresponsável induza ou tente induzir uma parte a erro, com o objetivo de obter benefício financeiro ou de qualquer outra ordem, ou com a intenção de evitar o cumprimento de uma obrigação;

III. "Prática colusiva": significa uma combinação entre duas ou mais partes visando alcançar um objetivo indevido, inclusive influenciar indevidamente às ações de outra parte;

IV. "Prática coercitiva": significa prejudicar ou causar dano, ou ameaçar direta ou indiretamente, a qualquer parte interessada ou à sua propriedade, para influenciar indevidamente as ações de uma parte;

V. "Prática obstrutiva": significa deliberadamente destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em investigações ou fazer declarações falsas a investigadores, com o objetivo de impedir materialmente uma investigação do Banco de alegações de prática corrupta, fraudulenta, coercitiva ou colusiva, e/ou ameaçar, perseguir ou intimidar qualquer parte interessada, para impedi-la de mostrar seu conhecimento sobre assuntos relevantes à investigação ou ao seu prosseguimento, ou atos que tenham como objetivo impedir materialmente o exercício dos direitos do banco de promover inspeção ou auditoria, estabelecidos no parágrafo (e) abaixo:

- Rejeitará uma proposta de outorga se determinar que o licitante recomendado para a outorga do contrato, ou qualquer do seu pessoal, ou seus agentes, subconsultores, subempreiteiros, prestadores de serviço, fornecedores e/ou funcionários, envolveu-se, direta ou indiretamente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao concorrer para o contrato em questão;

- Declarará viciado o processo de aquisição e cancelará a parcela do empréstimo alocada a um contrato se, a qualquer momento, determinar que representantes do Mutuário ou de um beneficiário de qualquer parte dos recursos empréstimo envolveram-se em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas durante o processo de aquisição ou de implementação do contrato em questão, sem que o Mutuário tenha adotado medidas oportunas e adequadas, satisfatórias ao Banco, para combater essas práticas quando de sua ocorrência, inclusive por falhar em informar tempestivamente o Banco no momento em que tomou conhecimento dessas práticas;

- Sancionará uma empresa ou uma pessoa física, a qualquer tempo, de acordo com os procedimentos de sanção cabíveis do Banco, inclusive declarando-a inelegível, indefinidamente ou por prazo determinado: (i) para a outorga de contratos financiados pelo Banco; e (ii) para ser designado subempreiteiro, consultor, fornecedor ou prestador de serviço de uma empresa elegível que esteja recebendo a outorga de um contrato financiado pelo Banco;

- Os licitantes, fornecedores e empreiteiros, assim como seus subempreiteiros, agentes, pessoal, consultores, prestadores de serviço e fornecedores, deverão permitir que o Banco inspecione todas as contas e registros, além de outros documentos referentes à apresentação das

propostas e à execução do contrato, e os submeta a auditoria por profissionais designados pelo Banco.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, artigos 77, 78,79,90:

I. Unilateralmente e por escrito pelo **CONTRATANTE**, nos casos de descumprimento pela **CONTRATADA** das condições pactuadas, e, ainda, na forma dos Incisos I a XII e XVII, do art. 78 e art. 77 da Lei Federal no 8.666/93;

II. Por acordo amigável entre as partes, desde que haja conveniência para o **CONTRATANTE**. Deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada do Gestor do SUS.

III. Por iniciativa das partes na via administrativa ou judicial, nos casos enumerados nos Incisos XII a XVII, do Artigo 78, da Lei Federal no 8.666/93, hipóteses em que, desde que não haja culpa da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro

No caso de ocorrência de fatos que possam ensejar a rescisão contratual, e se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para formalizar a rescisão. Se neste prazo o **CONTRATADO** negligenciar a prestação dos serviços ora contratados poderá ser aplicada multa de 20% sobre o valor total do contratado.

Parágrafo Segundo

Em caso de rescisão do presente contrato, por iniciativa, do **CONTRATANTE**, não caberá a **CONTRATADA** direito a qualquer indenização.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade previstos neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo **CONTRATANTE**, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato, nos termos da Lei 8.666/93.

Parágrafo Primeiro

Da decisão da Secretaria Municipal da Saúde que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Parágrafo Segundo

Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro da presente cláusula, a Secretaria Municipal de Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente, diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, podendo ser firmados, se necessário, Termos Aditivos, que farão parte integrante deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS PARTES INTEGRANTES

Integram o presente edital, independente da transcrição, o edital do chamamento público nº 12/2020, a proposta da CONTRATADA e ainda:
- ANEXO I – Documento descritivo – serviço ambulatorial na área de fisioterapia;
- Apêndice I – Relatório de avaliação de desempenho ao setor administrativo – serviços de fisioterapia;
- Apêndice II – Vistoria técnica no serviço de fisioterapia;
- Apêndice III – Protocolo de solicitação de fisioterapia;
- Apêndice IV – Fluxograma para alta e continuidade de tratamento;
- Apêndice V – Guia para solicitação de fisioterapia;
- Apêndice VI – Contra-referência para continuidade de fisioterapia;
- Apêndice VII – Formulário para utilização da ouvidoria municipal referente aos questionamentos dos serviços de fisioterapia; e
- Apêndice VIII – Formulário para utilização do serviço de fisioterapia referente aos questionamentos da ouvidoria municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO FORO

As partes elegem o Foro Central da Comarca de Francisco Beltrão, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente contrato em uma única via, de onde serão extraídas as cópias necessárias, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Francisco Beltrão, 27 de janeiro de 2021.

CLEBER FONTANA
CPF Nº 020.762.969-21
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

C P V N CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME
CONTRATADA
CLAUDIA PIOVEZANI DA VEIGA NIENDICKER
CPF 060.588.959-79

TESTEMUNHAS:

ANEXO I
DOCUMENTO DESCRITIVO - SERVIÇO AMBULATORIAL NA ÁREA DE FISIOTERAPIA

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente Documento Descritivo tem por objetivo integrar o objeto do Contrato entre esta Secretaria de Saúde e a Instituição privada, definindo as responsabilidades, fixando critérios e instrumentos de acompanhamento, avaliação de resultados através de metas e indicadores definidos.

O serviço de saúde deverá prestar atendimento fisioterapêutico ambulatorial aos usuários visando sua recuperação funcional e atendendo as limitações neurológicas, motoras, respiratórias, uroginecológicas, entre outras. Segue abaixo a apresentação dos procedimentos a serem contratualizados conforme descrição da Tabela SIGTAP/ SUS:

***0301010048** – Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada;
***0302010017** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas.
***0302010025** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas.
***0302040021** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório sem Complicações Sistêmicas;
***0302050019** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-operatórios nas Disfunções Músculo Esqueléticas;
***0302050027** - Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras;
***0302060022** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais com Complicações Sistêmicas;
***0302070036** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Sequelas por Queimaduras.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome Empresarial: FISIOVIDA CLINICA DE FISIOTERAPIA

Nome Fantasia: CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA.

N. º C.N.P.J.: 10.693.098/0001-63

N° CNES: 6217923

Endereço: Vereador Romeu Lauro Werlang, 1584

Cidade: Francisco Beltrão Estado: Paraná

Responsável Técnico

Nome: Claudia Piovezani Da Veiga Niendicker

N. º do Registro no Conselho de Classe: 130312-F

3. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento FISIOVIDA realizará a Avaliação Fisioterapêutica e a Fisioterapia.
2.1. Quantidade de profissionais fisioterapeutas SUS: 04 profissionais.
2.2. Total de carga horária mensal: 164 horas.
2.3. Quantidade de salas para atendimento individual: 04 salas.
2.4. Quantidade de salas para atendimento em grupo: 01 sala.
2.5. Equipamentos disponíveis e em utilização SUS:

Equipamentos	Quantitativo	Uso SUS

Ultrassom	04	(X)sim ( )não
TENS/FES	10	(X)sim ( )não
LASER	01	(X)sim ( )não
Tatame Alto	01	(X)sim ( )não
Maca	08	(X)sim ( )não
Espelho	01	(X)sim ( )não
Espaldar	01	(X)sim ( )não
Bola terapêutica	07	(X)sim ( )não
Tornozeleira/halteres	09	(X)sim ( )não
Tábua proprioceptiva	04	(X)sim ( )não
Aparelho de calor superficial infravermelho	02	(X)sim ( )não
Bolsas térmicas	04	(X)sim ( )não
Barra paralela	01	(X)sim ( )não
Bicicleta ergométrica	01	(X)sim ( )não
Esteira ergométrica	01	(X)sim ( )não
Faixas elásticas	08	(X)sim ( )não
Estimuladores inspiratórios e expiratórios	07	(X)sim ( )não
Outros:		
Sensibol	08	(X)sim ( ) não
Corrente russa	01	(X)sim ( ) não
Escada digital	01	(X)sim ( ) não

4. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A população a ser atendida é a de usuários do Sistema Único de Saúde de Francisco Beltrão na faixa etária de **0 a 130 anos**, oriundos das Unidades Municipais de Saúde, Hospital Regional do Sudoeste, Hospital São Francisco e a Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS).

O fluxo assistencial para o atendimento fisioterapêutico da população, seguirá a legislação do SUS, o protocolo e o fluxograma de encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Beltrão (SMS-FB). **(Apêndice III e Apêndice IV).**

5. DO PROCESSO ADMINISTRATIVO:

Disponibilizar ofertas de Avaliação e de Fisioterapia, conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, estando condicionado ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas para o recebimento do Incentivo Financeiro.

a) Metas Quantitativas:

META QUANTITATIVA (equivale a 10% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**
Produção física mensal de consultas.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal	344		

Produção Física Mensal	**Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal**	
≥ 70% da Programação Física Mensal	100% ( )	R$ 1.640,00
60% a 69% da Programação Física Mensal	90% ( )	R$ 1.476,00
50% a 59% da Programação Física Mensal	80% ( )	R$ 1.312,00

40% a 49% da Programação Física Mensal	70%	( ) R$ 1.148,00

Fonte: SIA /SUS

META QUANTITATIVA (equivale a 60% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**
Produção física mensal de fisioterapias.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal	4.132		

Produção Física Mensal	**Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal**	**Recurso a ser destinado**
≥ 70% da Programação Física Mensal	**100% ( )**	**R$ 14.160,00**
60% a 69% da Programação Física Mensal	**90% ( )**	**R$ 13.284,00**
50% a 59% da Programação Física Mensal	**80% ( )**	**R$ 11.808,00**
40% a 49% da Programação Física Mensal	**70% ( )**	**R$ 10.332,00**
TOTAL		

b) Metas Qualitativas:

METAS QUALITATIVAS (equivale a 30% do valor total do Incentivo Financeiro)			
PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO.	**FREQUÊNCIA DE ANÁLISE E FONTES**	**PONTUAÇÃO**	**PONTOS ATINGIDOS**
Registros de queixas na Ouvidoria, no que se refere à assistência do serviço contratado, com inconformidades devidamente averiguadas por profissional fisioterapeuta da SMS. Os esclarecimentos devem ser apresentados pelo prestador em formulário específico dentro de no máximo **07 (sete)** dias após a ciência. **Ausência registro = pontuação integral;** **Um registro com inconformidade comprovada = 80% da pontuação;** **Dois registros com inconformidade comprovada ou mais = 50% da pontuação;** **Três ou mais registros= 0**	**Indicador Mensal** **Documentos Ouvidoria** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. **Atualizado = pontuação integral;** **Necessidade de 01 atualização= 80% da**	**Indicador Mensal** **Listagem de Profissionais emitida no site do CNES**	100	

pontuação. **Necessidade de 02 atualizações= 50% da pontuação.** **Necessidade de 03 ou mais atualizações= zero**	**Responsável: Secretaria Municipal de Saúde.**		
Compatibilidade da produção dos profissionais cadastrados no CNES **80% de atendimentos por carga horária= pontuação integral** **60% a 79% = 50% da pontuação** **Menor que 60%= zero**	**Indicador Mensal** **Controle dos atendimentos pelo Registrado no sistema de biometria.** **Conferência com os pacientes via telefone.** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Garantia do quantitativo de equipamentos apresentados no momento da vistoria de credenciamento. Pode ser aumentado em quantidade ou variedade. Necessário comprovar a manutenção periódica dos mesmos. **Mantida ou aumento de equipamentos= pontuação integral;** **Redução de 01 equipamento= 80% da pontuação** **Redução de 02 equipamentos = 50% da pontuação** **Redução de 03 ou mais equipamentos= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Utilização do sistema de prontuário disponibilizado pela SMS-FB. **Registro= Pontuação Integral;** **Ausência de Registro= zero.**	**Indicador Mensal** **Registro- IDSSaúde** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Manter em local visível a informação da gratuidade do atendimento. Prestador integrante do SUS e o número de telefone da Ouvidoria Municipal. **Informação visível = Pontuação Integral.** **Ausência de regularização= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Prestador/Secretaria Municipal de Saúde**	100	
TOTAL		**600**	

***No caso de férias legais ou <u>ausência por período prolongado</u> de profissional fisioterapeuta, o serviço deverá providenciar profissional substituto ou solicitar a SMS redução de oferta.**
*** O prestador deverá manter-se durante a execução do contrato em compatibilidade com as suas obrigações e com as condições apresentadas no momento do credenciamento.**

PARÂMETROS ESTABELECIDOS

PONTUAÇÃO	**% PARA CÁLCULO SOBRE O INCENTIVO FINANCEIRO - PARCELA QUALITATIVA**
600	**100% R$ 7.028,57**
500-599	**90% R$ 6.325,71**
400-499	**80% R$ 5.622,86**
≤399	**70% R$ 4.920,00**

INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO NO MÊS:

	% ATINGIDO	**VALOR TOTAL DO INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO**

Parcela Quantitativa (70%)		
Parcela Qualitativa (30%)		
TOTAL PARA REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO		

A Secretaria Municipal de Saúde avaliará mensalmente as metas estabelecidas, bem como os indicadores de desempenho discriminados, e diante de constatações/ irregularidades que desabonem a CONTRATADA, este será comunicado oficialmente pela Secretaria Municipal de Saúde. O prestador participará de reunião a ser realizada na SMS-FB com o registro das informações/ irregularidades identificadas em Ata, quando não for receber o Incentivo Municipal em sua integralidade referente ao mês avaliado

De acordo,

Francisco Beltrão, 27 de janeiro de 2021.

CLEBER FONTANA
PREFEITO MUNICIPAL

MANOEL BREZOLIN
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

CPVN CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA. – ME
CONTRATADA

APÊNDICE I

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO AO SETOR ADMINISTRATIVO - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

SERVIÇO: _____COMPETÊNCIA: _____

O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria realizou o acompanhamento mensal da produção do prestador e encaminha ao Departamento Administrativo para pagamento.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO – META QUANTITATIVA

META QUANTITATIVA (equivale a 10% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**
Produção física mensal de consultas.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal			

Produção Física Mensal	**Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal**	**Recurso a ser destinado**
≥ 70% da Programação Física Mensal	100% ( )	R$
60% a 69% da Programação Física Mensal	90% ( )	R$
50% a 59% da Programação Física Mensal	80% ( )	R$
40% a 49% da Programação Física Mensal	70% ( )	R$
TOTAL		R$

Fonte: SIA /SUS

META QUANTITATIVA (equivale a 60% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**

Produção física mensal de fisioterapias.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal			

Produção Física Mensal	Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal	Recurso a ser destinado
≥ 70% da Programação Física Mensal	**100% ( )**	**R$**
60% a 69% da Programação Física Mensal	**90% ( )**	**R$**
50% a 59% da Programação Física Mensal	**80% ( )**	**R$**
40% a 49% da Programação Física Mensal	**70% ( )**	**R$**
TOTAL		**R$**

Fonte: SIA /SUS

c) Metas Qualitativas:

METAS QUALITATIVAS (equivale a 30% do valor total do Incentivo Financeiro)			
PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO.	**FREQUÊNCIA DE ANÁLISE E FONTES**	**PONTUAÇÃO**	**PONTOS ATINGIDOS**
Registros de queixas na Ouvidoria, no que se refere à assistência do serviço contratado, com inconformidades devidamente averiguadas por profissional fisioterapeuta da SMS. Os esclarecimentos devem ser apresentados pelo prestador em formulário específico dentro de no máximo **07 (sete)** dias após a ciência. **Ausência registro = pontuação integral;** **Um registro com inconformidade comprovada = 80% da pontuação;** **Dois registros com inconformidade comprovada ou mais = 50% da pontuação;** **Três ou mais registros= 0**	**Indicador Mensal** **Documentos Ouvidoria** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. **Atualizado = pontuação integral;** **Necessidade de 01 atualização= 80% da pontuação.** **Necessidade de 02 atualizações= 50% da pontuação.** **Necessidade de 03 ou mais atualizações= zero**	**Indicador Mensal** **Listagem de Profissionais emitida no site do CNES** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde.**	100	

Compatibilidade da produção dos profissionais cadastrados no CNES **80% de atendimentos por carga horária= pontuação integral** **60% a 79% = 50% da pontuação** **Menor que 60%= zero**	**Indicador Mensal** **Controle dos atendimentos pelo Registrado no sistema de biometria.** **Conferência com os pacientes via telefone.** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Garantia do quantitativo de equipamentos apresentados no momento da vistoria de credenciamento. Pode ser aumentado em quantidade ou variedade. Necessário comprovar a manutenção periódica dos mesmos. **Mantida ou aumento de equipamentos= pontuação integral;** **Redução de 01 equipamento= 80% da pontuação** **Redução de 02 equipamentos = 50% da pontuação** **Redução de 03 ou mais equipamentos= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Utilização do sistema de prontuário disponibilizado pela SMS-FB. **Registro= Pontuação Integral;** **Ausência de Registro= zero.**	**Indicador Mensal** **Registro- IDSSaúde** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Manter em local visível a informação da gratuidade do atendimento. Prestador integrante do SUS e o número de telefone da Ouvidoria Municipal. **Informação visível = Pontuação Integral.** **Ausência de regularização= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Prestador/Secretaria Municipal de Saúde**	100	
TOTAL		**600**	

***No caso de férias ou <u>ausência por período prolongado</u> de profissional fisioterapeuta, o serviço deverá providenciar profissional substituto ou solicitar a SMS redução de oferta.**
*** O prestador deverá manter-se durante a execução do contrato em compatibilidade com as suas obrigações e com as condições apresentadas no momento do credenciamento.**

PARÂMETROS ESTABELECIDOS

Pontuação	% Para cálculo sobre o incentivo financeiro - Parcela qualitativa	Recurso a ser destinado
600	**100%( )**	**R$**
500-599	**90% ( )**	**R$**
400-499	**80% ( )**	**R$**
≤399	**70% ( )**	**R$**
TOTAL		**R$**

INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO NO MÊS:

	% ATINGIDO	VALOR TOTAL DO INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO
Parcela Quantitativa (70%)		**R$**

Parcela Qualitativa (30%)		**R$**
TOTAL PARA REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO		**R$**

APÊNDICE II

VISTORIA TÉCNICA NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

1. Identificação do Estabelecimento

Nome Fantasia:

Razão Social:

Nº CNPJ:

Endereço:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone: e-mail:

Pessoa de referência para contato:

2. Responsável Técnico

Profissional: __ _ _ _ _ _ N.º Conselho de Classe_

3. Recursos Humanos para atendimento SUS

Nome do Profissional Fisioterapeuta	Especialidade	*Carga Horária Semanal	Nº da inscrição no Conselho

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

4. Infra-Estrutura Operacional

Atendimento (Unidade/Ambiente) Área total : _____m2	**Quantidade**
Sala para avaliação e/ou atendimento individual (área de 7,5m2)	
Salas de atendimentos (mecanoterapia)	
Sala para cinesioterapia (área mínima de 20m2)	
Box de terapias (eletrotermofototerapia) para atendimentos reservados (2,4m2)	
Apoio Administrativo e Recepção	**Quantidade**
Sanitário adaptado	
Sala de espera/recepção	
Sala de arquivo/SAME	
Área Externa	**Quantidade**
Área externa com acessibilidade ao serviço. (Acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeiras de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de corredores e portas e demais normas definidas pela ABNT – 1990;	

5. Equipamentos

Equipamentos	**Quantitativo**	**Uso SUS**
Ultrassom		( )Sim ( ) Não
TENS/FES		( )Sim ( ) Não
LASER		( )Sim ( ) Não
Tatame Alto		( )Sim ( ) Não
Maca		( )Sim ( ) Não
Espelho		( )Sim ( ) Não
Espaldar		( )Sim ( ) Não
Bola terapêutica		( )Sim ( ) Não
Tornozeleira/halteres		( )Sim ( ) Não
Tábua proprioceptiva		( )Sim ( ) Não
Aparelho de calor superficial infravermelho		( )Sim ( ) Não
Bolsas térmicas		( )Sim ( ) Não
Barra paralela		( )Sim ( ) Não
Bicicleta ergométrica		( )Sim ( ) Não
Esteira ergométrica		( )Sim ( ) Não
Faixas elásticas		( )Sim ( ) Não
Estimuladores inspiratórios e expiratórios		( )Sim ( ) Não

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

_____
(Carimbo e assinatura)

VISTORIA TÉCNICA NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA – ANO: _____

O documento abaixo será preenchido no momento da vistoria por equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde – SMS para validação do documento Vistoria Técnica no Serviço de Fisioterapia:

1. Identificação do Estabelecimento: _____
2. Data da vistoria: _____ / _____ / _____.
3. Dados da vistoria técnica no serviço:

Profissional (is) Responsável (eis) pela Vistoria

_____

(Nome completo, carimbo e assinatura)

APÊNDICE III- PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE APLICAÇÃO	CID COMPATÍVEIS- TABELA SUS
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	**Pré e pós-operatório de cirurgias como:** * Fraturas; * Lesões ligamentares e musculares; * Processos degenerativos discais; *Correções de deformidades; *Cirurgias cardíacas; *Cirurgias circulatórias; *Sistema respiratório entre outros.	**M966**- Fratura de osso subsequente a implante ortopédico, prótese e placa óssea. **M969**- Transtorno osteomuscular não especificado pós- procedimento. **M242-** Transtornos de ligamentos. **S899-** Traumatismo não especificado da perna **S699-** Traumatismo não especificado do punho e da mão. **S423**- Fratura da diáfise do úmero. **S529**- Fratura do antebraço, parte não especificada. **T136-** Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado. **T849** Complicação não especificada de dispositivo protético, implante e enxerto ortopédicos internos. **T932-** Sequelas de outras fraturas de membro inferior **T982-** Sequelas de algumas complicações precoces de traumatismos. **G558-** Compressões das raízes e dos plexos nervosos em outras doenças classificadas em outra parte. **G551-** Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais.

03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (**exceto pré e pós operatório)**	**Pode ser solicitada para os casos de:** *Bursite; *Artrite; *Osteoporose; *Entorse; *Lombalgias ou espondilopatias; *Luxações; *Tendinite; *Distensões; * Lesões por esforços repetitivos.	**M959-**Deformidade adquirida do sistema osteomuscular não especificada. **M999-** Lesão biomecânica não especificada. **M241-**Outros transtornos das cartilagens articulares. **M242-** Transtorno ligamentares. **M249-**Dessaranjo articular não especificado. **M358-** Outras espondilopatias especificadas. **M628-**Outros transtornos musculares especificados. **M790-** Reumatismo não especificado. **M798-** Outros transtornos especificados dos tecidos moles.

03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado)	Pacientes que apresentam sequelas ou complicações por traumas de queimaduras	**T284-** Queimadura de outros órgãos internos e dos não especificados. **T302-** queimadura de segundo grau, parte do corpo não especificada. **T303-**Queimadura de terceiro grau, parte do corpo não especificada

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE APLICAÇÃO	CID COMPATÍVEIS-TABELA SUS
03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio **neuro-cinético-funcionais** com complicações sistêmicas.	Usuários que apresentam complicações sistêmicas de condições clinicas oriundas de acometimentos do Sistema Nervoso Central (SNC) e o Sistema nervoso Periférico (SNP. **Pode ser solicitada para os casos de:** *Hidrocefalia; *Traumatismo craniano; *Esclerose múltipla; *Paralisia cerebral; *Neuropatias; *Parkinson; *Alzheimer; *Lesão medular; *Acidente Vascular cerebral; *Vertigem; *Encefalopatia crônica, entre outras.	**F848-** Outros transtornos globais do desenvolvimento. **G122-** Doença do neurônio motor. **G20**-Doença de Parkinson. **G309-**Doença de Alzheimer não especificada. **G379**-Doença desmielinizante do sistema nervoso central, não especificada. **G540-**Transtornos do plexo braquial. **G541-** Transtornos do plexo lombossacral. **G570-** Lesão do nervo ciático **G619-**Polineuropatia inflamatória não especificada. **G809**-Paralisia cerebral não especificada. **G819-**Hemiplegia não especificada. **G822**-Paraplegia não especificada. **G919**-Hidrocefalia não especificada. **G939-** Transtorno não especificado

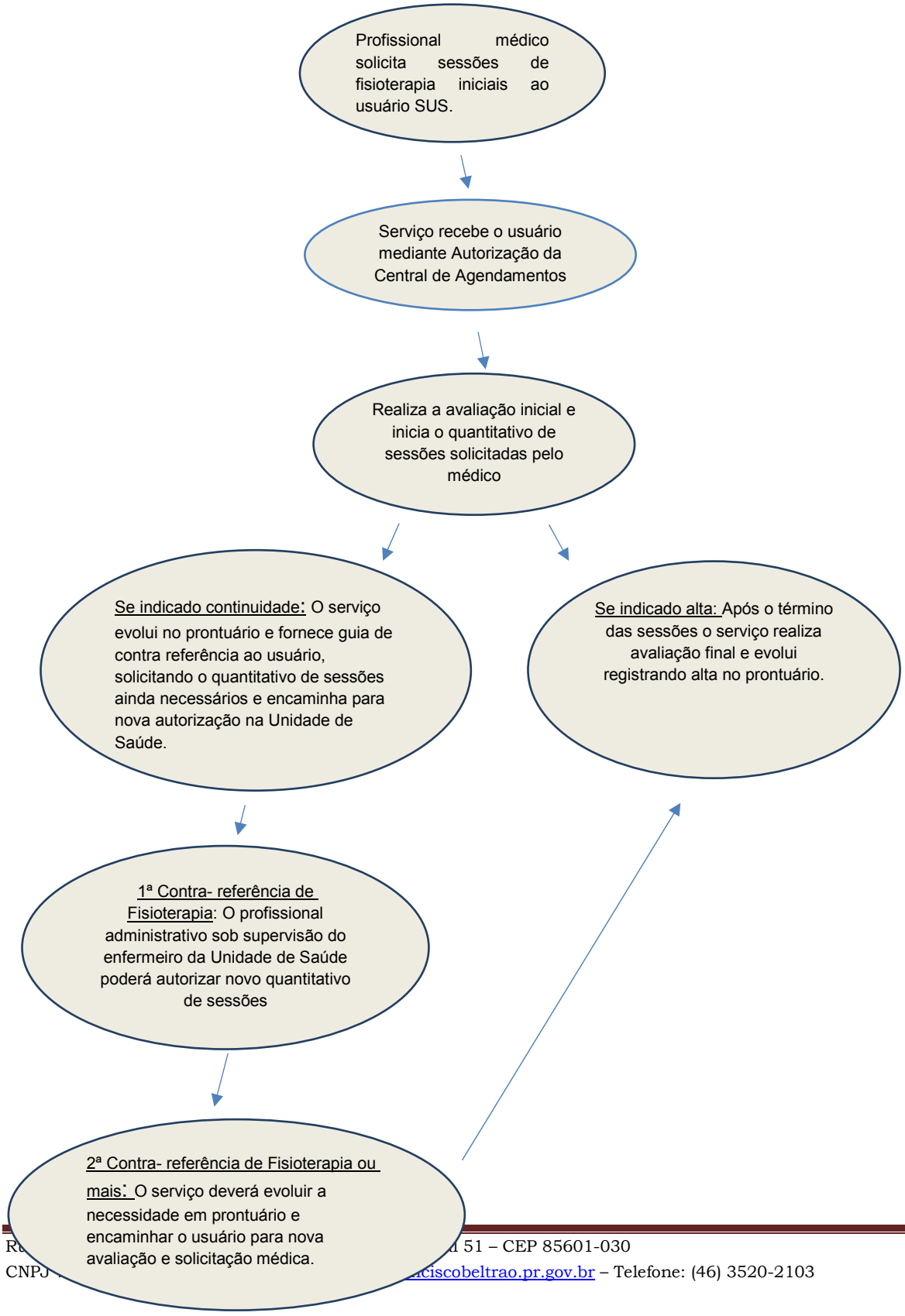
Visa minimizar as alterações sensorial e/ou perceptual, manter e restaurar a capacidade física

			medula espinhal. **G969-** Transtorno não especificado do sistema nervoso central. **I678-** Outras doenças cerebrovasculares especificadas. **I694-** Sequelas de Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico

03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	Pacientes com transtorno respiratório de natureza clínica, pré ou pós cirúrgicos. Nos casos de disfunção pulmonar ou insuficiência respiratória. Visa a reexpansabilidade pulmonar e reeducação da cinésia respiratória. **Pode ser solicitada para os casos de:** *Doenças respiratórias agudas e crônicas. *Pneumopatias; *Doenças relacionadas ao sistema cardiovascular.	**J189-** Pneumonia não especificada. **J209**-Bronquite aguda não especificada. **J22-**Infecções agudas não especificadas das vias aéreas inferiores. **J439-** Enfisema não especificado. **J449-** Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada **J81-** Edema pulmonar, não especificado de outra forma. **J848-** Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas. **J958**- Outros transtornos respiratórios pós-procedimentos. **J969**- Insuficiência respiratória não especificada. **J988-** Outros transtornos respiratórios específicos. **J950-** Mau funcionamento de traqueostomia (Retirada de traqueostomia)

03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	Visa o preparo para cirurgia e redução de complicações pós cirúrgicos..	**N329-** Transtorno não especificado da bexiga. **N814-**Prolapso uterovaginal não especificado. **N815-**Enterocele vaginal. **N816**-Retocele. **N818-** Outro prolapso genital feminino. **O719-** Traumatismo obstétrico, não especificado. **N319-** Disfunção neuromuscular não especificada da bexiga.
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	Minimizar e tratar complicações e disfunções relacionadas ao assoalho pélvico, melhora do tônus muscular e das transmissões de pressões dos esfíncteres uretral e/ou anal	**N329-** Transtorno não especificado da bexiga. **N319-** Disfunção neuromuscular não especificada da bexiga

APENDICE IV- FLUXOGRAMA PARA ALTA E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



APENDICE V - GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO
ESTADO DO PARANA

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FRANCISCO BELTRÃO - PR

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

AVALIAÇÃO DE RISCO: ( ) **VERMELHO** ( ) **AMARELO** ( ) **VERDE** ***VALIDADE DE 60 DIAS APÓS EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO**

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **SEXO**: ( ) M ( ) F

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO - CID:_____

QUANTIDADE DE SESSÕES: ( ) 05 ( ) 10 ( )15 ( ) 20

( ) 03.02.05.001-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO MÚSCULO- ESQUELÉTICAS (PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO)
( ) 03.02.05.002-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (EXCETO CIRURGIA)
( ) 03.02.06.002-2 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS

( ) 03.02.04.002-1 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO TRANSTORNO RESPIRATÓRIO.

( ) 03.02.01.001-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.01.002-5 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.07.003-6 ATENDIMENTO FISIOTERÂPEUTICO EM SEQUELAS DE QUEIMADURA

É PROIBIDA a cobrança a pacientes ou seus familiares de qualquer pagamento no atendimento feito pelo SUS.

Telefones para informações:
SMS – 3520-2130

DATA: _____/_____/_____

_____
CARIMBO E ASSINATURA

MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

APENDICE VI - CONTRA-REFERÊNCIA PARA CONTINUIDADE DE FISIOTERAPIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO
ESTADO DO PARANA

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FRANCISCO BELTRÃO - PR

CONTRA- REFERÊNCIA DE FISIOTERAPIA

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: ( ) 1ª Solicitação ( ) 2ª Solicitação ( ) 3ª Solicitação

PRESTADOR SOLICITANTE:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **SEXO**: ( ) M ( ) F **QUANTIDADE DE SESSÕES: ( ) 05 ( ) 10 (**

JUSTIFICATIVA TÉCNICA:

( ) 03.02.05.001-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO MÚSCULO- ESQUELÉTICAS (PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO)

( )03.02.05.002-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (EXCETO CIRURGIA)

( ) 03.02.06.002-2 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS

( ) 03.02.04.002-1 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO TRANSTORNO RESPIRATÓRIO.

( ) 03.02.01.001-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.01.002-5 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.07.003-6 ATENDIMENTO FISIOTERÂPEUTICO EM SEQUELAS DE QUEIMADURA

DATA: _____/_____/_____ CARIMBO E ASSINATURA

APENDICE VII - FORMULARIO PARA UTILIZAÇÃO DA OUVIDORIA MUNICIPAL REFERENTE AOS QUESTIONAMENTOS DOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

Registro da demanda:
_____
_____
_____

Sobre o atendimento em fisioterapia, favor esclarecer:

1- Qual foi a clínica, dia e horário do atendimento ao qual o sr. (a) queira se referir?
2- Poderia informar qual foi o seu diagnóstico médico que levou a procurar o atendimento fisioterapêutico?
3- Qual foi a orientação passada pelo fisioterapeuta quanto ao seu atendimento?
4- Quanto à fisioterapia realizada: utilizou aparelhos? Sabe informar quais?
5- Foi explicado o motivo das condutas (tratamento) que foram realizadas??
6- Qual foi o tempo total de atendimento?
7- Teve acompanhamento de profissional fisioterapeuta durante o atendimento?
8- Lembra o nome do profissional?
9- Resumindo o que foi feito durante o atendimento, sua reclamação principal é:
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE VIII - FORMULARIO PARA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA REFERENTE AOS QUESTIONAMENTOS DA OUVIDORIA MUNICIPAL

Modelo para preenchimento de resposta do fisioterapeuta:

1- Dia e horário do atendimento?
2- Diagnóstico do paciente: (CID encaminhado pelo médico)?
3- Diagnóstico cinesiofuncional do paciente?
4- Objetivos do tratamento e condutas realizadas (incluindo eletro/termo/fototerapia)?
5- Houve alguma intercorrência durante o atendimento?
6- Foi realizado orientações ao paciente sobre o seu tratamento fisioterapêutico e condutas realizadas?
7- Foi explicado ao paciente o motivo das condutas que foram realizadas?
8- Qual foi o tempo total de atendimento?
9- Teve acompanhamento de profissional fisioterapeuta durante o atendimento?
10- Quem foi o profissional que realizou o atendimento?
11- Tem mais alguma consideração sobre o atendimento?

_____
_____
_____
_____

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Contrato de Prestação de Serviços nº 26/2021, que entre si celebram de um lado o município de FRANCISCO BELTRÃO e de outro lado a empresa CLINICA REABILITAR LTDA.

Pelo presente instrumento particular que firma de um lado, o município de FRANCISCO BELTRÃO, com sede na Rua Octaviano Teixeira dos Santos, nº 1000, estado do Paraná, inscrito no CNPJ/MF sob o n° 77.816.510/0001-66, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, senhor CLEBER FONTANA, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.762.969-21 e abaixo assinado, doravante designado CONTRATANTE e de outro, CLINICA REABILITAR LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 07.812.956/0001-37, com sede na Rua São Paulo, 1425, CEP: 85601010 - CENTRO, na cidade de Francisco Beltrão/PR, doravante designada CONTRATADA, representada neste ato pela senhora JOELI VEDANA, inscrita no CPF sob o nº 041.420.889-71, estando as partes sujeitas as normas da Lei 8.666/93 e suas alterações subseqüentes, ajustam o presente contrato em decorrência do Chamamento Público nº 012/2020 e da **inexigibilidade de licitação nº 4/2021**, no que dispõe a Constituição Federal em especial o artigo 196 da Seção II Da Saúde; na Lei n.º 8.080/90, na Lei Federal n.º 8.666/93, na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 03 de 28 de setembro de 2017, Portaria nº1034 de maio de 2010 e demais disposições legais e regulamentares aplicadas à espécie, resolvem celebrar o presente contrato de Prestação de Serviços de procedimentos com finalidade de ATENDIMENTO AMBULATORIAL NA ÁREA DE FISIOTERAPIA de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS - SIGTAP, Resolução COFFITO nº 414/2012 (D.O.U. nº 99, Seção 1, 23/05/2012), mediante cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO, DOS VALORES DOS SERVIÇOS E DO VALOR CONTRATUAL

O presente instrumento tem por objeto integrar o Prestador no Sistema Único de Saúde e contratar serviço de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência, de acordo com seus atributos.

A população a ser atendida é a de usuários do Sistema Único de Saúde residentes em Francisco Beltrão na faixa etária de **0 a 130 anos**, oriundos das Unidades Municipais de Saúde, Hospital Regional do Sudoeste, Hospital São Francisco e a Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS).
O serviço de saúde deverá prestar atendimento fisioterapêutico ambulatorial aos usuários visando sua recuperação funcional e atendendo as limitações neurológicas, motoras, respiratórias, uroginecológicas, entre outras.

Parágrafo primeiro - A CONTRATADA deverá ofertar <u>todas as modalidades de atendimentos previstos neste Contrato</u>, será necessário realizar os seguintes procedimentos conforme Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP:

***0301010048** – Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada;

Realização dos procedimentos da Tabela SIGTAP do Grupo 03– Procedimentos Clínicos, Subgrupo 02 – Fisioterapia, sendo:

a) **Forma de Organização 01 - Assistência fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas códigos:**

- **0302010017** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas.
- **0302010025** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas.

b) **Forma de Organização 04 - Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais códigos:**

- **0302040021** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório sem Complicações Sistêmicas;

c) **Forma de Organização 05 – Assistência fisioterapêutica nas disfunções musculo esqueléticas (todas as origens) códigos:**

- **0302050019** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-operatórios nas Disfunções Músculo Esqueléticas;
- **0302050027** - Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras;

d) **Forma de Organização 06 - Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia códigos:**

- **0302060022** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais com Complicações Sistêmicas;

e) **Forma de Organização 07 – Assistência Fisioterapêutica em Queimados códigos:**

- **0302070036** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Sequelas por Queimaduras.

Parágrafo segundo - Os serviços serão remunerados de acordo com o valor da tabela SIGTAP SUS, indicados na tabela abaixo:

Item	Código	Descrição do serviço	Valor unitário R$
1	03.01.01.004-8	Consulta clínica de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada.	6,30
2	03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	6,35
3	03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (exceto pré e pós operatório).	4,67
4	03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado).	4,67
5	03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas.	6,35
6	03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	4,67
7	03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	6,35
8	03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67

Parágrafo terceiro – Os serviços se referem aos itens abaixo especificados e o **VALOR CONTRATUAL** é de **R$ 447.428,64 (quatrocentos e quarenta e sete mil e quatrocentos e vinte e oito reais e sessenta e quatro centavos).**

Item	Código	Descrição
2	75655	Serviços de fisioterapia dos lotes 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 e 08.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses e inicia-se a partir da data de assinatura do instrumento, prorrogáveis por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 meses de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n. º 8.666/93 e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

Parágrafo único
A prorrogação do contrato dar-se-á mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes para cada período de prorrogação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor do recurso financeiro para a execução dos procedimentos de Fisioterapia será de até R$ 37.285,72 (trinta e sete mil, duzentos e oitenta e cinco reais e setenta e dois centavos) mensais e o valor anual será de até R$ 447.428,64 (quatrocentos e quarenta e sete mil, quatrocentos e vinte e oito mil e sessenta e quatro centavos), para o pagamento de todos os procedimentos executados em conformidade com a Tabela SIGTAP/SUS e o recurso do Incentivo Financeiro que será repassado de acordo com o percentual atingido nas metas quantitativas e qualitativas.

a) O recurso financeiro será regulado da seguinte forma pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-FB):

a) **A Produção Mensal:** é a realização dos procedimentos fisioterapêuticos vinculados a tabela SUS e que foram registrados através da biometria do usuário no prestador de serviços, caracterizando a produção de faturamento do mês;

b) A produção mensal do prestador credenciado será de até R$ 20.714,29 (vinte mil, setecentos e quatorze reais e vinte e nove centavos) e o valor anual de até R$ 248.571,48 (duzentos e quarenta e oito mil, quinhentos e setenta e um reais e quarenta e oito centavos).

c) A cota financeira do prestador estará vinculada a infraestrutura operacional e aos recursos humanos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para a assistência SUS;

d) O quantitativo físico do prestador será de 243 consultas/mês e 2.923 procedimentos/mês.

e) O faturamento será processado pelo Sistema de Informações Ambulatorial (SIA/SUS) em conformidade com os valores da Tabela SIGTAP;

f) O repasse financeiro mensal dos procedimentos realizados, será contabilizado por meio do módulo informatizado disponibilizado pela Secretaria de Saúde ao prestador credenciado, este sistema utiliza a biometria dos usuários SUS para comprovação do procedimento realizado.

g) As metas quantitativas e qualitativas serão avaliadas mensalmente pela Secretaria de Saúde. Diante da avaliação, esta Secretaria irá repassar sobre a produção de cada prestador o valor de um Incentivo Financeiro Mensal;

h) **Incentivo Financeiro Municipal:** Terá como finalidade incrementar os valores referentes aos procedimentos fisioterapêuticos da Tabela SUS e permitir a medição da qualidade dos serviços prestados.

O valor mensal do incentivo será de até 80% sob a produção do prestador. Estando disponível o valor financeiro mensal máximo de até R$ 16.571,43 (dezesseis mil, quinhentos e setenta e um reais e quarenta e três centavos) e anual de até R$ 198.857,16 (cento e noventa e oito mil, oitocentos e cinquenta e sete reais e dezesseis centavos).

O repasse do incentivo ao prestador ficará condicionado da seguinte forma:

a) **70% (setenta por cento) do valor integral condicionado ao cumprimento das metas quantitativas monitoradas pela Secretaria Municipal de Saúde. Distribuídos da seguinte forma: 10%(dez por cento) do valor do incentivo financeiro condicionado ao indicador produção física mensal de consultas e 60% (sessenta por cento) do valor do incentivo condicionado a produção física mensal de fisioterapias.**

b) **30% (trinta por cento) do valor integral ao cumprimento das metas qualitativas monitoradas pela Secretaria Municipal de Saúde.**

Parágrafo único

Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo, excetuadas as hipóteses previstas no art. 65, §8º, da Lei 8.666/93, especialmente os reajustes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS concedidos pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DO REAJUSTE DE PREÇO

Os valores de referência à prestação dos serviços contratados seguem os valores estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP e estes serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde. O valor do incentivo financeiro não sofrerá reajuste até o final da contratação.

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste contrato correrão por conta de recursos próprios do Município e do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, pelas dotações orçamentárias:

DOTAÇÕES				
Conta da despesa	Funcional programática	Fonte de recurso	Natureza da despesa	Grupo da fonte
5960	08.006.10.302.1001.2062	0	3.3.90.39.50.30	Do Exercício
5970	08.006.10.302.1001.2062	494	3.3.90.39.50.30	Do Exercício

CLÁUSULA SEXTA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pela **CONTRATADA**, situada à Rua São Paulo, n º1425, centro neste Município, sob a responsabilidade da Senhora Joeli Vedana, registrada no Conselho Regional de Fisioterapia sob n. º Crefito 112470F.

Parágrafo Primeiro

A eventual mudança de endereço do estabelecimento da **CONTRATADA** deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE,** por escrito, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias úteis, anteriores a efetivação

da mudança, ficando o **CONTRATANTE** habilitado a rever as condições deste contrato, assim como denunciá-lo, caso as alterações sejam julgadas em desacordo com o interesse público.

Parágrafo Segundo
A mudança de Responsável Técnico deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE,** por escrito, no prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança.

Parágrafo Terceiro
Os serviços ora contratados serão prestados por profissionais do estabelecimento **CONTRATADO**. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento:

I. Membro do corpo de PROFISSIONAIS da **CONTRATADA**;
II. PROFISSIONAL que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**.

Parágrafo Quarto
Fica vedada a cobrança ao paciente ou seu acompanhante, pela **CONTRATADA,** de qualquer complementação dos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

Parágrafo Quinto
A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao usuário do SUS, ou a seu representante ou ao próprio SUS, por profissional empregado, em razão da execução deste contrato.

Parágrafo Sexto
Não poderá haver prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste contrato. O **CONTRATANTE** reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Secretaria Municipal da Saúde de Francisco Beltrão, como órgão gestor do SUS municipal, assim como das instâncias gestoras do SUS a nível estadual e federal, decorrente da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo específico ou de notificação dirigida a **CONTRATADA**.

Parágrafo Sétimo
É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE** ou para o Ministério da Saúde.

Parágrafo Oitavo
A CONTRATADA deverá manter sua equipe atualizada através de treinamentos e educação continuada.

Parágrafo Nono
A **CONTRATADA** deverá possuir rotinas escritas de funcionamento, que contemplem horário de funcionamento, direitos e deveres do paciente, atribuições de cada profissional, com suas responsabilidades. Estas rotinas deverão ter a ciência de todos os funcionários vinculados ao atendimento SUS e ser amplamente divulgadas aos seus pacientes e responsáveis.

Parágrafo Décimo
A **CONTRATADA** deverá realizar os atendimentos e encaminhamentos seguindo rigorosamente os procedimentos e prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo Décimo Primeiro
O paciente deverá ter Plano Fisioterapêutico Individual (registro de evolução da **avaliação inicial e da avaliação final do tratamento),** as informações devem estar registradas em prontuário único informatizado, sendo o módulo disponibilizado pelo **CONTRATANTE**.

Parágrafo Décimo Segundo
A Secretaria Municipal de Saúde avaliará mensalmente as metas estabelecidas bem como os indicadores de desempenho discriminados no **ANEXO I**, e diante de constatações/ irregularidades que desabonem a **CONTRATADA**, este será comunicado oficialmente pela Secretaria Municipal de Saúde.
Diante disso, o prestador participará de reunião a ser realizada na SMS-FB com o registro das informações/ irregularidades identificadas em Ata, passando a não receber o Incentivo Municipal em sua integralidade referente ao mês avaliado.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

I. Acompanhar, fiscalizar, supervisionar e auditar as ações desenvolvidas pela **CONTRATADA**;
II. Realizar o pagamento mensal, de acordo com o estabelecido no Contrato, referente aos valores unitários do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, conforme repasse do Fundo Nacional de Saúde;
III. Avaliar mensalmente os indicadores quantitativos e qualitativos (metas) de cada estabelecimento credenciado;
IV. Repassar o Incentivo Financeiro mensal, sendo este condicionado ao cumprimento das metas estabelecidas;
V. Realizar vistoria técnica semestral na **CONTRATADA** para verificação de Recursos Humanos e da Infraestrutura Operacional;
VI. Realizar vistoria técnica semestral na **CONTRATADA** para verificação de Recursos Humanos e da Infraestrutura Operacional; **(Apêndice III)**
VII. Acompanhar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, visto que o serviço credenciado deverá manter as mesmas condições que o habilitou;
VIII. Gerenciar o fluxo de ingresso dos usuários no serviço de fisioterapia;
IX. Propiciar que a assistência ambulatorial eletiva na área de fisioterapia ocorra em conformidade com os protocolos e fluxos estabelecidos;
X. Cadastrar a biometria dos usuários;
XI. Regularizar a cota do prestador no caso de pacientes faltantes;
XII. Processar o faturamento respeitando o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a este.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I. Sua sede deverá localizar-se no Município de Francisco Beltrão;
II. Garantir a privacidade do atendimento e a acessibilidade à estrutura física ao serviço de fisioterapia;
III. Efetuar de forma regular a manutenção dos equipamentos, materiais necessários, mobiliário e espaço físico para execução dos procedimentos de fisioterapia;
IV. Fornecer todas as condições físicas, tais como água, luz, telefonia, limpeza para o adequado funcionamento da clínica de fisioterapia;
V. Disponibilizar computadores com impressoras para operacionalização do Sistema da Secretaria Municipal de Saúde. A Contratada deverá alimentar o novo módulo de faturamento realizando a recepção diária dos procedimentos de fisioterapia, através do código de barra emitido na autorização do procedimento e com confirmação através da biometria do usuário SUS para cada sessão efetuada.
VI. Efetuar para cada paciente ingressado no serviço o Plano Fisioterapêutico Individual e ao término do tratamento também especificando a alta do usuário SUS ou a necessidade de continuidade do tratamento. Os registros devem ser em prontuário único informatizado disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, esse processo configura a realização da Consulta de Atenção Especializada;
VII. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de auditoria e monitoramento, o serviço deverá manter no estabelecimento toda a documentação referente à avaliação fisioterapêutica e os atendimentos fisioterapêuticos prestados;
VIII. Realizar atendimento de no máximo 06 pacientes/hora/profissional.
IX. A sessão compreende todas as medidas necessárias ao tratamento das patologias apresentadas pelo usuário, incluindo a utilização de equipamentos. O parâmetro mínimo no tempo de atendimento é de 30 minutos cada sessão/usuário (Resolução COFFITO nº444/2014)
X. Atender todos os procedimentos constantes nesse contrato, conforme à demanda de pacientes do SUS, encaminhados para atendimento ao serviço e regulados pela Central de Agendamentos Municipal.
XI. Executar os procedimentos contratados conforme seus descritivos na Tabela SIGTAP estabelecido pelo Ministério da Saúde, contemplando o cuidado integral ao paciente;
XII. Obedecer a cobrança do quantitativo máximo estabelecido no SIGTAP/SUS. (20 sessões de fisioterapia/mês), independentemente do local anatômico a ser tratado durante as sessões;
XIII. Após a realização do procedimento fisioterapêutico, a CONTRATADA deverá registrar a biometria do usuário no sistema disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, estes registros serão o faturamento mensal do prestador. Nos casos em que ocorrer dificuldades para lançar os procedimentos pela biometria, o contato junto a SMS para a regularização é por meio do telefone: 35202130 Ramal:9;
XIV. Após o término das sessões iniciais solicitadas pelo profissional médico, caso o fisioterapeuta verificar a necessidade temporária da continuidade de tratamento, deverá evoluir no prontuário do paciente e emitir um primeiro documento de contra referência nos moldes disponibilizado pela Secretaria, orientando que o usuário retorne na unidade de saúde e o administrativo sob supervisão do enfermeiro autorize o quantitativo necessário de fisioterapias;
XV. Nos casos que ainda apresentarem a necessidade de continuidade do tratamento, o fisioterapeuta deve justificar para a Unidade Básica de Saúde mediante evolução técnica em prontuário informatizado e emitir uma segunda contra referência formalizada ao usuário, orientando que o mesmo retorne na Unidade de Saúde, realize nova avaliação médica.

XVI. Manter em local visível a informação de gratuidade do atendimento. Prestador integrante SUS.

XVII. Realizar atendimento humanizado de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);

XVIII. Manter em local visível para a população o número do telefone da Ouvidoria Municipal de Saúde;

XIX. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

XX. O serviço deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, realizando todas as alterações necessárias e dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos procedimentos contratados. Conforme Portaria 1646 de 02 de outubro de 2015 no Art. 7º O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos;

XXI. É de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA a alocação de recursos humanos adequados e suficientes para a execução do contrato, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais resultados de vínculo empregatício, cujo ônus em nenhuma hipótese será transferido ao município;

XXII. Comunicar a equipe técnica envolvida diretamente com a realização da pactuação do Contrato, os compromissos e metas do mesmo, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;

XXIII. Apresentar esclarecimentos das manifestações provenientes da Ouvidoria encaminhadas pela SMS- FB, dentro de no máximo **07 (sete)** dias após a ciência. A resposta deve ser em formulário específico da SMS-FB;

XXIV. A Direção do serviço contratado deverá contar com meios que lhe permitam acumular informações estratégicas que propiciem a aplicação de ferramentas gerenciais adequadas para a correção de problemas identificados, assim como para o aprimoramento dos serviços;

XXV. Não poderá a clínica credenciada se recusar de atender e nem deixar em fila de espera os pacientes com necessidade de atendimento especializado devido à complexidade de sua condição funcional;

XXVI. A Contratada ao receber a solicitação de fisioterapia autorizada pela Central de Agendamentos Municipal terá um prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis para realizar a consulta inicial e as sessões de fisioterapia. A validade da autorização fisioterapêutica é de 60 (sessenta) dias contados a partir da emissão da Guia de Autorização pela Central de Agendamentos Municipal;

XXVII. A **CONTRATADA** receberá da Secretaria Municipal de Saúde, em comodato um leitor de biometria para a confirmação unitária dos procedimentos realizados diariamente. No caso de uma primeira intercorrência com o equipamento o Município se responsabilizará com a manutenção, o conserto e/ ou troca do mesmo. A partir de uma segunda intercorrência com o leitor, as necessidades de manutenção, conserto e/ou substituição do equipamento, ficará sob a responsabilidade da **CONTRATADA;**

XXVIII. Garantir o acesso do Conselho de Saúde no exercício do seu poder de fiscalização; e

XXIX. **A CONTRATADA** deverá comunicar a SMS quando os usuários SUS faltam por 2 vezes consecutivas sem justificativa à sessão de fisioterapia. Este procedimento será cancelado pela SMS e o recurso financeiro retornará para a cota mensal do prestador.

CLÁUSULA NONA – DO DOCUMENTO DESCRITIVO ANUAL

O **ANEXO I** deste Contrato, trata-se do Documento Descritivo Anual, o qual especifica os serviços em que habilitaram a CONTRATADA à celebração do presente, discorre sobre as metas quantitativas e qualitativas e o repasse do incentivo financeiro, trata-se de parte integrante e indissociável deste instrumento, segue com as orientações da Portaria nº1034 de 5 de maio de 2010, a qual dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Documento Descritivo anual dos serviços de fisioterapia, conta com as seguintes informações:

1. Considerações gerais;
2. Identificação da Instituição;
3. Caracterização dos profissionais e estrutura da Instituição;
4. Da Assistência à Saúde;
5. Do Processo Administrativo - Metas e Indicadores qualitativos e quantitativos;
6. Apêndice I – Relatório de Avaliação de Desempenho dos serviços de fisioterapia, cálculo do incentivo financeiro em formulário elaborado pela equipe técnica da SMS;
7. Apêndice II- Documento de Vistoria Técnica no serviço de fisioterapia elaborado pela equipe técnica da SMS;
8. Apêndice III- Protocolo para solicitação médica dos procedimentos de fisioterapia elaborado pela equipe técnica da SMS;
9. Apêndice IV- Fluxograma para alta do tratamento ou continuidade do tratamento, quando necessário, elaborado pela equipe técnica da SMS;
10. Apêndice V- Guia de solicitação médica específica para a solicitação de fisioterapia elaborado pela técnica da SMS;
11. Apêndice VI- Guia de contra- referência a ser utilizada pelo serviço de fisioterapia para solicitação da continuidade do tratamento, elaborado pela equipe técnica da SMS;

Apêndice VII- Formulário para utilização da ouvidoria municipal referente aos questionamentos dos serviços de fisioterapia, elaborado pela equipe técnica da SMS;

12. Apêndice VIII- Formulário para utilização do serviço de fisioterapia referente aos questionamentos da ouvidoria municipal, elaborado pela equipe técnica da SMS;

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** é responsável pela indenização por dano causado ao usuário do SUS, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado a **CONTRATADA** o direito de regresso, quando cabível.

Parágrafo Primeiro

A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**, nos termos da legislação referente à Lei n. º 8.666/93.

Parágrafo Segundo

A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei n. º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PAGAMENTO

A origem dos recursos financeiros destinados à **CONTRATADA** dar-se-á da seguinte forma:

I - Do componente da Média e Alta Complexidade, Teto MAC:

a) A Secretaria Municipal de Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), ou em outro sistema de processamento de faturas que o venha substituir e realizará auditoria, analítica e/ou operativa quando julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à **CONTRATADA**.

b) O Departamento Administrativo encaminhará por e-mail ao prestador de serviços, o valor faturado para a emissão de Nota Fiscal da prestação de serviços realizados.

c) A **CONTRATADA** receberá, mensalmente da Prefeitura Municipal de Francisco Beltrão, através da Secretaria Municipal da Saúde, a importância de acordo com os valores unitários previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento.

I- Do Incentivo Financeiro:

a) Será proveniente de recursos próprios do município;

b) O Departamento de Controle e Avaliação emitirá relatório mensal da avaliação de desempenho de cada prestador, calculando o percentual de incentivo alcançado, o qual será encaminhando ao Departamento Administrativo da SMS para o trâmite do pagamento.

c) O Departamento Administrativo encaminhará por e-mail ao prestador de serviços, o valor financeiro referente a avaliação mensal para a emissão de Nota Fiscal do incentivo financeiro a ser recebido.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de análise indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato e no documento descritivo, o qual orienta sobre as metas quantitativas e qualitativas, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

Parágrafo Primeiro

O **CONTRATANTE** vistoriará as instalações da **CONTRATADA**, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

Parágrafo Segundo

Qualquer alteração ocorrida na **CONTRATADA** que resulte em alteração do seu perfil jurídico, administrativo, técnico e da sua capacidade operacional poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo Terceiro

A **CONTRATADA** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos seus serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE** designados para tal fim.

Parágrafo Quarto
Em qualquer hipótese é assegurado a **CONTRATADA** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste instrumento, ou de dever originado de norma legal, ou regulamentada pertinente autorizará o contratante, garantida a prévia defesa a aplicar em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93.

I. Advertência;
II. Multa de 20% sobre o valor total contratado par o caso de descumprimento parcial de obrigação da Contratada.
III. Suspensão temporária da realização dos serviços;
IV. Descredenciamento, implicando na rescisão do presente, após o devido processo legal;
V. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Município;
VI. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Parágrafo Primeiro - As sanções previstas nos incisos I, III e IV desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com o inciso II.

Parágrafo Segundo - Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 10 (dez) dias úteis para interpor recurso dirigido à Secretaria Municipal da Saúde de Francisco Beltrão.

Parágrafo Terceiro - A imposição das sanções previstas nas Leis acima mencionadas dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ocorreu e dela será notificada a **CONTRATADA**, de acordo com as disposições da legislação do Sistema Municipal de Auditoria do SUS.

Parágrafo Quarto- Cabe as partes atender a Resolução SESA nº 207/2016, ao adotar práticas anticorrupção, devendo observar que:

- O Banco Mundial exige que o Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde SESA, Mutuários de Empréstimo (incluindo beneficiários do empréstimo do Banco), licitantes, fornecedores, empreiteiros e seus agentes (sejam eles declarados ou não), subcontratados, subconsultores, prestadores de serviço e fornecedores, além de todo funcionário a eles vinculado, que mantenham os mais elevados padrões de ética durante a aquisição e execução de contratos financiados pelo Banco. Em consequência desta política, o Banco define, para os fins desta disposição, os termos indicados a seguir:

1"Prática corrupta": significa oferecer, entregar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer coisa de valor com a intenção de influenciar de modo indevido a ação de terceiros;

2"Prática fraudulenta": significa qualquer ato, falsificação ou omissão de fatos que, de forma intencional ou irresponsável induza ou tente induzir uma parte a erro, com o objetivo de obter benefício financeiro ou de qualquer outra ordem, ou com a intenção de evitar o cumprimento de uma obrigação;

3"Prática colusiva": significa uma combinação entre duas ou mais partes visando alcançar um objetivo indevido, inclusive influenciar indevidamente às ações de outra parte;

4"Prática coercitiva": significa prejudicar ou causar dano, ou ameaçar direta ou indiretamente, a qualquer parte interessada ou à sua propriedade, para influenciar indevidamente as ações de uma parte;

5"Prática obstrutiva": significa deliberadamente destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em investigações ou fazer declarações falsas a investigadores, com o objetivo de impedir materialmente uma investigação do Banco de alegações de prática corrupta, fraudulenta, coercitiva ou colusiva, e/ou ameaçar, perseguir ou intimidar qualquer parte interessada, para impedi-la de mostrar seu conhecimento sobre assuntos relevantes à investigação ou ao seu prosseguimento, ou atos que tenham como objetivo impedir materialmente o exercício dos direitos do banco de promover inspeção ou auditoria, estabelecidos no parágrafo (e) abaixo:

- Rejeitará uma proposta de outorga se determinar que o licitante recomendado para a outorga do contrato, ou qualquer do seu pessoal, ou seus agentes, subconsultores, subempreiteiros, prestadores de serviço, fornecedores e/ou funcionários, envolveu-se, direta ou indiretamente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao concorrer para o contrato em questão;

- Declarará viciado o processo de aquisição e cancelará a parcela do empréstimo alocada a um contrato se, a qualquer momento, determinar que representantes do Mutuário ou de um beneficiário de qualquer parte dos recursos empréstimo envolveram-se em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas durante o processo de aquisição ou de implementação do contrato em questão, sem que o Mutuário tenha adotado medidas oportunas e adequadas, satisfatórias ao Banco, para combater essas práticas quando de sua ocorrência, inclusive por falhar em informar tempestivamente o Banco no momento em que tomou conhecimento dessas práticas;

- Sancionará uma empresa ou uma pessoa física, a qualquer tempo, de acordo com os procedimentos de sanção cabíveis do Banco, inclusive declarando-a inelegível, indefinidamente ou por prazo determinado: (i) para a outorga de contratos financiados pelo Banco; e (ii) para ser designado subempreiteiro, consultor, fornecedor ou prestador de serviço de uma empresa elegível que esteja recebendo a outorga de um contrato financiado pelo Banco;

- Os licitantes, fornecedores e empreiteiros, assim como seus subempreiteiros, agentes, pessoal, consultores, prestadores de serviço e fornecedores, deverão permitir que o Banco inspecione todas as contas e registros, além de outros documentos referentes à apresentação das propostas e à execução do contrato, e os submeta a auditoria por profissionais designados pelo Banco.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

O presente Contrato poderá ser rescindido de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, artigos 77, 78,79,90:

I. Unilateralmente e por escrito pelo **CONTRATANTE**, nos casos de descumprimento pela **CONTRATADA** das condições pactuadas, e, ainda, na forma dos Incisos I a XII e XVII, do art. 78 e art. 77 da Lei Federal no 8.666/93;

II. Por acordo amigável entre as partes, desde que haja conveniência para o **CONTRATANTE**. Deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada do Gestor do SUS.

III. Por iniciativa das partes na via administrativa ou judicial, nos casos enumerados nos Incisos XII a XVII, do Artigo 78, da Lei Federal no 8.666/93, hipóteses em que, desde que não haja culpa da **CONTRATADA**.

Parágrafo Primeiro
No caso de ocorrência de fatos que possam ensejar a rescisão contratual, e se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para formalizar a rescisão. Se neste prazo a **CONTRATADA** negligenciar a prestação dos serviços ora contratados poderá ser aplicada multa de 20% sobre o valor total da contratada.

Parágrafo Segundo
Em caso de rescisão do presente contrato, por iniciativa, do **CONTRATANTE**, não caberá a **CONTRATADA** direito a qualquer indenização.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade previstos neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pelo **CONTRATANTE**, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato, nos termos da Lei 8.666/93.

Parágrafo Primeiro
Da decisão da Secretaria Municipal da Saúde que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Parágrafo Segundo
Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro da presente cláusula, a Secretaria Municipal de Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente, diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, podendo ser firmados, se necessário, Termos Aditivos, que farão parte integrante deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS PARTES INTEGRANTES

Integram o presente edital, independente da transcrição, o edital do chamamento público nº 12/2020, a proposta da CONTRATADA e ainda:

- ANEXO I – Documento descritivo – serviço ambulatorial na área de fisioterapia;
- Apêndice I – Relatório de avaliação de desempenho ao setor administrativo – serviços de fisioterapia;
- Apêndice II – Vistoria técnica no serviço de fisioterapia;
- Apêndice III – Protocolo de solicitação de fisioterapia;
- Apêndice IV – Fluxograma para alta e continuidade de tratamento;
- Apêndice V – Guia para solicitação de fisioterapia;
- Apêndice VI – Contra-referência para continuidade de fisioterapia;
- Apêndice VII – Formulário para utilização da ouvidoria municipal referente aos questionamentos dos serviços de fisioterapia; e
- Apêndice VIII – Formulário para utilização do serviço de fisioterapia referente aos questionamentos da ouvidoria municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO FORO

As partes elegem o Foro Central da Comarca de Francisco Beltrão, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente contrato em uma única via, de onde serão extraídas as cópias necessárias, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Francisco Beltrão, 27 de janeiro de 2021.

CLEBER FONTANA
CPF Nº 020.762.969-21
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

CLINICA REABILITAR LTDA
CONTRATADA
JOELI VEDANA
CPF 041.420.889-71

TESTEMUNHAS:

ANTONIO CARLOS BONETTI

MANOEL BREZOLIN

ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO- SERVIÇO AMBULATORIAL NA ÁREA DE FISIOTERAPIA

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente Documento Descritivo tem por objetivo integrar o objeto do Contrato entre esta Secretaria de Saúde e a Instituição privada, definindo as responsabilidades, fixando critérios e instrumentos de acompanhamento, avaliação de resultados através de metas e indicadores definidos.

O serviço de saúde deverá prestar atendimento fisioterapêutico ambulatorial aos usuários visando sua recuperação funcional e atendendo as limitações neurológicas, motoras, respiratórias, uroginecológicas, entre outras. Segue abaixo a apresentação dos procedimentos a serem contratualizados conforme descrição da Tabela SIGTAP/ SUS:

***0301010048** – Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada;
***0302010017** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas.
***0302010025** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas.
***0302040021** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório sem Complicações Sistêmicas;
***0302050019** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-operatórios nas Disfunções Músculo Esqueléticas;
***0302050027** - Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras;
***0302060022** - Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais com Complicações Sistêmicas;
***0302070036** - Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Sequelas por Queimaduras.

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome Empresarial: CLINICA REABILITAR LTDA

Nome Fantasia: REABILITARE CLINICA DE FISIOTERAPIA

N. º C.N.P.J.: 07812956000137

N° CNES: 3934357

Endereço: SÃO PAULO, 1425

Cidade: Francisco Beltrão Estado: Paraná

Responsável Técnico

Nome: Joeli Vedana

N. º do Registro no Conselho de Classe: 112470F

3. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estabelecimento FISIOVIDA realizará a Avaliação Fisioterapêutica e a Fisioterapia.

2.1. Quantidade de profissionais fisioterapeutas SUS: 03 profissionais.
2.2. Total de carga horária mensal: 116 horas.
2.3. Quantidade de salas para atendimento individual: 01 sala.
2.4. Quantidade de salas para atendimento em grupo: 02 salas.
2.5. Equipamentos disponíveis e em utilização SUS:

Equipamentos	Quantitativo	Uso SUS
Ultrassom	02	(X)sim ( )não
TENS/FES	09	(X)sim ( )não
LASER	00	(X)sim ( )não
Tatame Alto	01	(X)sim ( )não

Maca	10	(X)sim ( )não
Espelho	02	(X)sim ( )não
Espaldar	02	(X)sim ( )não
Bola terapêutica	05	(X)sim ( )não
Tornozeleira/halteres	20	(X)sim ( )não
Tábua proprioceptiva	02	(X)sim ( )não
Aparelho de calor superficial infravermelho	02	(X)sim ( )não
Bolsas térmicas	00	(X)sim ( )não
Barra paralela	00	(X)sim ( )não
Bicicleta ergométrica	01	(X)sim ( )não
Esteira ergométrica	00	(X)sim ( )não
Faixas elásticas	21	(X)sim ( )não
Estimuladores inspiratórios e expiratórios	02	(X)sim ( )não
Outros:		
Bola cravo	01	(X)sim ( ) não
Escada de dedos	01	(X)sim ( ) não
Bastão	05	(X)sim ( ) não
Balancin	01	(X)sim ( ) não
Holter	06	(X)sim ( ) não
Rolos	05	(X)sim ( ) não
Emborrachados	06	(X)sim ( ) não
Cunha	02	(X)sim ( ) não
Banquinhos MMII	04	(X)sim ( ) não
Rampa	01	(X)sim ( ) não

4. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A população a ser atendida é a de usuários do Sistema Único de Saúde de Francisco Beltrão na faixa etária de **0 a 130 anos**, oriundos das Unidades Municipais de Saúde, Hospital Regional do Sudoeste, Hospital São Francisco e a Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS).

O fluxo assistencial para o atendimento fisioterapêutico da população, seguirá a legislação do SUS, o protocolo e o fluxograma de encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Beltrão (SMS-FB). **(Apêndice III e Apêndice IV).**

5. DO PROCESSO ADMINISTRATIVO:

Disponibilizar ofertas de Avaliação e de Fisioterapia, conforme pactuação estabelecida nos doze (12) meses de vigência do contrato, estando condicionado ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas para o recebimento do Incentivo Financeiro.

a) **Metas Quantitativas:**

META QUANTITATIVA (equivale a 10% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**
Produção física mensal de consultas.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal	243		

Produção Física Mensal	Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal		
≥ 70% da Programação Física Mensal	100%	( )	R$ 1.160,00
60% a 69% da Programação Física Mensal	90%	( )	R$ 1.044,00
50% a 59% da Programação Física Mensal	80%	( )	R$ 928,00
40% a 49% da Programação Física Mensal	70%	( )	R$ 812,00

Fonte: SIA /SUS

META QUANTITATIVA (equivale a 60% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**
Produção física mensal de fisioterapias.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal	2.923		

Produção Física Mensal	Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal		Recurso a ser destinado
≥ 70% da Programação Física Mensal	**100%**	**( )**	**R$ 10.440,00**
60% a 69% da Programação Física Mensal	**90%**	**( )**	**R$ 9.396,00**
50% a 59% da Programação Física Mensal	**80%**	**( )**	**R$ 8.352,00**
40% a 49% da Programação Física Mensal	**70%**	**( )**	**R$ 7.308,00**
TOTAL			

b) **Metas Qualitativas:**

METAS QUALITATIVAS (equivale a 30% do valor total do Incentivo Financeiro)			
PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO.	**FREQUÊNCIA DE ANÁLISE E FONTES**	**PONTUAÇÃO**	**PONTOS ATINGIDOS**
Registros de queixas na Ouvidoria, no que se refere à assistência do serviço contratado, com inconformidades devidamente averiguadas por profissional fisioterapeuta da SMS. Os esclarecimentos devem ser apresentados pelo prestador em formulário específico dentro de no máximo **07 (sete)** dias após a ciência. **Ausência registro = pontuação integral;** **Um registro com inconformidade comprovada = 80% da pontuação;** **Dois registros com inconformidade comprovada ou mais = 50% da pontuação;** **Três ou mais registros= 0**	**Indicador Mensal** **Documentos Ouvidoria** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. **Atualizado = pontuação integral;** **Necessidade de 01 atualização= 80% da pontuação.** **Necessidade de 02 atualizações= 50% da pontuação.** **Necessidade de 03 ou mais atualizações= zero**	**Indicador Mensal** **Listagem de Profissionais emitida no site do CNES** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde.**	100	
Compatibilidade da produção dos profissionais cadastrados no CNES **80% de atendimentos por carga horária= pontuação integral** **60% a 79% = 50% da pontuação** **Menor que 60%= zero**	**Indicador Mensal** **Controle dos atendimentos pelo Registrado no sistema de biometria.** **Conferência com os pacientes via telefone.** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Garantia do quantitativo de equipamentos apresentados no momento da vistoria de credenciamento. Pode ser aumentado em quantidade ou variedade. Necessário comprovar a manutenção periódica dos mesmos. **Mantida ou aumento de equipamentos= pontuação integral;** **Redução de 01 equipamento= 80% da pontuação** **Redução de 02 equipamentos = 50% da pontuação** **Redução de 03 ou mais equipamentos= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Utilização do sistema de prontuário disponibilizado pela SMS-FB. **Registro= Pontuação Integral;** **Ausência de Registro= zero.**	**Indicador Mensal** **Registro- IDSSaúde** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Manter em local visível a informação da gratuidade do atendimento. Prestador integrante do SUS e o número de telefone da Ouvidoria Municipal. **Informação visível = Pontuação Integral.** **Ausência de regularização= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Prestador/Secretaria Municipal de Saúde**	100	
TOTAL		**600**	

***No caso de férias legais ou <u>ausência por período prolongado</u> de profissional fisioterapeuta, o serviço deverá providenciar profissional substituto ou solicitar a SMS redução de oferta.**
*** O prestador deverá manter-se durante a execução do contrato em compatibilidade com as suas obrigações e com as condições apresentadas no momento do credenciamento.**

PARÂMETROS ESTABELECIDOS

PONTUAÇÃO	% PARA CÁLCULO SOBRE O INCENTIVO FINANCEIRO - PARCELA QUALITATIVA	
600	100%	R$ 4.971,43
500-599	90%	R$ 4.474,29
400-499	80%	R$ 3.977,14
≤399	70%	R$ 3.480,00

INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO NO MÊS:

	% ATINGIDO	VALOR TOTAL DO INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO
Parcela Quantitativa (70%)		
Parcela Qualitativa (30%)		
TOTAL PARA REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO		

A Secretaria Municipal de Saúde avaliará mensalmente as metas estabelecidas, bem como os indicadores de desempenho discriminados, e diante de constatações/ irregularidades que desabonem a CONTRATADA, este será comunicado oficialmente pela Secretaria Municipal de Saúde. O prestador participará de reunião a ser realizada na SMS-FB com o registro das informações/ irregularidades identificadas em Ata, quando não for receber o Incentivo Municipal em sua integralidade referente ao mês avaliado
De acordo,

Francisco Beltrão, 27 de janeiro de 2021.

CLEBER FONTANA
PREFEITO MUNICIPAL

MANOEL BREZOLIN
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

CLÍNICA REABILITAR LTDA.
CONTRATADA

APÊNDICE I

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO AO SETOR ADMINISTRATIVO - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

SERVIÇO: _____COMPETÊNCIA: _____

O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria realizou o acompanhamento mensal da produção do prestador e encaminha ao Departamento Administrativo para pagamento.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO – META QUANTITATIVA

META QUANTITATIVA (equivale a 10% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**
Produção física mensal de consultas.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal			

Produção Física Mensal	**Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal**	**Recurso a ser destinado**
≥ 70% da Programação Física Mensal	100% ( )	R$
60% a 69% da Programação Física Mensal	90% ( )	R$
50% a 59% da Programação Física Mensal	80% ( )	R$
40% a 49% da Programação Física Mensal	70% ( )	R$
TOTAL		R$

Fonte: SIA /SUS

META QUANTITATIVA (equivale a 60% do valor total do Incentivo Financeiro)				
Indicadores Quantitativos	**Meta**	**Programação Física mensal (capacidade)**	**Produção Física Mensal (produção)**	**% da Produção mensal física frente à Programação física mensal**

Produção física mensal de fisioterapias.	Programação Física mensal frente à Produção Física mensal			

Produção Física Mensal	Percentual atingido da Produção mensal x Programação mensal	Recurso a ser destinado
≥ 70% da Programação Física Mensal	**100% ( )**	**R$**
60% a 69% da Programação Física Mensal	**90% ( )**	**R$**
50% a 59% da Programação Física Mensal	**80% ( )**	**R$**
40% a 49% da Programação Física Mensal	**70% ( )**	**R$**
TOTAL		**R$**

Fonte: SIA /SUS

C) **Metas Qualitativas:**

METAS QUALITATIVAS (equivale a 30% do valor total do Incentivo Financeiro)			
PARÂMETROS DE MONITORAMENTO DE REGISTROS E QUALIDADE DO SERVIÇO.	**FREQUÊNCIA DE ANÁLISE E FONTES**	**PONTUAÇÃO**	**PONTOS ATINGIDOS**
Registros de queixas na Ouvidoria, no que se refere à assistência do serviço contratado, com inconformidades devidamente averiguadas por profissional fisioterapeuta da SMS. Os esclarecimentos devem ser apresentados pelo prestador em formulário específico dentro de no máximo **07 (sete)** dias após a ciência. **Ausência registro = pontuação integral;** **Um registro com inconformidade comprovada = 80% da pontuação;** **Dois registros com inconformidade comprovada ou mais = 50% da pontuação;** **Três ou mais registros= 0**	**Indicador Mensal** **Documentos Ouvidoria** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado. **Atualizado = pontuação integral;** **Necessidade de 01 atualização= 80% da pontuação.** **Necessidade de 02 atualizações= 50% da pontuação.** **Necessidade de 03 ou mais atualizações= zero**	**Indicador Mensal** **Listagem de Profissionais emitida no site do CNES** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde.**	100	

Compatibilidade da produção dos profissionais cadastrados no CNES **80% de atendimentos por carga horária= pontuação integral** **60% a 79% = 50% da pontuação** **Menor que 60%= zero**	**Indicador Mensal** **Controle dos atendimentos pelo Registrado no sistema de biometria.** **Conferência com os pacientes via telefone.** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Garantia do quantitativo de equipamentos apresentados no momento da vistoria de credenciamento. Pode ser aumentado em quantidade ou variedade. Necessário comprovar a manutenção periódica dos mesmos. **Mantida ou aumento de equipamentos= pontuação integral;** **Redução de 01 equipamento= 80% da pontuação** **Redução de 02 equipamentos = 50% da pontuação** **Redução de 03 ou mais equipamentos= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Utilização do sistema de prontuário disponibilizado pela SMS-FB. **Registro= Pontuação Integral;** **Ausência de Registro= zero.**	**Indicador Mensal** **Registro- IDSSaúde** **Responsável: Secretaria Municipal de Saúde**	100	
Manter em local visível a informação da gratuidade do atendimento. Prestador integrante do SUS e o número de telefone da Ouvidoria Municipal. **Informação visível = Pontuação Integral.** **Ausência de regularização= zero**	**Indicador Semestral** **Vistoria in loco** **Responsável: Prestador/Secretaria Municipal de Saúde**	100	
TOTAL		**600**	

***No caso de férias ou <u>ausência por período prolongado</u> de profissional fisioterapeuta, o serviço deverá providenciar profissional substituto ou solicitar a SMS redução de oferta.**
*** O prestador deverá manter-se durante a execução do contrato em compatibilidade com as suas obrigações e com as condições apresentadas no momento do credenciamento.**

PARÂMETROS ESTABELECIDOS

Pontuação	% Para cálculo sobre o incentivo financeiro - Parcela qualitativa	Recurso a ser destinado
600	**100%( )**	**R$**
500-599	**90% ( )**	**R$**
400-499	**80% ( )**	**R$**
≤399	**70% ( )**	**R$**
TOTAL		**R$**

INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO NO MÊS:

	% ATINGIDO	VALOR TOTAL DO INCENTIVO FINANCEIRO ATINGIDO
Parcela Quantitativa (70%)		**R$**

Parcela Qualitativa (30%)		**R$**
TOTAL PARA REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO		**R$**

APÊNDICE II

VISTORIA TÉCNICA NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

1. Identificação do Estabelecimento

Nome Fantasia:

Razão Social:

Nº CNPJ:

Endereço:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone: e-mail:

Pessoa de referência para contato:

2. Responsável Técnico

Profissional: __ _ _ _ _ _ N.º Conselho de Classe_

3. Recursos Humanos para atendimento SUS

Nome do Profissional Fisioterapeuta	Especialidade	*Carga Horária Semanal	Nº da inscrição no Conselho

*Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá apresentar a carga horária destinada exclusivamente ao atendimento dos usuários do SUS.

4. Infra-Estrutura Operacional

Atendimento (Unidade/Ambiente) Área total : _____m2	**Quantidade**
Sala para avaliação e/ou atendimento individual (área de 7,5m2)	
Salas de atendimentos (mecanoterapia)	
Sala para cinesioterapia (área mínima de 20m2)	
Box de terapias (eletrotermofototerapia) para atendimentos reservados (2,4m2)	
Apoio Administrativo e Recepção	**Quantidade**
Sanitário adaptado	
Sala de espera/recepção	
Sala de arquivo/SAME	
Área Externa	**Quantidade**
Área externa com acessibilidade ao serviço. (Acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeiras de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de corredores e portas e demais normas definidas pela ABNT – 1990;	

5. Equipamentos

Equipamentos	**Quantitativo**	**Uso SUS**
Ultrassom		( )Sim ( ) Não
TENS/FES		( )Sim ( ) Não
LASER		( )Sim ( ) Não
Tatame Alto		( )Sim ( ) Não
Maca		( )Sim ( ) Não
Espelho		( )Sim ( ) Não
Espaldar		( )Sim ( ) Não
Bola terapêutica		( )Sim ( ) Não
Tornozeleira/halteres		( )Sim ( ) Não
Tábua proprioceptiva		( )Sim ( ) Não
Aparelho de calor superficial infravermelho		( )Sim ( ) Não
Bolsas térmicas		( )Sim ( ) Não
Barra paralela		( )Sim ( ) Não
Bicicleta ergométrica		( )Sim ( ) Não
Esteira ergométrica		( )Sim ( ) Não
Faixas elásticas		( )Sim ( ) Não
Estimuladores inspiratórios e expiratórios		( )Sim ( ) Não

Responsável do estabelecimento pela declaração de dados constantes nesta Ficha Técnica:

_____
(Carimbo e assinatura)

VISTORIA TÉCNICA NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA – ANO: _____

O documento abaixo será preenchido no momento da vistoria por equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde – SMS para validação do documento Vistoria Técnica no Serviço de Fisioterapia:

1. Identificação do Estabelecimento: _____
2. Data da vistoria: _____ / _____ / _____.
3. Dados da vistoria técnica no serviço:

Profissional (is) Responsável (eis) pela Vistoria

_____

(Nome completo, carimbo e assinatura)

APÊNDICE III- PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE APLICAÇÃO	CID COMPATÍVEIS- TABELA SUS
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	**Pré e pós-operatório de cirurgias como:** * Fraturas; * Lesões ligamentares e musculares; * Processos degenerativos discais; *Correções de deformidades; *Cirurgias cardíacas; *Cirurgias circulatórias; *Sistema respiratório entre outros.	**M966**- Fratura de osso subsequente a implante ortopédico, prótese e placa óssea. **M969**- Transtorno osteomuscular não especificado pós- procedimento. **M242-** Transtornos de ligamentos. **S899-** Traumatismo não especificado da perna **S699-** Traumatismo não especificado do punho e da mão. **S423**- Fratura da diáfise do úmero. **S529**- Fratura do antebraço, parte não especificada. **T136-** Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado. **T849** Complicação não especificada de dispositivo protético, implante e enxerto ortopédicos internos. **T932-** Sequelas de outras fraturas de membro inferior **T982-** Sequelas de algumas complicações precoces de traumatismos. **G558-** Compressões das raízes e dos plexos nervosos em outras doenças classificadas em outra parte. **G551-** Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais.

03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (**exceto pré e pós operatório)**	**Pode ser solicitada para os casos de:** *Bursite; *Artrite; *Osteoporose; *Entorse; *Lombalgias ou espondilopatias; *Luxações; *Tendinite; *Distensões; * Lesões por esforços repetitivos.	**M959-**Deformidade adquirida do sistema osteomuscular não especificada. **M999-** Lesão biomecânica não especificada. **M241-**Outros transtornos das cartilagens articulares. **M242-** Transtorno ligamentares. **M249-**Dessaranjo articular não especificado. **M358-** Outras espondilopatias especificadas. **M628-**Outros transtornos musculares especificados. **M790-** Reumatismo não especificado. **M798-** Outros transtornos especificados dos tecidos moles.

03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado)	Pacientes que apresentam sequelas ou complicações por traumas de queimaduras	**T284-** Queimadura de outros órgãos internos e dos não especificados. **T302-** queimadura de segundo grau, parte do corpo não especificada. **T303-**Queimadura de terceiro grau, parte do corpo não especificada

CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE APLICAÇÃO	CID COMPATÍVEIS- TABELA SUS
03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio **neuro-cinético-funcionais** com complicações sistêmicas.	Usuários que apresentam complicações sistêmicas de condições clinicas oriundas de acometimentos do Sistema Nervoso Central (SNC) e o Sistema nervoso Periférico (SNP. **Pode ser solicitada para os casos de:** *Hidrocefalia; *Traumatismo craniano; *Esclerose múltipla; *Paralisia cerebral; *Neuropatias; *Parkinson; *Alzheimer;	**F848-** Outros transtornos globais do desenvolvimento. **G122-** Doença do neurônio motor. **G20**-Doença de Parkinson. **G309-**Doença de Alzheimer não especificada. **G379**-Doença desmielinizante do sistema nervoso central, não especificada. **G540-**Transtornos do plexo braquial. **G541-** Transtornos do plexo lombossacral. **G570-** Lesão do nervo ciático **G619-**Polineuropatia inflamatória não especificada.

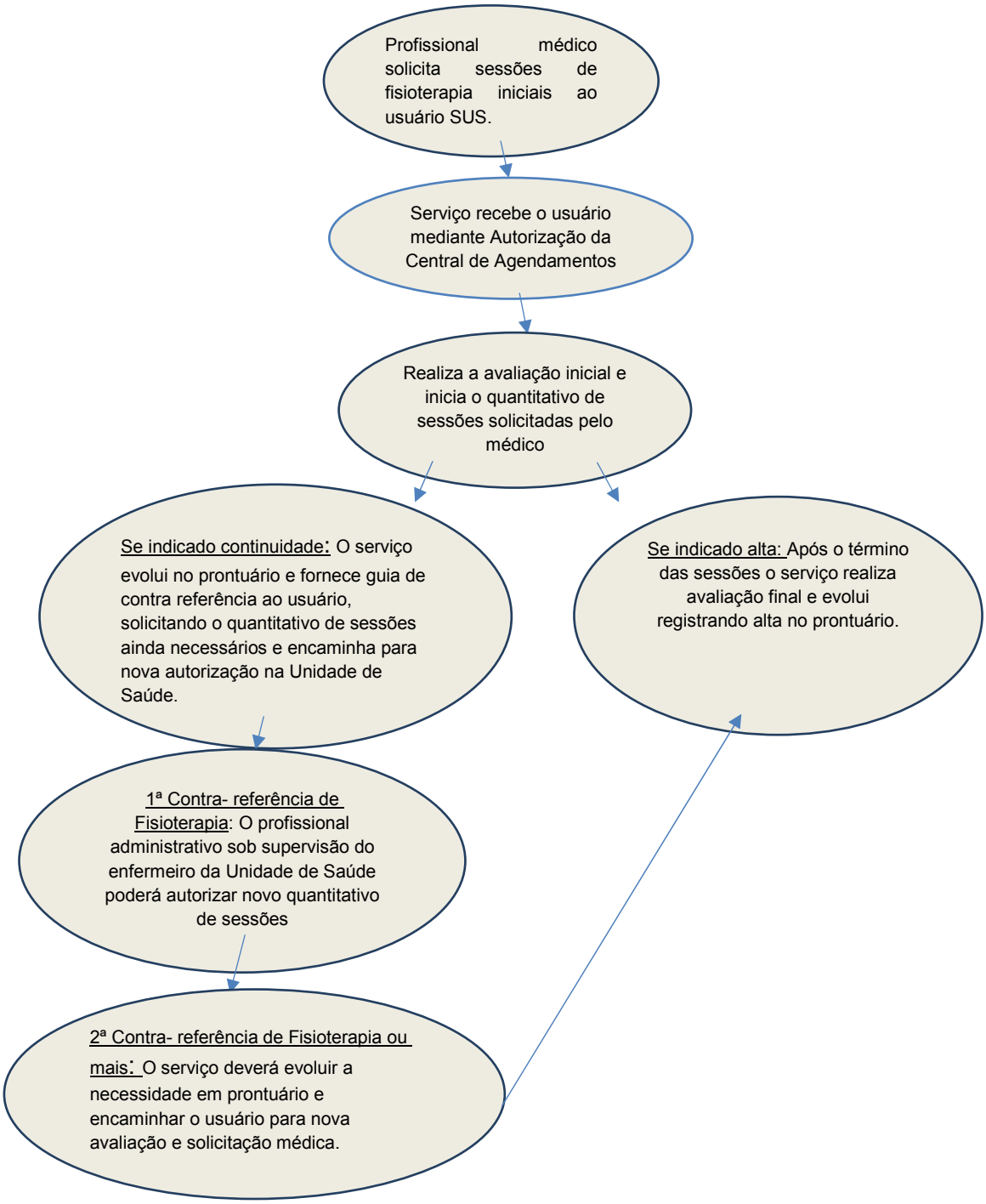
		*Lesão medular; *Acidente Vascular cerebral; *Vertigem; *Encefalopatia crônica, entre outras.	**G809**-Paralisia cerebral não especificada. **G819-**Hemiplegia não especificada. **G822**-Paraplegia não especificada. **G919**-Hidrocefalia não especificada. **G939-** Transtorno não especificado do encéfalo. **G959-** Doença não especificada da medula espinhal. **G969-** Transtorno não especificado do sistema nervoso central. **I678-** Outras doenças cerebrovasculares especificadas. **I694-** Sequelas de Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico

03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	Pacientes com transtorno respiratório de natureza clínica, pré ou pós cirúrgicos. Nos casos de disfunção pulmonar ou insuficiência respiratória. Visa a reexpansabilidade pulmonar e reeducação da cinésia respiratória. **Pode ser solicitada para os casos de:** *Doenças respiratórias agudas e crônicas. *Pneumopatias; *Doenças relacionadas ao sistema cardiovascular.	**J189-** Pneumonia não especificada. **J209**-Bronquite aguda não especificada. **J22-**Infecções agudas não especificadas das vias aéreas inferiores. **J439-** Enfisema não especificado. **J449-** Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada **J81-** Edema pulmonar, não especificado de outra forma. **J848-** Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas. **J958**- Outros transtornos respiratórios pós-procedimentos. **J969**- Insuficiência respiratória não especificada. **J988-** Outros transtornos respiratórios específicos. **J950-** Mau funcionamento de traqueostomia (Retirada de traqueostomia)

03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	Visa o preparo para cirurgia e redução de complicações pós cirúrgicos..	**N329-** Transtorno não especificado da bexiga. **N814-**Prolapso uterovaginal não especificado.

			N815-Enterocele vaginal. **N816**-Retocele. **N818-** Outro prolapso genital feminino. **O719-** Traumatismo obstétrico, não especificado. **N319-** Disfunção neuromuscular não especificada da bexiga.
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	Minimizar e tratar complicações e disfunções relacionadas ao assoalho pélvico, melhora do tônus muscular e das transmissões de pressões dos esfíncteres uretral e/ou anal	**N329-** Transtorno não especificado da bexiga. **N319-** Disfunção neuromuscular não especificada da bexiga

APENDICE IV- FLUXOGRAMA PARA ALTA E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

APENDICE V- GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO
ESTADO DO PARANA

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FRANCISCO BELTRÃO - PR

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

AVALIAÇÃO DE RISCO: ( ) **VERMELHO** ( ) **AMARELO** ( ) **VERDE** ***VALIDADE DE 60 DIAS APÓS EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO**

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **SEXO**: ( ) M ( ) F

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO - CID:_____

QUANTIDADE DE SESSÕES: ( ) 05 ( ) 10 ( )15 ( ) 20

( ) 03.02.05.001-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO MÚSCULO- ESQUELÉTICAS (PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO)
( ) 03.02.05.002-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (EXCETO CIRURGIA)
( ) 03.02.06.002-2 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS

( ) 03.02.04.002-1 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO TRANSTORNO RESPIRATÓRIO.

( ) 03.02.01.001-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.01.002-5 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.07.003-6 ATENDIMENTO FISIOTERÂPEUTICO EM SEQUELAS DE QUEIMADURA

É PROIBIDA a cobrança a pacientes ou seus familiares de qualquer pagamento no atendimento feito pelo SUS.

Telefones para informações:
SMS – 3520-2130

DATA: _____/_____/_____

_____
CARIMBO E ASSINATURA

APENDICE VI - CONTRA-REFERÊNCIA PARA CONTINUIDADE DE FISIOTERAPIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO
ESTADO DO PARANA

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FRANCISCO BELTRÃO - PR

CONTRA- REFERÊNCIA DE FISIOTERAPIA

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: ( ) 1ª Solicitação ( ) 2ª Solicitação ( ) 3ª Solicitação

PRESTADOR SOLICITANTE:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **SEXO:** ( ) M ( ) F **QUANTIDADE DE SESSÕES:** ( ) 05 ( ) 10 (

JUSTIFICATIVA TÉCNICA:

( ) 03.02.05.001-9 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO MÚSCULO- ESQUELÉTICAS (PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO)

( )03.02.05.002-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (EXCETO CIRURGIA)

( ) 03.02.06.002-2 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS

( ) 03.02.04.002-1 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO TRANSTORNO RESPIRATÓRIO.

( ) 03.02.01.001-7 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.01.002-5 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO UROGINECOLÓGICAS

( ) 03.02.07.003-6 ATENDIMENTO FISIOTERÂPEUTICO EM SEQUELAS DE QUEIMADURA

DATA: _____/_____/_____ CARIMBO E ASSINATURA

APENDICE VII - FORMULARIO PARA UTILIZAÇÃO DA OUVIDORIA MUNICIPAL REFERENTE AOS QUESTIONAMENTOS DOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA:

Registro da demanda:
_____
_____
_____

Sobre o atendimento em fisioterapia, favor esclarecer:

1- Qual foi a clínica, dia e horário do atendimento ao qual o sr. (a) queira se referir?
2- Poderia informar qual foi o seu diagnóstico médico que levou a procurar o atendimento fisioterapêutico?
3- Qual foi a orientação passada pelo fisioterapeuta quanto ao seu atendimento?
4- Quanto à fisioterapia realizada: utilizou aparelhos? Sabe informar quais?
5- Foi explicado o motivo das condutas (tratamento) que foram realizadas??
6- Qual foi o tempo total de atendimento?
7- Teve acompanhamento de profissional fisioterapeuta durante o atendimento?
8- Lembra o nome do profissional?
9- Resumindo o que foi feito durante o atendimento, sua reclamação principal é:
_____
_____
_____
_____.

APÊNDICE VIII- FORMULARIO PARA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA REFERENTE AOS QUESTIONAMENTOS DA OUVIDORIA MUNICIPAL:

Modelo para preenchimento de resposta do fisioterapeuta:

1- Dia e horário do atendimento?
2- Diagnóstico do paciente: (CID encaminhado pelo médico)?
3- Diagnóstico cinesiofuncional do paciente?
4- Objetivos do tratamento e condutas realizadas (incluindo eletro/termo/fototerapia)?
5- Houve alguma intercorrência durante o atendimento?
6- Foi realizado orientações ao paciente sobre o seu tratamento fisioterapêutico e condutas realizadas?
7- Foi explicado ao paciente o motivo das condutas que foram realizadas?
8- Qual foi o tempo total de atendimento?
9- Teve acompanhamento de profissional fisioterapeuta durante o atendimento?
10- Quem foi o profissional que realizou o atendimento?
11- Tem mais alguma consideração sobre o atendimento?

_____
_____
_____
_____

Proc. Administrativo 1- 1.580/2022

De: Bianca N. - SMA-LC-ALT

Para: SMA-PGM - Procuradoria Geral do Municipio - A/C Rodrinei B.

Data: 24/01/2022 às 16:45:16

Boa tarde!

Segue pedido de aditivo de meta e prazo para os Contratos nº 25 e 26, inexigilidade nº 04/2021

Urgente: contratos vencem em 26/01/2022.

Atenciosamente.

–

Bianca Zanini Niclote
Auxiliar administrativo

Proc. Administrativo 2- 1.580/2022

De: Camila B. - SMA-PGM

Para: GP-AJ - Assessoria Jurídica - A/C Lucas F.

Data: 03/02/2022 às 11:50:14

Segue Parecer Jurídico para análise e decisão do Prefeito.

Att

–

Camila Slongo Pegoraro Bönte
Procuradora Geral

Anexos:

Parecer_n_0076_2022_Aditivo_de_Prazo_servico_continuo_servicos_de_fisioterapia_CPVN_e_Clinica_Reabilitar_Deferimento.pdf

---

Assinado digitalmente (emissão + anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Camila Slongo Pegoraro Bön...	03/02/2022 11:50:41	1Doc	CAMILA SLONGO PEGORARO BÖNTE CPF 035.XXX.XXX...

Para verificar as assinaturas, acesse **https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/** e informe o código: **A0F1-D06E-B8CA-CC93**

PARECER JURÍDICO N.º 0076/2022

PROCESSOS Nº : **1580/2022**
REQUERENTES : **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
INTERESSADOS : **CPVN CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA**
CLÍNICA REABILITAR LTDA
ASSUNTO : **TERMO ADITIVO – PRAZO**

1 RETROSPECTO

Trata-se de pedido formulado pela Secretaria Municipal de Saúde de prorrogação de prazo em 12 (doze) meses aos Contratos de Prestação de Serviços nº 25 e 26/2021, decorrentes da Inexigibilidade n.º 04/2021, firmado com as empresas **CPVN CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA** e **CLÍNICA REABILITAR LTDA,** cujo objeto é a prestação de serviços de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos, de acordo com o Chamamento Público n.º 012/2020.

O procedimento veio acompanhado de cópias dos Contratos, concordância das contratadas e Certidões Negativas.

É o relatório.

2 FUNDAMENTAÇÃO

O contrato sob exame é de prestação continuada, cujo núcleo central do seu objeto consiste numa obrigação de fazer, podendo ter seu prazo prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses, mediante aditamento, consoante o disposto no art. 57, II, da Lei nº 8.666/93[1].

Referido contrato administrativo é cumprido sem descontinuidade, de forma diária, e cuja interrupção ensejaria potenciais prejuízos ou transtornos ao Município. Por tais motivos se prolonga no tempo, caracterizando-se pela prática de atos reiterados num período longo.

Aqui o prazo é condição essencial, pois inexiste um objeto específico a ser prestado ou entregue, mas uma sucessão de atos ininterruptos que não se exaurem, restando à Administração Pública, observado o prazo máximo de 60 meses, especificar quanto tempo o serviço objeto do contrato será prestado pela mesma empresa, sem realizar-se novo procedimento licitatório.

[1] Art. 57. A duração dos contratos regidos por esta Lei ficará adstrita à vigência dos respectivos créditos orçamentários, exceto quanto aos relativos: (...) II - à prestação de serviços a serem executados de forma contínua, que poderão ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, limitada a sessenta meses;

Ademais, deve-se obedecer a certas formalidades, como a previsão no ato convocatório quanto à possibilidade de prorrogação do contrato, a justificativa prévia e por escrito da necessidade de se prorrogar e, por fim, a autorização, também por escrito, da autoridade competente que atua no processo administrativo.

Segundo a melhor jurisprudência[2], os serviços continuados possuem como principais características:

- visam atender necessidades permanentes da Administração;
- são instrumentais, auxiliares ou acessórios, ou seja, constituem atividade de apoio, a fim de que a Administração possa cumprir sua missão institucional;
- o produto esperado não se exaure em período predeterminado;
- pressupõem vigência da contratação por mais de um exercício financeiro;
- constituem obrigações de fazer.

O Professor Carlos Pinto Coelho Motta[3] traz uma definição de serviços contínuos, que são, em tese, aqueles que não possam ser interrompidos; fazem-se sucessivamente, sem solução de continuidade, até sem exaurimento ou conclusão do objetivo. A exemplo temos: limpeza, conservação, manutenção, vigilância, segurança, transporte de valores, cargas ou passageiros.

Conclui-se que os serviços de fisioterapia podem ser enquadrados na categoria de serviços a serem executados de forma contínua, visto que são essenciais para os serviços de saúde à população e sua interrupção traria transtornos à municipalidade, admitindo-se que a contratação seja prorrogada por iguais e sucessivos períodos com limitação de 60 (sessenta) meses.

Vale ressaltar que os contratos originários dispõem em sua cláusula quarta, parágrafo único, a previsão de prorrogação do prazo, autorizando a Administração a realizar a prorrogação da vigência do contrato até o limite legal, uma vez que a lei assim a autoriza.

As sucessivas prorrogações que poderão ocorrer para o mesmo contrato estão restringidas ao período máximo de 05 (cinco) anos, restando claro que após, caso não seja necessário prorrogar excepcionalmente conforme disposto no § 4º do art. 57, deve-se realizar novo procedimento licitatório com vistas a melhores preços e condições.

Assim, o período máximo que um contrato pode obter, contando com a prorrogação, é de 60 meses. Ou seja, este prazo é contado incluindo o prazo previsto no contrato e o prazo das prorrogações posteriores. Da análise dos autos, verifica-se que houve um aditivo de prorrogação de prazo.

Por fim, verifica-se que o prazo de vigência dos contratos finda em 26/01/2022 ao passo que o requerimento de aditivo foi protocolado em 24/01/2022, operando-se a tempestividade do direito de repactuar.

---

[2] Acórdão nº. 1.136/2002 – TCU – Plenário.

[3] *In*: Eficácia nas Licitações e Contratos. Editora Del Rey: 2011.

3 CONCLUSÃO

ANTE O EXPOSTO, opina-se pelo **DEFERIMENTO** do pedido de prorrogação em 12 (doze) meses aos Contratos de Prestação de Serviços nº 25 e 26/2021, decorrentes da Inexigibilidade n.º 04/2021, firmado com as empresas **CPVN CLÍNICA DE FISIOTERAPIA LTDA E CLÍNICA REABILITAR LTDA.**

Nos termos do § 2º do art. 57 da Lei n.º 8.666/1993,[4] necessário o encaminhamento para a Autoridade Competente (Prefeito Municipal), para que previamente autorize o aditamento.

Em caso de concordância do Prefeito Municipal, dê-se ciência ao Controle Interno, por força do art. 83, § 2º, da Lei Orgânica Municipal.[5]

O Departamento de Compras, Licitações e Contratos deverá elaborar os aditivos imediatamente, com a devida motivação, respeitando-se o prazo de 12 (doze) meses pleiteado, até porque é vedada a prorrogação por prazo indeterminado (art. 57, § 3º, da Lei n.º 8.666/1993).

É o parecer, submetido à honrosa apreciação de Vossa Senhoria.

Francisco Beltrão/PR, 26 de janeiro de 2022.

CAMILA SLONGO PEGORARO BONTE
DECRETOS 040/2015 – 013/2017
OAB/PR 41.048

[4] "Art. 57. (...) § 2º. Toda prorrogação de prazo deverá ser justificada por escrito e previamente autorizada pela autoridade competente para celebrar o contrato."

[5] "Art. 83. (...) § 2º. O controle interno buscará manter a regularidade na realização da receita e da despesa, acompanhar o desenvolvimento dos programas e da execução orçamentária e os resultados alcançados, bem como a perfeita execução dos contratos de que seja parte o Município."

Proc. Administrativo 3- 1.580/2022

De: Lucas F. - GP-AJ

Para: SMA-LC-ALT - Alterações Contratuais e Outros/Aditivos - A/C Bianca N.

Data: 03/02/2022 às 14:00:50

Segue despacho 031/2022 para assinatura pelo Prefeito Municipal

_

Lucas Felberg

Assessor Jurídico

Anexos:

despacho_031_2022.pdf

Assinado digitalmente (anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Cleber Fontana	03/02/2022 15:58:48	1Doc	CLEBER FONTANA CPF 020.XXX.XXX-21

Para verificar as assinaturas, acesse **https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/** e informe o código: **1080-1DE8-6AD3-98FC**

MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

DESPACHO N.º 031/2022

PROCESSO N.º : **1580/2022**
REQUERENTE : **SECRETARIA DE SAÚDE**
LICITAÇÃO : **CONTRATOS N.º 25 E 26/2021 – INEXIGIBILIDADE N.º 004/2021**
OBJETO : **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL PARA ATENDIMENTO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS, DE ACORDO COM O CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 012/2020.**
ASSUNTO : **ADITIVO DE PRAZO**

O requerimento protocolado busca a formulação de termo aditivo de prazo aos Contratos n.º 25 e 26/2021 referentes à prestação de serviços de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos, de acordo com o Chamamento Público n.º 012/2020.

Constam do processo administrativo a solicitação da Secretaria, contratos administrativos, justificativas, documentos pertinentes e parecer jurídico.

Assim, devidamente analisados os documentos que embasam o requerimento formulado e o teor do parecer jurídico n.º 0072/2022, dentro das possibilidades legais estabelecidas pela norma de regência, Lei n.º 8.666/1993, **DEFIRO** o pedido aditivo de prazo nos Contratos n.º 25 e 26/2021 por 12 (doze) meses.

Encaminhe-se ao Departamento de Licitações para cumprimento, autorizada aposição de assinatura digitalizada no termo.

Comunique-se a parte interessada.

Francisco Beltrão, 11 de novembro de 2020.

Cleber Fontana
Prefeito Municipal

CNPJ: 77.816.510/0001-66 - Rua Octaviano Teixeira dos Santos, n.º 1.000 - CEP 85.601-030 - Fone: (46) 3520-2121
E-mail: fbeltrao@franciscobeltrao.com.br - webpage: www.franciscobeltrao.com.br

Proc. Administrativo 4- 1.580/2022

De: Bianca N. - SMA-LC-ALT

Para: SMA-LC-ALT - Alterações Contratuais e Outros/Aditivos - A/C Bianca N.

Data: 31/03/2022 às 14:40:56

segue termos aditivos e publicação no AMP

–

Bianca Zanini Niclote
Auxiliar administrativo

Anexos:

ADITIVO_N_2_PRAZO_E_VALOR_CONT_25_C_P_V_N_CLINICA_DE_FISIOTERAPIA_LTDA_ME_assinado.pdf
ADITIVO_N_2_PRAZO_E_VALOR_CONT_26_CLINICA_REABILITAR_LTDA_assinado.pdf
public_amp_aditivo_n_2_cpvn_e_reabilitar.pdf

MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

2º TERMO DE ADITIVO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 25/2021
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 04/2021

Que entre si celebram o MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO, estado do Paraná e a empresa **C P V N CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME**, na forma abaixo:

CONTRATANTE: Município de Francisco Beltrão, estado do Paraná, pessoa jurídica, de Direito Público Interno, com sede na Rua Octaviano Teixeira dos Santos, nº 1000, inscrito no CNPJ sob o nº 77.816.510/0001-66, neste ato representado pelo Prefeito Municipal em exercício, senhor CLEBER FONTANA, portador do CPF Nº 020.762.969-21.

CONTRATADA: **C P V N CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME, inscrita no CNPJ sob o nº 10.693.098/0001-63, com sede na Rua VEREADOR ROMEU LAURO WERLANG, 1584, CEP: 85601020 - CENTRO, na cidade de Francisco Beltrão/PR.**

OBJETO: Serviço de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência, de acordo com seus atributos.

JUSTIFICATIVA: Em atenção ao pedido protocolado pela Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento Jurídico opinou pelo deferimento de prorrogação de prazo do contrato conforme o contido no Processo Administrativo nº 1580/2022.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Fica prorrogado o período de vigência do contrato por mais 12 (doze) meses, ou seja, até o dia 26 de janeiro de 2023, conforme abaixo especificado:

Item	Código	Descrição do serviço	Valor unitário R$
1	03.01.01.004-8	Consulta clínica de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada.	6,30
2	03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	6,35
3	03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (exceto pré e pós operatório).	4,67
4	03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado).	4,67
5	03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas.	6,35
6	03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	4,67
7	03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	6,35
8	03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67

Fica acrescido ao contrato o valor total de R$ 457.000,00 (quatrocentos e cinquenta e sete mil reais)

CLÁUSULA SEGUNDA: Ficam ratificadas em todos os termos e condições as demais cláusulas do contrato aditado, ficando este Termo fazendo parte integrante e complementar do contrato original, a fim de que juntos produzam um só efeito.

MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

E assim, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente aditivo, para que o mesmo surta seus efeitos legais e jurídicos.

Francisco Beltrão, 26 de janeiro de 2022.

CLEBER SANTANA
CPF Nº 020.762.369-21
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

C P V N CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME
CONTRATADA
CLAUDIA PIOVEZANI DA VEIGA NIENDICKER
CPF 060.588.959-79

CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA:10693098000163

Assinado de forma digital por CPVN CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA:10693098000163
Dados: 2022.02.10 08:35:06 -03'00'

MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

2º TERMO DE ADITIVO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 26/2021
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 04/2021

Que entre si celebram o MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO, estado do Paraná e a empresa **CLINICA REABILITAR LTDA**, na forma abaixo:

CONTRATANTE: Município de Francisco Beltrão, estado do Paraná, pessoa jurídica, de Direito Público Interno, com sede na Rua Octaviano Teixeira dos Santos, nº 1000, inscrito no CNPJ sob o nº 77.816.510/0001-66, neste ato representado pelo Prefeito Municipal em exercício, senhor CLEBER FONTANA, portador do CPF Nº 020.762.969-21.

CONTRATADA: **CLINICA REABILITAR LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 07.812.956/0001-37, com sede na Rua São Paulo, 1425, CEP: 85601010 - CENTRO, na cidade de Francisco Beltrão/PR.**

OBJETO: Serviço de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência, de acordo com seus atributos.

JUSTIFICATIVA: Em atenção ao pedido protocolado pela Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento Jurídico opinou pelo deferimento de prorrogação de prazo do contrato conforme o contido no Processo Administrativo nº 1580/2022.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Fica prorrogado o período de vigência do contrato por mais 12 (doze) meses, ou seja, até o dia 26 de janeiro de 2023, conforme abaixo especificado:

Item	Código	Descrição do serviço	Valor unitário R$
1	03.01.01.004-8	Consulta clínica de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada.	6,30
2	03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	6,35
3	03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (exceto pré e pós operatório).	4,67
4	03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado).	4,67
5	03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas.	6,35
6	03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	4,67
7	03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	6,35
8	03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67

Fica acrescido ao contrato o valor total de R$ 457.000,00 (quatrocentos e cinquenta e sete mil reais)

CLÁUSULA SEGUNDA: Ficam ratificadas em todos os termos e condições as demais cláusulas do contrato aditado, ficando este Termo fazendo parte integrante e complementar do contrato original, a fim de que juntos produzam um só efeito.

E assim, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente aditivo, para que o mesmo surta seus efeitos legais e jurídicos.

Assinado por 1 pessoa: CLINICA REABILITAR LTDA.
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/4C2A-45CE-F920-5D38 e informe o código 4C2A-45CE-F920-5D38

1Doc: 89/92

MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

Francisco Beltrão, 26 de janeiro de 2022.

CLEBER FONTANA
CPF Nº 520.762.969-21
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

CLINICA REABILITAR LTDA
CONTRATADA
JOELI VEDANA
CPF 041.420.889-71

Assinado por 1 pessoa: CLINICA REABILITAR LTDA.
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/4C2A-45CE-F920-5D38 e informe o código 4C2A-45CE-F920-5D38

1Doc: 90/92

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 4C2A-45CE-F920-5D38

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✔ CLINICA REABILITAR LTDA. (CNPJ 07.812.956/0001-37) em 08/02/2022 10:49:44 (GMT-03:00)
Papel: Contratada
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/4C2A-45CE-F920-5D38

Publicado por:
Bianca Zanini Niclote
Código Identificador:08322B09

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS
TERMO ADITIVO

O Secretário Municipal da Administração da Prefeitura Municipal de Francisco Beltrão, Estado do Paraná, com base na Lei Federal 8.666/93 e legislação complementar, torna público extrato de Termo Aditivo:

PARTES: Município de Francisco Beltrão – PR e a empresa **C P V N CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - ME**
ESPÉCIE: Contrato de Prestação de Serviços nº 25/2021 – Inexigibilidade de Licitação nº 04/2021.
OBJETO: Serviço de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência, de acordo com seus atributos.
ADITIVO: Em atenção ao pedido protocolado pela Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento Jurídico opinou pelo deferimento de prorrogação de prazo do contrato conforme o contido no Processo Administrativo nº 1580/2022.
Fica prorrogado o período de vigência do contrato por mais 12 (doze) meses, ou seja, até o dia 26 de janeiro de 2023, conforme abaixo especificado:

Item	Código	Descrição do serviço	Valor unitário R$
1	03.01.01.004-8	Consulta clínica de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada.	6,30
2	03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	6,35
3	03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (exceto pré e pós operatório).	4,67
4	03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado).	4,67
5	03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas.	6,35
6	03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	4,67
7	03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	6,35
8	03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67

Fica acrescido ao contrato o valor total de R$ 457.000,00 (quatrocentos e cinquenta e sete mil reais)

PARTES: Município de Francisco Beltrão – PR e a empresa **CLINICA REABILITAR LTDA**
ESPÉCIE: Contrato de Prestação de Serviços nº 26/2021 – Inexigibilidade de Licitação nº 04/2021.
OBJETO: Serviço de assistência ambulatorial para atendimento de procedimentos fisioterapêuticos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP em vigência, de acordo com seus atributos.
ADITIVO: Em atenção ao pedido protocolado pela Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento Jurídico opinou pelo deferimento de prorrogação de prazo do contrato conforme o contido no Processo Administrativo nº 1580/2022.
Fica prorrogado o período de vigência do contrato por mais 12 (doze) meses, ou seja, até o dia 26 de janeiro de 2023, conforme abaixo especificado:

Item	Código	Descrição do serviço	Valor unitário R$
1	03.01.01.004-8	Consulta clínica de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada.	6,30
2	03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia ou recuperação após processos cirúrgicos de complicações respiratórias, motoras, circulatórias e ortopédicas.	6,35
3	03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas de caráter ortopédico (exceto pré e pós operatório).	4,67
4	03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimado).	4,67
5	03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbio neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas.	6,35
6	03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório.	4,67
7	03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós operatório de cirurgias uroginecológicas.	6,35
8	03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em paciente com disfunções uroginecológicas.	4,67

Fica acrescido ao contrato o valor total de R$ 457.000,00 (quatrocentos e cinquenta e sete mil reais)

Francisco Beltrão, 26 de janeiro de 2022.

Publicado por:
Bianca Zanini Niclote
Código Identificador:F15528E3

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS
TERMO DE HOMOLOGAÇÃO

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO
Processo: Dispensa de Licitação nº 09/2022

OBJETO: Aquisição de medicamentos para atendimento de demandas das Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas - UPA e Centro de Saúde Cidade Norte.
Em cumprimento ao disposto no Art. 26 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, torna-se público o resultado do processo em epígrafe:

FORNECEDOR: DMB - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS BELTRAO EIRELI
CNPJ: 34.093.466/0001-09

Item nº	Código	Especificação	Quantidade	Unidade	Valor Unitário R$	Valor Total R$
1	7803	CLORPROMAZINA, 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, AMPOLA 5 ML	500	AMP	3,80	1.900,00
2	7689	DICLOFENACO, SAL SÓDICO, 25 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 3 ML	3.980	AMP	3,50	13.930,00
3	79488	MULTIVITAMINAS, VITS:	6.000	AMP	8,99	53.940,00