



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

REPUBLICADO POR INCORREÇÃO

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2022 CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PROGRAMA QUALICIS

1 - PREÂMBULO

1.1. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CISA/AMERIOS 12ª R.S., inscrito no CNPJ sob nº 86.689.023/0001-70, com sede à Av. Ângelo Moreira da Fonseca, 866, Zona Armazém, na cidade de Umuarama/PR, de conformidade com a Lei nº. 8.666/93, suas alterações, Lei nº. 8.080/90, e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS, nos termos das condições estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento.

1.2. A análise da documentação dos interessados será realizada pelos membros da Comissão Técnica de Credenciamento do CISA, com avaliação final em conformidade com os parâmetros e requisitos estabelecidos neste Edital;

1.3. O processo de credenciamento contempla a análise documental dos interessados, vistoria técnica e o cumprimento das demais exigências contidas no presente Edital.

2. OBJETO DO CREDENCIAMENTO

2.1. O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas na Área de Saúde para a prestação de serviços, seguindo as Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e Diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, para atendimento no ambulatório AME (Ambulatório Médico de Especialidades), conforme encaminhamento do CISA, que serão pagos com valores constantes da tabela do CISA, conforme anexo III.

3. REGÊNCIA LEGAL

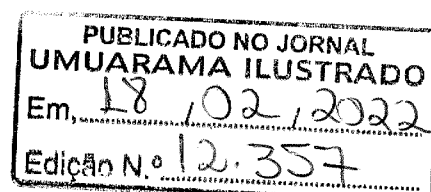
O presente credenciamento é regido pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com alterações posteriores e demais legislação pertinente, aplicando-se, no que couber, os princípios de direito público, suplementados pelo direito privado.

4. PRAZOS

4.1. O requerimento de credenciamento deverá ser dirigido a Comissão Técnica de Credenciamento, acompanhado de toda a documentação exigida de acordo com o item 5 deste Edital, devendo ser protocolado junto ao CISA, no horário das 08:00 h às 12:00 h e das 13:30 h as 17:00 hs de segunda-feira a sexta-feira, até o dia 31 de dezembro de 2022, em envelope lacrado.

4.2. O prazo de vigência do contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 48 (quarenta e oito) meses, prazo este, que foi firmado o convênio do CISA junto a SESA.

4.3. O prazo para assinatura do contrato será de 05 (cinco) dias corridos, contados da convocação do interessado.





CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

5. DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CREDENCIAMENTO

5.1. Os seguintes documentos abaixo relacionados deverão ser apresentados juntamente com o pedido de credenciamento:

- a) Contrato Social e suas alterações;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- c) Prova de Regularidade junto a Fazenda Federal, Estadual e Municipal, do domicílio da empresa em plena validade;
- d) Prova de Regularidade junto ao INSS, em plena validade;
- e) Prova de Regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço; (FGTS), emitido pela Caixa Econômica Federal, em plena validade;
- f) Certificado de Regularidade da Vigilância Sanitária;
- g) Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica, emitida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM); ou Conselho correspondente, conforme tipo de atendimento (EX: CREFITO, CRP, CREFONO)
- h) CRM e diploma de especialista do profissional (ais) que prestará (ão) os serviços;
- i) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- j) Conta corrente em nome da empresa;
- k) Cópias do RG e CPF do profissional (ais) que prestará (ão) os serviços;
- l) Ficha preenchida do Cadastro de profissional de Saúde (**Anexo IV**)

5.2. Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por Tabela de Notas ou cópia acompanhada do original para autenticação pelos membros da Comissão Técnica de Credenciamento do CISA, sendo recepcionado o pedido de credenciamento somente mediante a documentação completa estabelecida;

5.3. A Comissão Técnica de Credenciamento poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que porventura se façam necessários;

5.4. Será inabilitado o interessado que não apresentar toda a documentação exigida no presente Edital.

5.5. A classificação será de acordo com a ordem de entrega dos envelopes com a documentação exigida.

6. DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO.

6.1. Serão credenciados os interessados que preencham os requisitos previstos neste Edital, de acordo com as necessidades conforme disponibilidade financeira e orçamentária;

6.2. Após análise da documentação, a Comissão Técnica de Credenciamento emitirá um parecer técnico mencionado na cláusula anterior, viabilizando o credenciamento, por especialidade e/ou área de interesse, o qual será submetido de imediato para a contratação;

6.3. Das decisões da Comissão Técnica de Credenciamento caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da data da ciência da decisão.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

7. DA CONTRATAÇÃO

7.1. Com a conclusão da análise, os requisitos atendidos ou não para o credenciamento os interessados serão comunicados no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data final de entrada das propostas;

7.2. Os interessados que forem habilitados ao credenciamento serão contratados por meio de instrumento de prestação de serviços, de natureza precária, caracterizado pela unilateralidade e discricionariedade, onde se estabelecerão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, podendo o contrato ser rescindido, a qualquer tempo, sem que caibam aos contratados quaisquer direitos, vantagens ou indenizações;

7.3. São de inteira responsabilidade das empresas e profissionais contratados, as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais, trabalhistas e comerciais resultantes de execução do Contrato;

7.4. As empresas contratadas são responsáveis pelos danos causados diretamente ao CISA e ou terceiros, decorrentes da execução do contrato.

8. DO PREÇO

8.1 A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela do CISA, conforme relatório de serviços realizados.

8.2 O valor pactuado neste instrumento poderá ser alterado, quando houver reajuste da tabela do CISA, que envolvam os serviços realizados.

9. DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para atender as despesas decorrentes do credenciamento, valer-se-á de recursos próprios e que estão livres e não comprometidos, conforme DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA vigente do CISA, a serem discriminadas no ato da contratação.

10. DAS SANÇÕES

O inadimplemento contratual implicará em sanções previstas na Lei de Licitações e no contrato, assegurado o direito de ampla defesa.

11. DAS REGRAS A SEREM SEGUIDAS PELOS PROFISSIONAIS PARA O DEVIDO ATENDIMENTO:

11.1. Para o devido atendimento no Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados – AMES no Paraná os profissionais deverão seguir rigorosamente:

Considerando a Deliberação CIB nº 035/2020, de 02 de abril de 2020, que aprova o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados – AMES no Paraná, assim como, o componente de incentivo de custeio conforme Anexo I da Deliberação, retificada pela Deliberação CIB nº 094/2020, de 10 de julho de 2020.

Considerando a Resolução SESA nº 1418, de 01 de dezembro de 2020, que institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde –



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12º R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

Considerando a Resolução SESA nº 1419, de 01 de dezembro de 2020, que institui as Comissões Estadual e Regional de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

Considerando a Resolução SESA nº 1420, de 01 de dezembro de 2020, que aprova a implantação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

Considerando a Portaria GS/MS de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde – Das Redes de Atenção à Saúde, que “Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e define a atenção secundária como um dos componentes de sua estrutura operacional, caracterizando-a como uma prestação de serviços especializados, com densidade tecnológica intermediária, para apoiar e complementar os serviços da atenção primária à saúde, no lugar e tempo certos”.

Considerando o Plano de Governo Paraná 2022 com foco na Regionalização, o Planejamento Regional Integrado – PRI, iniciado em 2018 no Estado, o Plano Estadual de Saúde – PES (2020-2023), as Linhas de Cuidado definidas pelo Estado, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC, definiu-se pela implementação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

O Programa tem como propósito a qualificação da Atenção Ambulatorial Multiprofissional Especializada, focada no fortalecimento da Regionalização para atender as necessidades de saúde da população o mais próximo de sua residência, mediante parceria firmada entre os Consórcio Intermunicipais de Saúde – CIS e a Secretaria de Estado da Saúde – SESA a fim de alcançar a satisfação do usuário, qualidade na assistência e redução do custo para o sistema de saúde.

O Programa QualiCIS contempla a Atenção Ambulatorial Multiprofissional Especializada nas seguintes Linhas de Cuidado e Especialidades prioritárias para a SESA: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Pessoa Idosa e Saúde Mental e especialidades pactuadas em CIR conforme necessidades apontadas no processo de discussão do Planejamento Regional Integrado – PRI.

A organização e a qualificação do Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná, tem o intuito de estabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados, com foco na estratificação de risco da população, a superação do chamado “efeito velcro”, onde há uma vinculação definitiva dos usuários na Atenção Ambulatorial Especializada – AAE, e a necessidade de mudança no modelo de atenção médico centrado para um modelo focado na atenção multiprofissional especializada.

O Modelo de Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial – PASA é fortemente ancorado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), sendo que o planejamento da assistência se dá a partir das necessidades de saúde da população e a uma equipe 2 especializada,



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

multiprofissional e interdisciplinar, vinculada e integrada com a equipe da APS para garantir o compartilhamento e a continuidade do cuidado.

O público-alvo do AME são os usuários com condições crônicas complexas ou muito complexas, sendo que os serviços ofertados devem ser definidos em função das Linhas de Cuidado prioritárias ao Estado e estar em consonância com as diretrizes clínicas correspondentes.

O território do AME deve ser bem definido, implicando na vinculação entre a equipe especializada e as equipes da APS existentes nos municípios de uma região, mapeando e estabelecendo formas de comunicação direta, para possibilitar a continuidade do cuidado e a integração entre elas. Ou seja, a equipe multiprofissional especializada, para as equipes de APS e para os usuários de uma população adstrita.

A integração da Atenção Primária à Saúde – APS com a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE, por meio do compartilhamento do cuidado e da atuação integrada das duas equipes, tornam os dois níveis de atenção, progressivamente, um único microsistema clínico, garantindo uma atenção contínua e integrada.

Os AME também podem realizar a consulta única definida como um processo de atendimento que inclui diferentes contatos do paciente com o ambulatório preferencialmente no mesmo dia incluindo a consulta inicial, exames diagnósticos, interconsulta, consulta diagnóstica dentro de uma especialidade. Neste sentido o fluxo interno da unidade deve favorecer este processo assim como a utilização de sistemas e equipamentos informatizados

Para prestar serviços no AME os profissionais necessitam atender aos requisitos exigidos abaixo:

A metodologia utilizada no Ambulatório Multiprofissional Especializado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e a pessoa com Diabetes Mellitus referem-se ao atendimento multiprofissional especializado de atenção contínua (de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional) para usuários com HAS E DM de alto risco encaminhados pela APS (Atenção Primária de Saúde), confirmação do estrato de risco, realização de consultas médicas, disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados na Linha Guia e pactuados com a SESA, monitoramento clínico, discussão de casos, realização e participação de capacitações, reuniões técnicas, elaboração do plano de cuidado, pactuação com o usuário as metas do plano de autocuidado. Realização de gestão do caso com a integração entre APS e AAE (Atenção Ambulatorial Especializada) por meio de mecanismos de compartilhamento do cuidado, capacitação de apoio matricial na APS e AAE.

A metodologia utilizada Ambulatório Multiprofissional Especializado à Pessoa Idosa referem-se ao atendimento multiprofissional especializado aos idosos frágeis encaminhados pela APS, na modalidade interdisciplinar e atenção contínua (de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional), confirmação do estrato de risco, realização de avaliação multidimensional do Idoso e elaborar o plano de cuidados, pactuação com o usuário as metas do plano de autocuidado, disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados na Linha Guia e pactuados com a SESA, Realizar a gestão do caso com a integração entre APS e AAE por meio de mecanismos de compartilhamento do cuidado, realização de capacitações e apoio matricial na APS e AAE, realização e participação de capacitações, reuniões e discussões de caso clínicos pela equipe da AAE, realização de registro do atendimento no prontuário, laudos e outros que se fizerem necessários.

A metodologia utilizada no Ambulatório Multiprofissional Especializado à Saúde Mental referem-se ao atendimento multiprofissional especializado de saúde mental para usuários com transtornos



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

mentais de risco intermediário e alto risco na modalidade interdisciplinar (de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional) e atenção contínua, confirmação do estrato de risco, elaboração do plano de cuidados individualizado, pactuação com o usuário as metas do plano de autocuidado, realização do monitoramento clínico com foco na estabilização do usuário, disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados na Linha Guia e pactuados com a SESA, realização do registro de atendimento no prontuário, formulários e outros que se fizerem necessários, realização de ações de capacitação e apoio matricial na APS e AAE, realização de capacitações, reuniões e discussão de casos clínicos pela equipe da AAE.

Haverá realização de reuniões técnicas interdisciplinares com data e horário a serem definidos pela coordenação do AME, realização de capacitação de apoio matricial junto aos profissionais na APS e AAE, realização e participação de capacitações, reuniões e discussões de casos clínicos com a equipe interdisciplinar, elaboração de plano de cuidados individualizado, monitoramento clínico com foco na estabilização das(os) usuárias(os), realização de registros de atendimentos no prontuário, formulários entre outros que se fizerem necessários. **Será obrigatória a participação dos profissionais a estas reuniões seja na modalidade presencial ou a distância.**

12. DAS LINHAS GUIAS

12.1. Para a devida prestação de serviços, conforme resoluções e diretrizes instituídas pela SESA, contemplando o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde-QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório de Especialidades – AME no Paraná, Quadro 1 – Composição da Equipe AAE e Formação/qualificação nas Linhas de Cuidado no QualiCIS, os profissionais da equipe Multiprofissional deverão apresentar periodicamente formações, seguindo as linhas de cuidados, conforme abaixo estipuladas:

LINHA DE CUIDADO	
HIPERTENÇÃO	Médico Cardiologista.
DIABETES	Médico Endocrinologista
PESSOA IDOSA	Residência geriátrica ou especialização em gerontologia, profissional com formação em gerontologia Médico geriatra, ou médico da saúde da família e comunidade, ou clínica geral.
SAÚDE MENTAL	Médico psiquiatra

12.2. Os profissionais credenciados deverão utilizar e preencher os formulários de planos de cuidados, disponibilizados no anexo V, o qual fazem parte do presente Edital de Credenciamento.

13. DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. O CISA poderá, a qualquer tempo, motivadamente, aditar, revogar total ou parcialmente, ou mesmo anular o presente processo, sem que disso decorra qualquer direito ou indenização ou ressarcimento para os interessados, seja de que natureza for;



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12º R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

www.cisaamerios.com.br

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

13.2. O CISA poderá, a qualquer tempo, realizar novos credenciamentos, através da divulgação de um novo regulamento;

13.3. Qualquer pedido de esclarecimento em relação a eventuais dúvidas de interpretação do presente Edital deverá ser encaminhado por escrito à Comissão Técnica de Credenciamento.

14. Este chamamento público será publicado no diário oficial do CISA.

Umuarama, 11 de fevereiro de 2022.

CLÁUDIO SIDINEY
DE LIMA

Assinado de forma digital por
CLÁUDIO SIDINEY DE LIMA
Dados: 2022.02.18 08:07:09 -03'00'

CLAUDIO SIDINEY DE LIMA
Presidente

NILSON MANDUCA
Coordenador



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

www.cisaamerios.com.br

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

ANEXO I

MODELO I – PESSOA JURÍDICA (ADEQUAR COM A ÁREA PRETENDIDA) (em papel timbrado/personalizado da empresa ou prestador)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISA/AMERIOS 12ª R.S.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS NA ÁREA MÉDICA, divulgado pelo CISA, objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do chamamento público nº 002/2022.

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CNPJ: _____

Especialidade: _____, para realização de (informar a quantidade)
consultas médicas/procedimentos mensais.

Médico Responsável: _____

CRM do Médico Responsável: _____

R.G. do Médico Responsável: _____

CPF do Médico Responsável: _____

Data: _____

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

A MINUTA DO CONTRATO É APENAS UM MODELO. NÃO DEVENDO SER PREENCHIDA.

ANEXO II

MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Por este instrumento de Contrato, que entre si celebram de um lado o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CISA/AMERIOS 12ª R.S.**, inscrito no CNPJ sob nº 86.689.023/0001-70, com sede à Avenida Ângelo Moreira da Fonseca, 866, Zona Armazém, nesta cidade de Umuarama/PR, neste ato representado pelo Presidente o **Sr. CLAUDIO SIDINEY DE LIMA**, brasileiro, casado, agente político, inscrito no CPF sob nº, portador da Cédula de Identidade nº neste ato denominado **CONTRATANTE**, e de outro, a pessoa jurídica....., inscrita no CNPJ sob nº, com sede à, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pelo, residente e domiciliado na cidade de, portador da Cédula de Identidade nº, e inscrito no CPF sob o nº, resolvem firmar o presente contrato, como segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA CONTRATAÇÃO: O presente contrato é decorrente do Edital de Chamamento Público nº 002/2021, regido pela Lei Federal nº 8.666/93, atualizada pela Lei Federal nº 8.883/94, conforme processo de inexigibilidade nº, ratificado em

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO: O presente contrato tem por objeto a contratação de empresa para prestação de serviços, seguindo as Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e Diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, para atendimento no ambulatório AME (Ambulatório Médico de Especialidades), conforme encaminhamento do CISA, que serão pagos com valores constantes da tabela do CISA, abaixo descritos:

CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS: A execução do objeto dar-se-á segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, regulamentados pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

CLÁUSULA QUARTA - DAS REGRAS A SEREM SEGUIDAS PELOS PROFISSIONAIS PARA O DEVIDO ATENDIMENTO:

Parágrafo Primeiro: Para o devido atendimento no Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados – AMES no Paraná os profissionais deverão seguir rigorosamente:

Considerando a Deliberação CIB nº 035/2020, de 02 de abril de 2020, que aprova o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados –



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

AMES no Paraná, assim como, o componente de incentivo de custeio conforme Anexo I da Deliberação, retificada pela Deliberação CIB nº 094/2020, de 10 de julho de 2020.

Considerando a Resolução SESA nº 1418, de 01 de dezembro de 2020, que institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

Considerando a Resolução SESA nº 1419, de 01 de dezembro de 2020, que institui as Comissões Estadual e Regional de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

Considerando a Resolução SESA nº 1420, de 01 de dezembro de 2020, que aprova a implantação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

Considerando a Portaria GS/MS de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde – Das Redes de Atenção à Saúde, que “Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e define a atenção secundária como um dos componentes de sua estrutura operacional, caracterizando-a como uma prestação de serviços especializados, com densidade tecnológica intermediária, para apoiar e complementar os serviços da atenção primária à saúde, no lugar e tempo certos”.

Considerando o Plano de Governo Paraná 2022 com foco na Regionalização, o Planejamento Regional Integrado – PRI, iniciado em 2018 no Estado, o Plano Estadual de Saúde – PES (2020-2023), as Linhas de Cuidado definidas pelo Estado, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC, definiu-se pela implementação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

O Programa tem como propósito a qualificação da Atenção Ambulatorial Multiprofissional Especializada, focada no fortalecimento da Regionalização para atender as necessidades de saúde da população o mais próximo de sua residência, mediante parceria firmada entre os Consórcio Intermunicipais de Saúde – CIS e a Secretaria de Estado da Saúde – SESA a fim de alcançar a satisfação do usuário, qualidade na assistência e redução do custo para o sistema de saúde.

O Programa QualiCIS contempla a Atenção Ambulatorial Multiprofissional Especializada nas seguintes Linhas de Cuidado e Especialidades prioritárias para a SESA: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Pessoa Idosa e Saúde Mental e especialidades pactuadas em CIR conforme necessidades apontadas no processo de discussão do Planejamento Regional Integrado – PRI.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12º R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

A organização e a qualificação do Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná, tem o intuito de estabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados, com foco na estratificação de risco da população, a superação do chamado “efeito velcro”, onde há uma vinculação definitiva dos usuários na Atenção Ambulatorial Especializada – AAE, e a necessidade de mudança no modelo de atenção médico centrado para um modelo focado na atenção multiprofissional especializada.

O Modelo de Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial – PASA é fortemente ancorado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), sendo que o planejamento da assistência se dá a partir das necessidades de saúde da população e a uma equipe 2 especializada, multiprofissional e interdisciplinar, vinculada e integrada com a equipe da APS para garantir o compartilhamento e a continuidade do cuidado.

O público-alvo do AME são os usuários com condições crônicas complexas ou muito complexas, sendo que os serviços ofertados devem ser definidos em função das Linhas de Cuidado prioritárias ao Estado e estar em consonância com as diretrizes clínicas correspondentes.

O território do AME deve ser bem definido, implicando na vinculação entre a equipe especializada e as equipes da APS existentes nos municípios de uma região, mapeando e estabelecendo formas de comunicação direta, para possibilitar a continuidade do cuidado e a integração entre elas. Ou seja, a equipe multiprofissional especializada, para as equipes de APS e para os usuários de uma população adstrita.

A integração da Atenção Primária à Saúde – APS com a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE, por meio do compartilhamento do cuidado e da atuação integrada das duas equipes, tornam os dois níveis de atenção, progressivamente, um único microssistema clínico, garantindo uma atenção contínua e integrada.

Os AME também podem realizar a consulta única definida como um processo de atendimento que inclui diferentes contatos do paciente com o ambulatório preferencialmente no mesmo dia incluindo a consulta inicial, exames diagnósticos, interconsulta, consulta diagnóstica dentro de uma especialidade. Neste sentido o fluxo interno da unidade deve favorecer este processo assim como a utilização de sistemas e equipamentos informatizados

Para prestar serviços no AME os profissionais necessitam atender aos requisitos exigidos abaixo:

A metodologia utilizada no Ambulatório Multiprofissional Especializado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e a pessoa com Diabetes Mellitus referem-se ao atendimento multiprofissional especializado de atenção contínua (de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional) para usuários com HAS E DM de alto risco encaminhados pela APS (Atenção Primária de Saúde), confirmação do estrato de risco, realização de consultas médicas, disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados na Linha Guia e pactuados com a SESA, monitoramento clínico, discussão de casos, realização e participação de capacitações, reuniões técnicas, elaboração do plano de cuidado, pactuação com o usuário as metas do plano de autocuidado. Realização de gestão do caso com a integração entre APS e AAE



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

(Atenção Ambulatorial Especializada) por meio de mecanismos de compartilhamento do cuidado, capacitação de apoio matricial na APS e AAE.

A metodologia utilizada Ambulatório Multiprofissional Especializado à Pessoa Idosa referem-se ao atendimento multiprofissional especializado aos idosos frágeis encaminhados pela APS, na modalidade interdisciplinar e atenção contínua (de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional), confirmação do estrato de risco, realização de avaliação multidimensional do Idoso e elaborar o plano de cuidados, pactuação com o usuário as metas do plano de autocuidado, disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados na Linha Guia e pactuados com a SESA, Realizar a gestão do caso com a integração entre APS e AAE por meio de mecanismos de compartilhamento do cuidado, realização de capacitações e apoio matricial na APS e AAE, realização e participação de capacitações, reuniões e discussões de caso clínicos pela equipe da AAE, realização de registro do atendimento no prontuário, laudos e outros que se fizerem necessários.

A metodologia utilizada no Ambulatório Multiprofissional Especializado à Saúde Mental referem-se ao atendimento multiprofissional especializado de saúde mental para usuários com transtornos mentais de risco intermediário e alto risco na modalidade interdisciplinar (de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional) e atenção contínua, confirmação do estrato de risco, elaboração do plano de cuidados individualizado, pactuação com o usuário as metas do plano de autocuidado, realização do monitoramento clínico com foco na estabilização do usuário, disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados na Linha Guia e pactuados com a SESA, realização do registro de atendimento no prontuário, formulários e outros que se fizerem necessários, realização de ações de capacitação e apoio matricial na APS e AAE, realização de capacitações, reuniões e discussão de casos clínicos pela equipe da AAE.

Haverá realização de reuniões técnicas interdisciplinares com data e horário a serem definidos pela coordenação do AME, realização de capacitação de apoio matricial junto aos profissionais na APS e AAE, realização e participação de capacitações, reuniões e discussões de casos clínicos com a equipe interdisciplinar, elaboração de plano de cuidados individualizado, monitoramento clínico com foco na estabilização das(os) usuárias(os), realização de registros de atendimentos no prontuário, formulários entre outros que se fizerem necessários. **Será obrigatória a participação dos profissionais a estas reuniões seja na modalidade presencial ou a distância.**

Parágrafo Segundo: DAS LINHAS GUIAS

Para a devida prestação de serviços, conforme resoluções e diretrizes instituídas pela SESA, contemplando o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde- QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório de Especialidades – AME no Paraná, Quadro 1 – Composição da Equipe AAE e Formação/qualificação nas Linhas de Cuidado no QualiCIS, os profissionais da equipe Multiprofissional deverão apresentar periodicamente formações, seguindo as linhas de cuidados, conforme abaixo estipuladas:

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA**

AMERIOS - 12º R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728www.cisaamerios.com.br

LINHA DE CUIDADO	
HIPERTENÇÃO	Médico Cardiologista.
DIABETES	Médico Endocrinologista
PESSOA IDOSA	Residência geriátrica ou especialização em gerontologia, profissional com formação em gerontologia Médico geriatra, ou médico da saúde da família e comunidade, ou clínica geral.
SAÚDE MENTAL	Médico psiquiatra

Parágrafo Terceiro: O profissional contratado deverá utilizar e preencher corretamente, os formulários de planos de cuidados, o qual fazem parte no anexo I deste contrato.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO: Pelos serviços será paga a quantia de até R\$ mensais para a realização de até (.....) consultas médicas mês ao valor unitário de R\$..... (.....) por consulta agendada, conforme a necessidade do CISA, conforme valores constantes da tabela CISA.

Parágrafo Único: O valor pactuado neste instrumento só poderá ser alterado, quando houver reajuste da tabela do CISA, que envolvam os serviços realizados.

CLÁUSULA SEXTA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: O pagamento será efetuado até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente da emissão da nota fiscal, após a prestação de serviços, devendo a CONTRATADA apresentar mensalmente ao CONTRATANTE, até o quinto (5º) dia útil do mês seguinte à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados.

Parágrafo Único: O pagamento fica condicionado à apresentação da Nota Fiscal, juntamente com a apresentação da Certidão Negativa de Débito (CND) junto ao INSS e o Certificado de Regularidade Fiscal (FGTS).

CLÁUSULA SÉTIMA - Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste contrato, os contraentes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção do CISA, decorrente da Lei Orgânica da Saúde.

Parágrafo Primeiro: É de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.

Parágrafo Segundo: A Contratada deverá manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes, levando a efeito as anotações e prescrições médicas dos pacientes no prontuário eletrônico dos mesmos, através do sistema eletrônico disponibilizado pela contratante.

Parágrafo Terceiro: Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

Parágrafo Quarto: Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA: A CONTRATADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CONTRATADA o direito de regresso.

Parágrafo Único: A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do CISA não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS: As despesas decorrentes do presente contrato correrão por conta da dotação orçamentária

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO: A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do CISA, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, a verificação do movimento dos atendimentos e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

Parágrafo Primeiro: Sob critérios definidos em normalização complementar, poderá em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

Parágrafo Segundo: Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA, poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo Terceiro: A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre serviços ora contratados não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE, ou para com os pacientes ou terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato.

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

Parágrafo Quinto: Em qualquer hipótese é assegurado ao contratado amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES: Fica a CONTRATADA sujeita a multa de 10% (dez por cento) do valor total do contrato por infração de qualquer cláusula ou condição deste contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à defesa.

Parágrafo Único: O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DESIGNAÇÃO DO FISCAL: De acordo com Ato Administrativo nº 032/2013 do dia 01 de outubro de 2013, designa o Sr. **JOSÉ CARLOS BRASSANINI**, portador do RG nº 2.156.880 SSP/PR e do CPF nº 361.509.599-53, para atuar como fiscal dos contratos firmados entre o



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12º R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

Consórcio Intermunicipal de Saúde e terceiros, respondendo por estes perante o Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO: I - Os licitantes devem observar e o contratado deve observar e fazer observar, por seus fornecedores e subcontratados, se admitida subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de licitação, de contratação e de execução do objeto contratual. Para os propósitos desta cláusula, definem-se as seguintes práticas:

a) "**prática corrupta**": oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de licitação ou na execução de contrato;

b) "**prática fraudulenta**": a falsificação ou omissão dos fatos, com o objetivo de influenciar o processo de licitação ou de execução de contrato;

c) "**prática colusiva**": esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão licitador, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não-competitivos;

d) "**prática coercitiva**": causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo licitatório ou afetar a execução do contrato;

e) "**prática obstrutiva**": (i) destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes do organismo financeiro multilateral, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista, deste Edital; (ii) atos cuja intenção seja impedir materialmente o exercício do direito de o organismo financeiro multilateral promover inspeção.

II - Na hipótese de financiamento, parcial ou integral, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, este organismo imporá sanção sobre uma empresa ou pessoa física, inclusive declarando-a inelegível, indefinidamente ou por prazo determinado, para a outorga de contratos financiados pelo organismo se, em qualquer momento, constatar o envolvimento da empresa, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao participar da licitação ou da execução um contrato financiado pelo organismo.

III - Considerando os propósitos das cláusulas acima, o licitante vencedor, como condição para a contratação, deverá concordar e autorizar que, na hipótese de o contrato vir a ser financiado, em parte ou integralmente, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, permitirá que o organismo financeiro e/ou pessoas por ele formalmente indicadas possam inspecionar o local de execução do contrato e todos os documentos, contas e registros relacionados à licitação e à execução do contrato.

CLÁUSULA DECIMA QUARTA – DA RESCISÃO: Constituem motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na Cláusula Décima.

Parágrafo Único: A CONTRATADA reconhece, desde já, os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PRAZO: Este contrato terá vigência de 12 (doze) meses, com início em... e término em..... podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos a critério da contratante, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, conforme prazo firmado no convênio do CISA junto a SESA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO: As partes elegem o Foro da Comarca de Umuarama – PR, 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 contratadas, firmam o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

Umuarama,

CLAUDIO SIDINEY DE LIMA
Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISA/AMERIOS 12ª R.S.
Contratante

Contratada

TESTEMUNHAS:

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA**

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉMUMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728www.cisaamerios.com.br**ANEXO III****PROPOSTA DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS – CSE
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2022.****Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS**

A (Razão Social), CNPJ, situada na, cidade de, vem manifestar seu interesse no credenciamento para prestação de serviços, seguindo os critérios e condições estabelecidos no Edital de Credenciamento – Chamamento Público nº 002/2022, na especialidade abaixo indicada:

	ITEM	SERVIÇO CONSULTAS PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA DE PESSOA IDOSA	PROCEDIMENTOS A EXECUTAR	VALOR UNITÁRIO
()	1	Médico Geriatra ou Família e Comunidade ou Clínico Geral	Consulta médica	R\$ 100,00

	ITEM	SERVIÇO CONSULTAS PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA DE DIABETES	PROCEDIMENTOS A EXECUTAR	VALOR UNITÁRIO
()	2	Médico Endocrinologista	Consulta médica	R\$ 100,00

	ITEM	SERVIÇO CONSULTAS PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA HIPERTENSÃO	PROCEDIMENTOS A EXECUTAR	VALOR UNITÁRIO
()	3	Médico Cardiologista	Consulta médica	R\$ 100,00

	ITEM	SERVIÇO CONSULTAS PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL	PROCEDIMENTOS A EXECUTAR	VALOR UNITÁRIO
()	4	Médico Psiquiatra	Consulta médica	R\$ 100,00

	ITEM	SERVIÇO EXAMES PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA PESSOA IDOSA	PROCEDIMENTOS A EXECUTAR	VALOR UNITÁRIO
()	5	Tomografia de Crânio	Exame	R\$ 107,44
()	6	Densitometria Óssea	Exame	R\$ 110,20
	7	ECG	Exame	R\$ 5,15
()	8	Ultrassonografia Abdominal	Exame	R\$ 80,00
		SERVIÇO		



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12º R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030 ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

		EXAMES PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA HIPERTENSÃO		
	9	ECG	Exame	R\$ 5,15
()	10	Teste Ergométrico	Exame	R\$ 110,00
()	11	Ecocardiograma	Exame	R\$ 130,00
()	12	Holter 24 horas	Exame	R\$ 125,00
	13	Retinografia com Contraste	Exame	R\$ 60,00
()	14	Fundoscopia	Exame	R\$ 3,37
	15	ITB – Doppler Manual	Exame	R\$ 60,00
		SERVIÇO EXAMES PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA DE DIABETES		
()	16	ECG	Exame	R\$ 5,15
	17	Teste Ergométrico	Exame	R\$ 110,00
()	18	Ecocardiograma	Exame	R\$ 130,00
	19	Holter 24 horas	Exame	R\$ 125,00
()	20	Retinografia com Contraste	Exame	R\$ 60,00
	21	Fundoscopia	Exame	R\$ 3,37
()	22	ITB	Exame	R\$ 60,00
		SERVIÇO EXAMES PARA ATENDIMENTO DA LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL		
	23	Eletroencefalograma com Mapeamento	Exame	R\$ 60,00
()	24	Polissonografia	Exame	R\$ 300,00
	25	Ressonância	Exame	R\$ 268,75
()	26	Tomografia	Exame	R\$ 148,63
		PROFISSIONAIS COM VAZIOS ASSISTENCIAIS CONFORME REUNIÃO DO PRI		
	27	Cirurgião de Cabeça e Pescoço		R\$ 20,00
()	28	Angiologista		R\$ 20,00
	29	Alergologista		R\$ 40,00
()	30	Hepatologista		R\$ 60,00
	31	Reumatologista		R\$ 65,00
()	32	Neurologia		R\$ 70,00

	ITEM	SERVIÇO	PROCEDIMENTO A EXECUTAR	VALOR UNITÁRIO
()	33	CREDENCIAMENTO DE MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM AMBULATÓRIO DE DOENÇAS CRONICAS – PROGRAMAS ESPECÍFICOS	Capacitação continuada, treinamentos e palestras	R\$ 230,00 /HORA



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

ANEXO IV

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - CADASTRO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE

1. DADOS OPERACIONAIS:

2. IDENTIFICAÇÃO: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE -AMERIOS - 12º REGIONAL

2.1 - CNES : 2594501

2.2 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO: CISA - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

3-DADOS DO PROFISSIONAL

3.1 - NOME DO PROFISSIONAL:

3.2 - RG: _____ ESTADO _____ DATA DA

EMIÇÃO _____

3.3 - CPF _____ 3.4 -

CNES _____

3.5 - DATA DE NASCIMENTO / / 3.6-SEXO: MASC () FEM ()

4 - VINCULO COM A EMPRESA

4.1



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

FUNÇÃO _____ ESPECIALIDADE _____

4.2 - NÚMERO DO REGISTRO NO CONSELHO DA

CLASSE _____

4.3 - CBO: _____ 4.4 - DATA DA ENTRADA _____ / _____ / _____

4.5 - FORMA DE CONTRATAÇÃO: CLT (____), PESSOA FÍSICA (____), JURÍDICA (____),

RAZÃO SOCIAL DA
EMPRESA _____

NÚMERO DO
CNPJ _____

4.6 - CARGA HORÁRIA SEMANAL: (COLOCAR QUANTIDADE DE HORAS) _____

4.7 - AMBULATORIAL () HOSP. () OUTROS ()

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DA UNIDADE



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA

AMERIOS - 12ª R. S.

CNPJ 86.689.023/0001-70

AV. ÂNGELO MOREIRA DA FONSECA, 866
CEP 87.503-030

ZONA ARMAZÉM

UMUARAMA - PR
FONE: (44) 3623-2728

www.cisaamerios.com.br

ANEXO V

FORMULÁRIOS DOS PLANOS DE CUIDADOS A SEREM UTILIZADOS PELOS MÉDICOS, NOS
ATENDIMENTOS DO PROGRAMA QUALICIS

Município de Residência: _____

Data do Encaminhamento: _____

Enfermeiro Responsável: _____

Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Identidade: _____

Telefone: _____

Data Nasc.: _____

CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - DIABÉTICO

Quadro clínico do usuário			
Classificação de pré-diabetes			
☐ Glicemia de jejum alterada: ≥ 100 a < 126 mg/dl ☐ Tolerância diminuída à glicose: teste oral de tolerância à glicose de 140 - 200 mg/dl na 2ª hora.			
Diagnóstico			
☐ Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ☐ Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)			
Classificação do controle metabólico			
☐ Adequado: hemoglobina glicada $\leq 7\%$ (considerar $\leq 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas) ☐ Inadequado: Hemoglobina glicada $> 7\%$ (considerar $> 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)			
Classificação de controle pressórico			
☐ Adequado: pressão arterial $\leq 130/80$ mmHg ☐ Inadequado: pressão arterial $> 130/80$ mmHg			
Internação por complicação aguda			
☐ Hipoglicemia ☐ Cetoacidose ☐ Síndrome hiperosmolar não cetótica			
Complicação crônica			
Microangiopatia	Macroangiopatia		
☐ Retinopatia diabética	☐ Doença arterial coronariana		
☐ Doença renal diabética	☐ Acidente vascular encefálico		
☐ Insuficiência renal crônica	☐ Doença vascular periférica		
☐ Neuropatia Diabética			
☐ Pé diabético			
☐ Neuropatia sensitivo-motora			
Estratificação de risco do usuário			
Risco baixo	Risco médio	Risco alto	
Pessoa com pré-diabetes	Pessoa com DM 2 e: Controle metabólico e pressórico adequados e Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Sem complicações crônicas	☐ Pessoa com DM 1 ou ☐ Pessoa com DM2 e controle metabólico e/ou pressórico inadequados o ou ☐ Pessoa com DM2 e controle metabólico e pressórico adequados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas	

HISTÓRIA PREGRESSA

Descrever resumo histórico progresso da condição de saúde do usuário, todos os dados relevantes, como internamentos e tratamentos realizados. Anexar todos os exames realizados e avaliações ponderais (peso, altura, IMC, CA, HGT, FC, etc).

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa:

Automedicação:

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

CONTROLE GLICÊMICO

Data	Jejum	2hrs após café	2hrs após almoço	2hrs após lanche	2hrs após jantar	Outro horário	Outro horário
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							

15.							
-----	--	--	--	--	--	--	--

ADESÃO TERAPÊUTICA

☐ N o Aderente ☐ Pouco Aderente ☐ Aderente

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução:

Data da Devolução:

Assinatura:

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - HIPERTENSO

Fatores de risco	Pontuação 1 ou 0
1. Sexo masculino	
2. Idade: { homens ≥ 55 anos mulheres ≥ 65 anos	
3. Tabagismo	
4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: homens < 55 anos mulheres < 65 anos	
5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL ou LDL colesterol > 115 mg/dL ou HDL: { homens < 40 mg/dL mulheres < 46 mg/dL ou Triglicerídeos > 150 mg/dL	
6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dL ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190 mg/dL em 2 horas ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%	
7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² ou Circunf. abdominal: { homens ≥ 102cm mulheres ≥ 88cm	
Total:	

Lesão de Órgão Alvo	Sim ou Não
1. Hipertrofia ventricular esquerda <u>Eletrocardiograma:</u> Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35mm RaVL > 11 mm Cornell voltagem > 2440 mm*ms <u>Ecocardiograma:</u> Índice de massa ventricular esquerda > 115 g/m² homens, > 95 g/m² nas mulheres	
2. Espessura mediointimal da carótida > 0,9mm ou placa carótidea	
3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s	
4. Índice tornozelo-braquial < 0,9	
5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m²)	
6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24hs ou relação albuminacreatinina urinária 30 a 300mg	

Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim ou Não
1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico, Hemorragia cerebral, Ataque isquêmico transitório	
2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável, Infarto do miocárdio, Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica, Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada, Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre <30 mL/min/1,73m² ou albuminúria >300mg/24hs), Retinopatia avançada (hemorragias, exsudatos, papiledema)	

Estratificação de Risco	Pressão arterial: _____ (em mmHg)			
	☐ Sistólica: 130 a 139 ou ☐ Diastólica: 85 a 89	☐ Sistólica: 140 a 159 ou ☐ Diastólica: 90 a 99	☐ Sistólica: 160 a 179 ou ☐ Diastólica: 100 a 109	☐ Sistólica: ≥ 180 ou ☐ Diastólica: ≥ 110
☐ Nenhum fator de risco	Sem risco adicional	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto
☐ 1 a 2 fatores de risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
☐ 3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
☐ Lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

HISTÓRIA PROGRESSA

Descrever resumo histórico progresso da condição de saúde do usuário, todos os dados relevantes, como internamentos e tratamentos realizados. Anexar todos os exames realizados e avaliações ponderais (peso, altura, IMC, CA, HGT, FC, etc).

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa:

Automedicação:

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

CONTROLE PRESSÓRICO

Data	Manhã	Tarde	Noite
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

ADESÃO TERAPÊUTICA

☐ N o Aderente
 ☐ Pouco Aderente
 ☐ Aderente

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____

Assinatura: _____

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência:

UBS/ESF:

Enfermeiro Responsável: _____

Data da Última Consulta: _____

Data do Encaminhamento: _____

Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS DO IDOSO

Nome do Idoso: _____ Identidade: _____

Identidade: _____

Nome do Acompanhante: _____

Grau de Parentesco: _____

Data Nasc.: _____ CNS: _____

CNS: _____

Telephone: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA TRADICIONAL DO IDOSO

Peso:

CP:

FC: _____

Altura: _____

CB: _____

FR: _____

IMC: _____

PA: _____

Vel. Mrc.: _____

CA: _____

HGT: _____

Descrever resumo histórico progresso da condição de saúde do idoso, todos os dados relevantes, como internamentos, tratamentos realizados e lista de problemas identificados pelo usuário e equipe da atenção básica. Anexar todos os exames realizados e histórico vacinal.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings on the page.

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade? () 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ²	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: () Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i> 3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	AVD Básica 6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁴ () Não	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	Máximo 2 pts
	Capacidade aeróbica e /ou muscular 14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² () ; • Circunferência da panturrilha a <31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . () Sim ² () Não	
	Marcha 15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ³ () Não 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
	Continência esfincteriana 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
	Visão 18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ¹ () Não	
COMUNICAÇÃO	Audição 19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
	Polipatologia Polifarmácia Interação recente (<6 meses) 20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . () Sim ⁴ () Não	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)		

FRAGILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

▪ Idoso **Frágil** (IVCF-20 ≥ 15 pontos) com Alto Potencial de Melhora:

- () Imobilidade parcial ou completa () Incapacidade comunicativa
() Incapacidade cognitiva () Instabilidade Postural

▪ Idoso em **Risco de Fragilização** (IVCF-20 entre 7 - 14 pontos), com suspeita de:

- () Incapacidade cognitiva () Sarcopenia () Prescrição inapropriada
() Insuficiência familiar () Instabilidade postural ou quedas de repetição

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

* Anexar o controle glicêmico dos insulinizados.

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO**DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO**

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____

Assinatura: _____

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	Atividade	Independência		Dependência	
	Tomar Banho		Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente), ou toma banho sozinho.		Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
	Vestir-se		Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.		Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
	Uso do vaso sanitário		Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).		Utiliza comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
	Transferência		Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).		Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
	Continência		Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.		Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais".
	Alimentar-se		Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.		Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Atividade de vida diária	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Incapaz
	Você é capaz de preparar as suas refeições?			
	Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e no horário correto?			
	Você é capaz de fazer compras?			
	Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou suas finanças?			
	Você é capaz de usar o telefone?			
	Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?			
	Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
	Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum			

transporte, sem necessidade de planejamento especial?

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR

		Sim	Não	Pontuação
Suporte Familiar	Morar sozinho	2	0	
	Residente em ILPI	4	0	
	Presença de companheiro ou cônjuge	0	2	
	Viuvez recente, no último ano	2	0	
	Presença de familiares ou amigos com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário	0	6	
	Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?	0	2	
	Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa	2	0	
	Total:	20		
Suporte Social	Analfabetismo	2	0	
	Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	4	0	
	Moradia própria	0	2	
	Moradia em boas condições de organização e higiene	0	4	
	Acesso à renda própria ou de familiares próximos suficiente para garantir a própria subsistência	0	6	
	Relato de participação em alguma atividade extradomiciliar ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc.	0	2	
	Total:	20		

Critério de Gravidade	Suporte Familiar	Ausente 0 pontos	Leve 1 a 4 pontos	Moderado 4 a 9 pontos	Grave ≥10 pontos
	Suporte Social				

Outras Informações Relevantes:

[illegible]

[illegible]

PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário:

Nome social:

Data de nascimento:

Idade:

CPF:

Cartão SUS:

Endereço:

Município:

Telefone:

UBS de origem

ESF

ACS (nome):

Prontuário:

Apoio familiar (nome)

(telefone)

Apoio comunitário (nome)

(telefone)

2. AUTOCUIDADO

Letramento Funcional em SAÚDE (LFS):

() Inadequado () Limitado () Adequado

Adesão Terapêutica:

() Pouco aderente - intencional () Pouco aderente - não intencional () Aderente

Capacidade de Autocuidado: () Suficiente () Insuficiente

Estágio motivacional para mudança:

Suporte Familiar: () Suficiente () Insuficiente

Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente

3. LISTA DE PROBLEMAS

Estratificação de risco:

Problemas identificados pela equipe (condição crônica de SAÚDE, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

Problemas identificados pelo usuário:

4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO

Peso: kg Altura: cm IMC: Circunferência Abdominal: cm Dor:

PA mmHg FC bpm FR irpm TAX: °C

Glicemia

Se glicemia > 250 mg/dl

Jejum:

mg/dL

Pós prandial:

mg/dL

Glicosúria

CETONÚRIA

Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):

EXAMES

DATA

RESULTADO

LDL

HDL

Triglicerídeos

Colesterol total

Creatinina

Hemoglobina Glicada

EXAMES COMPLEMENTARES

5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA OBJETIVOS BARREIRAS / DIFICULDADES PRIORIZAÇÃO * RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

6. MEDICAMENTOS

Alergia medicamentosa:

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras).

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

7. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)

8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1					
P2					
P3					

10. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES

11. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS

APS	Data: ___/___/___ Hora:	AAE	Data: ___/___/___ Hora:
-----	-------------------------	-----	-------------------------

ASSINATURAS E CARIMBOS

Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados

PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DO IDOSO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário:			
Nome social:			
Data de nascimento:	Idade:	CPF:	Cartão SUS:
Endereço:		Município:	Telefone:
UBS de origem	ESF	ACS (nome):	Prontuário:
Apoio familiar (nome)	(telefone)	Apoio comunitário (nome)	(telefone)

2. AUTOCUIDADO

Letramento Funcional em SAÚDE (LFS): () Inadequado () Limitado () Adequado		Adesão Terapêutica: () Pouco aderente - intencional () Pouco aderente - não intencional () Aderente	
Capacidade de Autocuidado: () Suficiente () Insuficiente	Estágio motivacional para mudança:	Suporte Familiar: () Suficiente () Insuficiente	Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente

3. LISTA DE PROBLEMAS

IVCF-20:

Problemas identificados pela equipe (condição crônica de SAÚDE e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

Problemas identificados pelo usuário:

4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO

Peso: kg	Altura: cm	IMC:	Circunferências		Velocidade de marcha: s	TAX: °C
			Abdominal: cm	Panturrilha: cm		
PA (deitado)		PA (sentado)		PA (de pé)		ITB
PAS mmHg	PAD mmHg	PAS mmHg	PAD mmHg	PAS mmHg	PAD mmHg	
FC bpm	FR irpm	Glicemia		Se glicemia > 250 mg/dl		Dor
		Jejum: mg/dL	Pós prandial: mg/dL	GLICOSÚRIA	CETONÚRIA	

Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):

EXAMES COMPLEMENTARES:

5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS / DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO *	RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

6. MEDICAMENTOS					
Alergia medicamentosa:					
MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras):

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	
MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

7. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)

8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS					
PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1					
P2					
P3					

10. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA			
SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES

11. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS			
APS	Data: ___/___/___ Hora: ___:___	AAE	Data: ___/___/___ Hora: ___:___

ASSINATURAS E CARIMBOS	
Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados

PLANO DE CUIDADOS SAÚDE MENTAL

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário:

Nome social:

Data de nascimento:

Idade:

CPF:

Cartão SUS:

Endereço:

Município:

Telefone:

UBS de origem

ESF

ACS (nome):

Prontuário:

Apoio familiar (nome)

(telefone)

Apoio comunitário (nome)

(telefone)

2. AUTOCUIDADO

Letramento Funcional em SAÚDE (LFS):

() Inadequado () Limitado () Adequado

Adesão Terapêutica:

() Pouco aderente - intencional () Pouco aderente - não intencional () Aderente

Capacidade de Autocuidado: () Suficiente () Insuficiente

Estágio motivacional para mudança:

Suporte Familiar:

() Suficiente () Insuficiente

Suporte Social:

() Suficiente () Insuficiente

3. LISTA DE PROBLEMAS

Estratificação de risco:

Problemas identificados pela equipe (condição crônica de SAÚDE e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

Problemas identificados pelo usuário:

4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO

Peso:

kg

Altura:

cm

IMC:

PA (deitado)

TAX:

°C

PAS

mmHg

PAD

mmHg

Dor

FC

bpm

FR

irpm

Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):

EXAMES COMPLEMENTARES:

5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS / DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO *	RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

6. MEDICAMENTOS					
Alergia medicamentosa:					
MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras):

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	
MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

7. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)

8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS					
PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1					
P2					
P3					

10. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA			
SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES

11. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS			
APS	Data: ___/___/___ Hora: ___	AAE	Data: ___/___/___ Hora: ___

ASSINATURAS E CARIMBOS	
Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - SAÚDE MENTAL

Instruções de preenchimento:

- 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma
- 2) Realize a somatória dos números circulados
- 3) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

Sinais e Sintomas		Não	Sim
Grupo I	Sensação de morte e/ou pânico	0	5
	Medo intenso	0	2
	Desrealização	0	3
	Despersonalização	0	3
	Crises conversivas	0	3
	Crise dissociativa	0	3
	Queixas somáticas e/ou hipocondríacas	0	1
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos e/ou conjunto de rituais	0	3
	Pensamentos de inutilidades e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente acompanhada ou não do choro	0	2
Grupo II	Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio	0	9
	Isolamento social	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	9
	Desinibição social e sexual	0	7
	Hiperatividade associada ou não a atos impulsivos	0	3
	Euforia	0	4
	Elevação desproporcional da autoestima	0	2
	Delírio	0	8
	Alucinação	0	10
	Alteração do curso do pensamento	0	9
Grupo III	Perda do Juízo crítico da realidade	0	10
	Delirium tremens	0	10
	Tremor associado ao hálito etílico e sudorese etílica	0	3
	Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	0	6
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	0	6
Grupo IV	Tolerância	0	3
	Dificuldade manifesta na infância e/ou adolescência de compreender e transmitir informação	0	3
	Movimentos corporais ou comportamentais estereotipados	0	5
	Desatenção manifesta na infância e/ou adolescência	0	4
	Inquietação constante manifesta na infância e/ou adolescência	0	2
Grupo V	Regressão	0	1
	Perda da memória	0	3
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social	0	4
	Desorientação temporal e espacial	0	5

Grupo VI	Resistência ao tratamento e/ou refratariedade	0	4
	Recorrência ou Recaída	0	9
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	10
	Exposição continuada ao estresse	0	3
	Precariedade de suporte social	0	3
	Precariedade de suporte familiar	0	6
	Testemunha de violência	0	4
	Autor ou Vítima de violência	0	8
	Perda da funcionalidade familiar e/ou afetiva	0	6
	Vulnerabilidade econômica e ambiental	0	3
	Comorbidade ou outra condição crônica associada	0	3
	Faixa etária > 6 anos e < de 18 anos	0	10
	Abandono e/ou atraso escolar	0	6
Pontuação Total:			

HISTÓRIA PREGRESSA

[illegible]

TERAPIA MEDICAMENTOSA

[illegible]

TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA

Modalidade	Sim	Não	Frequência Semanal
Acompanhamento/Orientação Alimentar			
Exercícios Físicos			
Grupo (s):			
Psicoterapia			
Espiritualidade			
Práticas Integrativas Complementares			
Atividades de Lazer			

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____	
Data da Devolução: _____	Assinatura: _____

Publicações legais



CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISA
AMERIOS - 12º R.S. CNPJ 06.899.023/0001-70
 AV. ANGELO MONTE DA FONSECA, 655 Umuarama - PR
 CEP 87.501-080 FONE: (41) 3629-2728
 www.cisa-amorios.com.br

REPUBLICADO POR INCORREÇÃO

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2022
CREDECIMENTAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PROGRAMA QUALICIS

1. PREÂMBULO

1.1. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA/AMERIOS 12º R.S., inscrito no CNPJ sob nº 06.899.023/0001-70, com sede à Av. Angelo Monte da Fonseca, 655, Zona Amaram, na cidade de Umuarama/PR, de conformidade com a Lei nº 8.969/01, suas alterações, Lei nº 8.969/00, e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS, nos termos das condições estabelecidas no presente instrumento de Chamamento.

1.2. A análise da documentação dos interessados será realizada pelos membros da Comissão Técnica de Credenciamento do CISA, com avaliação final em conformidade com os parâmetros e requisitos estabelecidos neste Edital.

1.3. O processo de credenciamento contempla a análise documental dos interessados, valoração técnica e o cumprimento das demais exigências contidas no presente Edital.

2. OBJETO DO CREDENCIAMENTO

2.1. O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas na Área de Saúde para a prestação de serviços, segundo as Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e Diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QualICIS, para atendimento no ambulatório AME (Ambulatório Médico de Especialidades), conforme encaminhamento do CISA, que serão pagos com valores constantes da tabela do CISA, conforme anexo II.

3. REGÊNCIA LEGAL

O presente credenciamento é regido pela Lei Federal nº 8.969, de 21 de junho de 1995, com alterações posteriores e demais legislação pertinente, aplicando-se, na que couber, os princípios de direito público, suplementados pelo direito privado.

4. PRAZOS

4.1. O requerimento de credenciamento deverá ser dirigido à Comissão Técnica de Credenciamento, acompanhado de toda a documentação exigida de acordo com o item 5 deste Edital, devendo ser protocolado junto ao CISA, no horário das 08:00 h às 12:00 h e das 13:00 h às 17:00 h de segunda-feira a sexta-feira, até o dia 31 de dezembro de 2022, em envelopes lacrados.

4.2. O prazo de vigência do contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual e sucessivos períodos, limitado a 48 (quarenta e oito) meses, prazo este, que é o prazo de validade do CISA, conforme anexo II.

4.3. O prazo para assinatura do contrato será de 05 (cinco) dias corridos, contados da convocação do interessado.

5. DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CREDENCIAMENTO

5.1. Os seguintes documentos abaixo relacionados deverão ser apresentados juntamente com o pedido de credenciamento:

- a) Contrato Social e suas alterações;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- c) Prova de Regularidade junto à Fazenda Federal, Estadual e Municipal, em domicílio da empresa em plena validade;
- d) Prova de Regularidade junto ao INSS, em plena validade;
- e) Prova de Regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), emitido pela Caixa Econômica Federal, em plena validade;
- f) Certificado de Regularidade da Vigilância Sanitária;
- g) Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoas Jurídicas, emitido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), ou Conselho correspondente, conforme tipo de atendimento (EX: CREFITO, CRP, CREFONIC);
- h) CRM e diploma de especialista do profissional (as) que prestará (ão) os serviços;
- i) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- j) Cartão de inscrição em nome da empresa;
- k) Cópias do RG e CPF do profissional (as) que prestará (ão) os serviços;
- l) Ficha preenchida do Cadastro de profissional de Saúde (Anexo IV).

5.2. Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por Tabelião de Notas ou cópia autenticada do original para autenticação pelos membros da Comissão Técnica de Credenciamento do CISA, sendo necessário o pedido de credenciamento somente mediante a documentação completa estabelecida.

5.3. A Comissão Técnica de Credenciamento poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que porventura se façam necessários.

5.4. Será inabilitado o interessado que não apresentar toda a documentação exigida no presente Edital.

5.5. A classificação será de acordo com a ordem de entrega dos envelopes com a documentação exigida.

6. DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO

6.1. Serão credenciados os interessados que preencham os requisitos previstos neste Edital, de acordo com as necessidades conforme disponibilidade financeira e orçamentária.

6.2. Após análise da documentação, a Comissão Técnica de Credenciamento emitirá um parecer técnico mencionando, na conclusão anterior, justificando o credenciamento, por especialidade e/ou área de interesse, o qual será submetido de imediato para a contratação.

6.3. Das decisões da Comissão Técnica de Credenciamento caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias, a contar de data da ciência do decisão.

7. DA CONTRATAÇÃO

7.1. Com a conclusão da análise, os requisitos atendidos ou não para o credenciamento dos interessados serão comunicados no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias corridos, a contar de data final de entrega das propostas.

7.2. Os interessados que forem habilitados ao credenciamento serão contratados por meio de instrumento de prestação de serviços, de natureza precatória, caracterizado pela unilateralidade, disponibilidade, onde se estabelecem os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, podendo o contrato ser rescindido, a qualquer tempo, sem que cabam aos contratados quaisquer danos, variação ou indenizações.

7.3. São de inteira responsabilidade das empresas e profissionais contratados, as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais, trabalhistas e comerciais resultantes da execução do Contrato.

7.4. As empresas contratadas são responsáveis pelos danos causados diretamente ao CISA e/ou terceiros, decorrentes da execução do contrato.

8. DO PREÇO

8.1. A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela do CISA, conforme relatório de serviços realizados.

8.2. O valor pactuado neste instrumento poderá ser alterado, quando houver reajuste da tabela do CISA, que envolva os serviços realizados.

9. DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para atender as despesas decorrentes do credenciamento, valer-se-á de recursos próprios e que estão livres e não comprometidos, conforme DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA vigente do CISA, a serem discriminadas no ato de contratação.

10. DAS SANÇÕES

10.2. O CISA poderá, a qualquer tempo, realizar novos credenciamentos, através da divulgação de um novo regulamento.

10.3. Qualquer pedido de esclarecimento em relação a eventuais dúvidas de interpretação do presente Edital deverá ser encaminhado por escrito à Comissão Técnica de Credenciamento.

10.4. Este chamamento público será publicado no diário oficial do CISA.

Umuarama, 11 de fevereiro de 2022.

CLAUDIO SIDNEY DE LIMA
Presidente

NILSON MANDUCA
Coordenador

ANEXO I
MODELO I - PESSOA JURÍDICA (AOEQUAR COM A ÁREA PRETENDIDA)
 (em papel timbrado/personalizado da empresa ou profissional)

Eu, Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISA/AMERIOS 12º R.S.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS NA ÁREA MÉDICA, divulgado pelo CISA, objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do chamamento público nº 002/2022.

Razão Social: _____
 Nome Fantasia: _____
 Endereço Comercial: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 CNPJ: _____
 Especialidade: _____ para realização de (informar a quantidade) consultas médicas/procedimentos mínimos _____
 Médico Responsável: _____
 CRM do Médico Responsável: _____
 R.G. do Médico Responsável: _____
 CPF do Médico Responsável: _____
 Data: _____

(assinatura do solicitante)
 (nome do solicitante)

A MINUTA DO CONTRATO É APENAS UM MODELO, NÃO DEVERIA SER PREENCHIDA.

ANEXO II
MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Por este instrumento de Contratos, que entre si celebraram de um lado o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISA/AMERIOS 12º R.S., inscrito no CNPJ sob nº 06.899.023/0001-70, com sede à Avenida Angelo Monte da Fonseca, 655, Zona Amaram, nesta cidade de Umuarama/PR, neste ato representado pelo Presidente o Sr. CLAUDIO SIDNEY DE LIMA, brasileiro, casado, agente público, inscrito no CPF sob nº _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, e de outro lado, o profissional (as) _____, inscrita no CRM sob nº _____, com endereço a _____, doravante denominada CONTRATADA, resolveu-se representar pelo _____ portador da Cédula de Identidade nº _____ e inscrito no CPF sob nº _____, resolveu-se firmar o presente contrato, cujo segue:

CLAUSULA PRIMEIRA - DA CONTRATAÇÃO: O presente contrato é decorrente do Edital de Chamamento Público nº 002/2022, regido pela Lei Federal nº 8.969/93, analisada pela Lei Federal nº 8.969/94, conforme processo de habilitação nº _____, realizado em _____.

CLAUSULA SEGUNDA - DO OBJETO: O presente contrato tem por objeto a contratação de empresa para prestação de serviços, segundo as Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e Diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QualICIS, para atendimento no ambulatório AME (Ambulatório Médico de Especialidades), conforme encaminhamento do CISA, que serão pagos com valores constantes da tabela do CISA, abaixo descrita:

CLAUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS: A execução do objeto dar-se-á segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, regulamentados pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

CLAUSULA QUARTA - DAS REGRAS A SEREM SEGUIDAS PELOS PROFISSIONAIS PARA O DEVIDO ATENDIMENTO:

Parágrafo Primeiro: Para o devido atendimento no Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QualICIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados - AMES, no Paraná os profissionais deverão atuar regularmente.

Considerando a Deliberação CIB nº 036/2020, de 02 de abril de 2020, que aprova o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QualICIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados - AMES no Paraná, assim como, o componente de incentivo de cunho conforme Anexo I da Deliberação, retificada pela Deliberação CIB nº 094/2020, de 10 de julho de 2020.

Considerando a Resolução SESA nº 1419, de 01 de dezembro de 2020, que institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QualICIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados - AMES no Paraná.

Considerando a Resolução SESA nº 1419, de 01 de dezembro de 2020, que institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QualICIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados - AMES no Paraná.

Considerando a Resolução SESA nº 1420, de 01 de dezembro de 2020, que aprova a implementação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QualICIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades - AME no Paraná.

Considerando a Portaria GSMS de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde - Das Redes de Atenção à Saúde, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e define a atenção secundária como um dos componentes de sua estrutura organizacional, caracterizada como uma