NOTA INFORMATIVA CISAMVI Nº 02, DE 01 DE ABRIL DE 2020.

Revisada em 15/04/2020.

Assunto: orientação sobre a contratação de serviços técnicos de saúde ao Sistema Único de Saúde – SUS, via CISAMVI, no contexto atual da pandemia da COVID-19.

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ - CISAMVI**, em cumprimento das suas atribuições, e considerando:

**1.** que a Organização Mundial de Saúde declarou a existência de pandemia da doença COVID-19, causada pelo Novo Coronavírus, e, ao mesmo tempo, destacou a possibilidade real de a mesma ser controlada, mediante adoção de mecanismos de prevenção, informação e combate eficaz à doença;

**2.** as orientações emitidas pelo Ministério da Saúde, em especial a Portaria 356, de 11 de março de 2020, em que intensifica as recomendações quanto aos cuidados de prevenção contra a contaminação pelo Novo Coronavírus;

**3.** a Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Novo Coronavírus;

**4.** O Decreto Estadual 515, de 17 de março de 2020, que Declara situação de emergência em todo o território catarinense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências no território catarinense;

**7.** O edital de credenciamento 01/2020 do CISAMVI para prestação de serviços técnicos de saúde ao Sistema Único de Saúde – SUS.

**8.** o Plano de Contingência para resposta às emergências em Saúde Pública – SARS-COV-2 – COVID-19, atualizado em 30/03/2020, com as orientações para o atendimento na atenção primária a Saúde.

**9.** O atingimento do nível III no Plano de Contingência, sendo o estágio de Emergência de Saúde Pública (ESP) e a necessidade iminente de mão de obra médica.

**ORIENTA:**

Visando a sustentabilidade física e financeira para o funcionamento de suas unidades de saúde, recomendamos que cada gestor de saúde adote os protocolos estabelecidos pelas autoridades sanitárias na organização e funcionamento de suas unidades de saúde.

Qualquer dúvida, dificuldade ou sugestão sobre o processo de contratação deste serviço pode ser resolvida diretamente com o Fiscal de Contratos – Marcos da Rocha, pelo e-mail [faturamento@cisamvi.sc.gov.br](mailto:faturamento@cisamvi.sc.gov.br) ou (47) 3331-5813.

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – EDITAL Nº 01/2020.**

**1)** Avalie a sua necessidade e escolha o tipo de serviço necessário:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição do item** | **Complemento** | **Valor do item R$** |
| **01** | 4 horas por dia. | Serviço especializado de atendimento médico em saúde da família e comunidade, conforme portaria MS nº 2.436/17, em unidade básica de saúde indicada pelo município solicitante, com meta de 16 consultas por dia. | 520,00 |
| **02** | 8 horas por dia. | Serviço especializado de atendimento médico em saúde da família e comunidade, conforme portaria MS nº 2.436/17, em unidade básica de saúde indicada pelo município solicitante, com meta de 32 consultas por dia. | 1.040,00 |
| **03** | 12 horas por dia. | Serviço especializado de atendimento médico em saúde da família e comunidade, conforme portaria MS nº 2.436/17, em ambulatório médico ou unidade básica de saúde indicada pelo município solicitante, com demanda livre de atendimento. | 1.560,00 |

**2)** Entrar em contato com o credenciado para agendar o início do profissional, tendo prazo de 5 (cinco) dias úteis para início dos trabalhos:

O município solicitará ao credenciado HORUS SAUDE o agendamento com a empresa que fará o atendimento da demanda, enviando e-mail para o [eliana@saudehorus.com.br](mailto:eliana@saudehorus.com.br) as seguintes informações – enviar a tabela a seguir preenchida com a necessidade:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço da Unidade de Saúde para Trabalho** | **Código do Serviço**  **(conforme tabela do item 1)** | **Quantidade de Profissionais** | **Mês de trabalho (exemplo abril, maio, junho)** | **Quantidade de dias de trabalho por mês (mínimo de 4 dias)** |
| Rua modelo, 99 – Bairro modelo – Cidade Modelo | 02 | 1 | Abril | 10 |
| Rua modelo, 99 – Bairro modelo – Cidade Modelo | 02 | 1 | Maio | 22 |
| Rua modelo, 99 – Bairro modelo – Cidade Modelo | 03 | 2 | Abril | 22 |
| (...) |  |  |  |  |

*Perceba que é possível solicitar mais de um médico, e por mais de um mês.*

Após o agendamento com o credenciado o município solicitante emitirá a autorização no sistema IDS-Saúde na janela “autorização de exames”, onde preencherá no campo “usuário” SEC DE SAUDE DE XXX (foi criado um usuário para cada município mudando apenas o nome final para facilitar o agendamento), após escolher no campo “exames/procedimentos” o exame contentado as horas por dia desejada, a quantidade de dias que o profissional ficará na unidade, em “data” preencher com o início que o profissional começara atuar.

A Requisição emitida pelo responsável no município, deverá ser assinada pelo secretário de saúde no município e também pelo Profissional Médico Credenciado, e deverá acompanhar a relação de assinaturas diárias do profissional – uma assinatura por dia de trabalho;

Os atendimentos realizados não poderão ser referenciados para atendimento de forma particular ou solicitação de complementação de valores para procedimentos e/ou cirurgias, assim, toda a necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias deverá ser encaminhado seguindo o fluxo estabelecido na unidade de saúde.

Os serviços não poderão ser prestados por mais de 90 (noventa) dias ininterruptos no mesmo estabelecimento de saúde, ***salvo a permanência do estado de emergência atual***.

**3) DESTAQUES IMPORTANTES:**

Para iniciar a prestação dos serviços é OBRIGATÓRIO o credenciado possuir e apresentar ao Município:

1. Guia do Sistema IDS-Saúde que foi enviada pelo município e assinada pelo secretário.

2. Vínculo Profissional / Cópia do contrato de trabalho com a empresa Credenciada.

3. Carteira de Identidade Profissional junto ao Cremesc.

Atenção: Não permitir que o profissional inicie os atendimentos na ausência de qualquer documento acima citado, bem como sem orientação por parte do município, sobre o uso de seu sistema de prontuário eletrônico, e protocolos de funcionamento e prescrição da unidade, em especial sobre as medidas e encaminhamentos atuais para atendimento e tratamento de COVID-19.

**4) OBRIGAÇÕES DAS PARTES:**

Considerando o atual cenário de pandemia, e o estado de emergência decretado em todo o território catarinense, em especial os decretos municipais dos consorciados ao CISAMVI, temporariamente definimos que:

1. o preenchimento do anexo VII, previsto no edital nº 01/2020, no que se refere à informações da empresa credenciada será substituído pela apresentação da documentação obrigatória no início das atividades no município.
2. as informações da unidade de saúde de atendimento, se darão através da ficha do cadastro nacional de estabelecimento de saúde e cópia da carteira de identidade profissional junto ao órgão de classe do responsável pela unidade de saúde.

Os itens 1 e 2 serão considerados atendidos, no checklist desta nota orientativa.

Ainda considerando o cenário atual, a seguir compilamos as principais obrigações para o início dos trabalhos, o resumo, não isenta a obrigação de cumprimento de todas as situações previstas no Edital de Credenciamento nº 01/2020, bem como no contrato firmado entre o CISAMVI e o Credenciado:

***SOBRE AO QUE COMPETE AO* CREDENCIADO*:***

Iniciar o atendimento dos serviços no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

Atender a demanda agendada, com a meta mínima de 16 pacientes por período de quatro horas ou de acordo com a demanda agendada (Visita Domiciliar, Pequenos Procedimentos, Idosos).

Adequar-se ao horário de funcionamento da unidade de saúde para a qual foi designado cumprindo a quantidade de horas determinada, afim de garantir a cobertura de atendimento médico durante todo o período de funcionamento da unidade.

Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados, e atender e/ou responder as reclamações relativas aos serviços prestados.

Comunicar ao CISAMVI com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis, eventual paralização ou desordem que o impeça de prestar o serviço, sempre por escrito.

Inserir- se na equipe, cumprindo todas as atribuições inerentes à função.

Enviar e até 24h antes do início dos serviços, ao e-mail do solicitante (em cópia ao que foi enviado a autorização do IDS-Saúde), informações sobre o profissional, para fins de cadastro no sistema de prontuário, como: Nome Completo, CPF, CRM e também o telefone de contato direto.

***SOBRE O QUE COMPETE AO* MUNICÍPIO*:***

Solicitar o fornecimento do serviço com 5 (cinco) dias úteis de antecedência, por e-mail ao credenciado – [eliana@saudehorus.com.br](mailto:eliana@saudehorus.com.br).

Disponibilizar consultório para a realização dos atendimentos, com a documentação para funcionamento em dia.

Checar as informações para início do atendimento, conforme check-list do anexo único desta nota orientativa.

Fornecer toda assistência e informação necessária para a prestação do serviço.

Acompanhar e apoiar, sistematicamente, a execução dos serviços, comunicando ao CISAMVI e ao Prestador, quaisquer irregularidades ou pendências de ordem técnica ou legal;

Realizar agendamento em conformidade com meta de atendimento de 16 pacientes a cada 4 horas ou de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado (Idosos, Gestantes, Visita domiciliar).

Fornecer toda assistência e informações necessárias para o atendimento dos usuários;

- Encaminhar ao CISAMVI, uma vez por mês, a documentação do médico e as guias contendo a assinatura do secretário e os dias de atendimento na unidade, com assinatura do responsável da unidade e do profissional em cada dia;

Efetuar o pagamento ao CISAMVI em função dos serviços prestados de acordo com os quantitativos autorizados pelo município.

***SOBRE AO QUE COMPETE AO* CISAMVI*:***

Receber e conferir a documentação, guias assinadas e relatórios de dias de atendimento;

Efetuar o pagamento ao credenciado em função dos serviços prestados de acordo com os quantitativos autorizados pelo município.

**CHECKLIST DE CONFERÊNCIA – INÍCIO DO ATENDIMENTO.**

**Município: -> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Guia do IDS-Saúde anexa.

Ficha do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde anexa.

Data de início do atendimento **-> \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_**

Data do fim do atendimento **-> \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_**

Telefone da Unidade de Saúde **-> (\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Empresa Credenciada:**

Cópia do vínculo profissional ou cópia do contrato de trabalho com a empresa Credenciada anexo.

Carteira de Identidade Profissional junto ao Cremesc anexo.

CHECKLIST VÁLIDO SOMENTE COM A ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS (1) RESPONSÁVEL PELA UNIDADE; E (2) MÉDICO DESIGNADO.

**Informes ao Profissional -** O profissional foi esclarecido quanto aos seguintes itens:

Horário de funcionamento da unidade

Hierarquia dentro da unidade

Fluxo de pacientes dentro da unidade

Disponibilidade de insumos para o atendimento

Sistema de prontuário

Fluxo de referência e contrarreferência

Prescrição de medicamentos

Lista de medicamentos disponíveis

Agenda de atendimentos

Uso das dependências da unidade

Programas desenvolvidos pela unidade

Equipes disponível na unidade e no município

Assinatura diária do controle de serviços

**DECLARAÇÃO:**

Eu (*nome do responsável pela unidade de saúde*), inscrito no conselho de (*informar qual o conselho classe*) sob o número (*número*), declaro que verifiquei toda a documentação listada nessa relação e atesto sua veracidade, e declaro ainda que orientei o profissional (*nome do médico*) inscrito no CRM-SC sob o número (*número do CREMESC*), sobre as fluxos e protocolos necessários para a execução do serviço contratado neste município.

* *Assinatura, Carimbo e Data do Responsável pela Unidade:*

**Declaro estar ciente e em concordância com as informações deste checklist assino a seguir:**

* *Assinatura, Carimbo e data do Médico Designado:*