



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Foz do Iguaçu, 12 de fevereiro de 2024.

O presente documento visa analisar a viabilidade da presente contratação, bem como compilar as demandas e os elementos essenciais que servirão para compor o Termo de Referência ou projeto Básico, de forma a melhor atender às necessidades da Administração.

1. DADOS DO PROCESSO

ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO: Secretaria Municipal da Saúde

RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA: Diretoria de Assistência Especializada, Diretoria de Atenção Primária em Saúde e Comissão Especial de Licitação da SMSA

2. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE E JUSTIFICATIVA DA FORMA DE CONTRATAÇÃO

OBJETIVO (FINALIDADE):

Ampliar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Foz do Iguaçu através de plantões médicos.

4. DOS QUANTITATIVOS, VALORES, PAGAMENTO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1 DOS QUANTITATIVOS

Rede de Atenção de Urgência e Emergência

- 4.1.1. Unidades de Pronto Atendimento Municipais 24 horas - O serviço será prestado em unidades com atendimento 24h, inclusive domingos, feriados e pontos facultativos. O teto mensal para estas unidades de atendimento é de 4.320 (quatro mil trezentos e vinte) horas, baseada na Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017, já considerando períodos de maiores atendimentos.

4.1.1.1. Os profissionais médicos indicados pela empresa credenciada para prestação do serviço deverão comprovar formação e habilitação (conforme quadro abaixo), para atender como: médico pediatra, médico emergencista e médico traumatologista, de acordo com as necessidades do serviço, com escalas de 06 ou 12 horas, conforme definido pela Coordenação Médica do Serviço e ou responsável pela Diretoria:

4.1.1.2. Para cobrir esses quesitos os médicos deverão apresentar no momento da contratação, formação e habilitação em um dos cursos avançados conforme quadro abaixo, com expedição válida de: ACLS - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia; ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma; PALS - Suporte Avançado de Vida em Pediatria; e, experiência de no mínimo 2 (dois) anos em atendimentos de urgência e emergência.

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM RESIDÊNCIA OU CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Emergencista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências; e habilitação de curso(s) avançado com expedição válida de: ACLS: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia.
Pediatria	Médicos devidamente qualificados com título de pediatria ou residência, com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências; e habilitação do curso avançado com expedição válida de: PALS: Suporte Avançado de Vida em Pediatria
Traumatologia	Médicos devidamente qualificados com título de especialista ou residência médica em ortopedia ou cirurgia geral, com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a emergências; e treinamento bianual, certificado pelo curso ATLS: Suporte Avançado de Vida no Trauma

4.1.1.3. As escalas darão preferência para os médicos com mais de dois anos de formação profissional, com residência e/ou especialização reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina.

4.1.1.4. Os horários serão distribuídos da seguinte forma:

4.1.2. - Unidade de Saúde 24h Padre Ítalo Paternoster - O serviço será efetuado de segunda a segunda na Unidade Básica de Saúde 24h, com carga horária determinada pela Coordenação da Diretoria responsável, perfazendo teto mensal de até 2.430 (dois mil quatrocentos e trinta) horas.

4.1.2.1. Os profissionais médicos indicados pela empresa credenciada para prestação do serviço deverão comprovar formação e habilitação (conforme quadro abaixo), para atender como: médico pediatra e médico emergencista, de acordo com as necessidades do serviço, com escalas de 06 ou 12 horas, conforme definido pela Coordenação Médica do Serviço e ou responsável pela Diretoria;

4.1.2.2. Para cobrir esses quesitos os médicos deverão apresentar no momento da contratação, formação e habilitação em um dos cursos avançados conforme quadro abaixo, com expedição válida de: ACLS - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia; PALS - Suporte Avançado de Vida em Pediatria; e, experiência de no mínimo 6 (seis) meses em

atendimentos de urgência e emergência.

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM RESIDÊNCIA OU CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Emergencista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 6 (seis) meses em atendimento a urgências e emergências; e habilitação de curso(s) avançado com expedição válida de: ACLS: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
Pediatria	Médicos devidamente qualificados com título de pediatria ou residência, com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências; e habilitação do curso avançado com expedição válida de: PALS: Suporte Avançado de Vida em Pediatria

4.1.2.3. As escalas darão preferência para os médicos com mais de dois anos de formação profissional, com residência e/ou especialização reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina.

4.1.2.4. Os horários serão distribuídos da seguinte forma:

5. DOS VALORES

a) A remuneração dos serviços credenciados será estabelecida com base nos valores, os quais têm como referências os valores vigentes, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (COMUS), e Decreto Municipal nº 20.128, de 13 de dezembro de 2010 e suas alterações, e com base na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS, em quantitativos de horas trabalhadas, e consultas médicas realizadas, no que couber, conforme quadro demonstrativo de plantões e/ou especialidades se atendimento II ou III, efetivamente executados.

6. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A(s) empresa(s) contratada(s) será(o) paga(s) com recursos oriundos das seguintes dotações orçamentárias:

DIAT	10.01.10.301.0550.2092.339039.1495/1303 (Período noturno, finais de semana e feriados)
DIAT	10.01.10.301.0550.2092.339034.1495/1303 (Dias Normais)
DIES	10.01.10.302.0560.2093.339039.1496/1303 (UPA)

7. ESTIMATIVAS DE PREÇOS OU PREÇOS REFERENCIAS

A presente contratação atenderá a necessidade da população local, totalizando 6.750 (seis mil setecentos e cinquenta) horas plantões de atendimento da Rede de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

O valor global estimado para consecução do objeto é de R\$ 10.530.000,00 (dez milhões e quinhentos e trinta mil reais).

8. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO PELA ELABORAÇÃO E CONTEÚDO DO DOCUMENTO:

Certificamos que somos responsáveis pela elaboração do presente Documento de Formalização de Demanda:

FUNÇÃO/CARGO	NOME	Setor	CIÊNCIA
Integrante(s) requisitante(s)	Flávia A B Rastelli Hartog	Gabinete SMSA/ Assessoria	Assinado Eletronicamente
Integrante(s) requisitante(s)	Ana Paula Faune Campelo de Almeida	Diretoria de Assistência Especializada	Assinado Eletronicamente
Integrante(s) requisitante(s)	Larissa Borges dos Santos de Menezes	Diretoria de Atenção Primária em Saúde	Assinado Eletronicamente

Rose Meri da Rosa - Responsável pela Secretaria Municipal de Saúde - CIENTE

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Flávia Aparecida Barbosa Rastelli Hartog

Larissa Borges dos Santos de Menezes - Chefe de Divisão da Estratégia Saúde da Família

ANA PAULA FAUNE CAMPELO - Coordenação de Enfermagem UPA Dr. Walter

Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

Número: **2/2024**

Assunto: **DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA - CREDENCIAMENTO MÉDICO UPAS**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.

Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmf.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=deb9b19b-8709-4f48-9478-9493d1c8a217&cpf=02028330970>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:

deb9b19b-8709-4f48-9478-9493d1c8a217

Hash do Documento

91D0F57C6C599258245ED1DFDD2D6F864B793DF000E9797A268F4F8AB098316A

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/02/2024 é(são) :

Flávia Aparecida Barbosa Rastelli Hartog (Signatário) - CPF: ***28330970** em 19/02/2024 16:19:08 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica

LARISSA BORGES DOS SANTOS DE MENEZES (Signatário) - CPF: ***75197709** em 19/02/2024 7:52:58 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica

ANA PAULA FAUNE CAMPELO (Signatário) - CPF: ***76067903** em 16/02/2024 14:30:53 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 19/02/2024 16:21:54 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTES DOCUMENTOS ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.