

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

56ª ALTERAÇÃO NO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2017 - CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA FORNECIMENTO DE ÓRTESE/PRÓTESE E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, através da Comissão Permanente de Licitação designada por Ato de Consórcio, bem como da Resolução nº 103/2017 de aprovação da Tabela de Valores e Procedimentos Médicos Ambulatoriais e Hospitalares, Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), considerando ainda a **Resolução nº 115 de 09 de junho de 2021**, em conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93, suas alterações, Lei n.º 8.080/90, Lei Estadual nº 15.608/07, Portaria nº 1.286/93 e Portaria nº 1.034/10 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna público aos interessados respeito da inclusão de consulta especializada em formato presencial e por telemedicina no Credenciamento nº 003/2017 e dá outras providências, na forma que segue:

A) CONSULTAS ESPECIALIZADAS:

CÓDIGO	NOME	VALOR UNITÁRIO
CONSULTAS ESPECIALIZADAS		
030101030-7	CONSULTA MEDICA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA ATRAVÉS DE TELEMEDICINA	50,00
030101007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MÉDICO COM ESPECIALIZAÇÃO EM CARDIOLOGIA	50,00

B) REDAÇÃO INCLUÍDA NO EDITAL:

ITEM 1 - O Projeto piloto engloba a teleconsulta; a emissão de receitas médicas subscritas via certificado digital; o telediagnóstico, que consiste no envio ao médico cardiologista responsável de exames, como eletrocardiograma e ecocardiograma, para avaliação; teleorientação e telemonitoramento, que pode ser útil no acompanhamento de enfermos hipertensos e com insuficiência cardíaca.

ITEM 2 - A Contratada atenderá, em sua sede, aos pacientes dos Municípios de São Lourenço do Oeste e Coronel Martins, adaptando seu pessoal, sua estrutura, equipamentos e ferramentas tecnológicas aos fins desta Resolução, bem como deve possuir inscrição junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM, com médico cardiologista responsável técnico.

SUBITEM 1 – ITEM 2 - A Contratada deverá utilizar o software disponibilizado pelo CONIMS, do qual receberá treinamento, para atendimento, preenchimento de prontuário, digitação e prestação de contas dos atendimentos realizados, registrando de forma detalhada a avaliação clínica dos pacientes (incluindo medicação prescrita e exames solicitados), bem como deverá preencher o ANEXO XIII - TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPREGO DA TELEMEDICINA.

SUBITEM 2 – ITEM 2. É dever do Prestador garantir a confidencialidade dos dados sobre pacientes, responsabilizando-se por todas as informações incluídas no sistema, e por eventuais danos que possam decorrer do uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

ITEM 3 - Compete ao MUNICÍPIO gerenciar os agendamentos a que se refere esta Resolução, providenciando sala específica com infraestrutura de telecomunicação na unidade de saúde e computador integrado ao sistema de informações de prontuário eletrônico do CONIMS.

SUBITEM 1 – ITEM 3 - Por ocasião da consulta, o paciente será esclarecido do método de atendimento, em razão do que assinará TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO, constante do Anexo XII, e será acompanhado de servidor da área técnica de enfermagem do MUNICÍPIO, que funcionará como facilitador e auxiliar.

A alteração aqui relacionada passará a integrar o Edital, entrando em vigor a partir de sua publicação e as demais informações do Edital ora referenciadas permanecem inalteradas.

Esclarecimentos adicionais serão prestados pelo Setor de Licitações e Contratos do CONIMS, telefone (46) 3313-3550.

Pato Branco/PR, 09 de junho de 2021.

PAULO HORN
PRESIDENTE

ANEXO XII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USO, EM REGIME DE EXCEÇÃO, DA TELEMEDICINA

Eu, _____, nascido em _____, na data _____ inscrito no CPF/MF sob o nº _____ e no RG sob o nº _____, residente _____ na qualidade de paciente, declaro que fui devidamente informado pelo Dr. _____ CRM _____ que a utilização da telemedicina será feita na forma de exceção, decorrente do quadro de pandemia do COVID19. Tal situação deve-se ao controle epidemiológico da pandemia assim como o isolamento social recomendado pelas entidades nacionais e mundiais de saúde, o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial da Saúde.

Declaro que fui orientado(a) sobre as formas de telemedicina e então optei pela modalidade assinalada abaixo, após informação esclarecida pelo meu médico.

TELEORIENTAÇÃO, para que médicos realizem orientação à distância a seus pacientes e com possibilidade de encaminhamento, caso necessário.

TELEMONITORAMENTO médico, ato médico para monitoramento ou vigilância à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.

TELEINTERCONSULTA entre médicos, exclusivamente para troca de informações (clínicas, laboratoriais e de imagens) e opiniões, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

TELECONSULTA, realizada entre médico e paciente, sem exame presencial, com a possibilidade de prescrição de tratamento, solicitação de exames e outros procedimentos, bem como emissão de atestado e relatório. Ficando facultado ao médico decidir sobre a pertinência de atendimento presencial em primeira consulta.

Estou ciente que a telemedicina apresenta limitações por não possibilitar o meu exame médico presencial, podendo ser, em alguns casos, limitados por vídeo e/ou foto.

Declaro estar ciente que a telemedicina é uma alternativa nesse momento de exceção, e caso eu ou o meu médico percebamos a necessidade da avaliação presencial ou em caso de interrupção da comunicação por falha técnica, a telemedicina é considerada interrompida e o paciente encaminhado ao ambulatório ou hospital, dentro da necessidade.

Após esse período de excepcionalidade, sei que o médico estará à disposição presencial para o tratamento.



Nos casos de teleinterconsulta, eu autorizo o envio de dados/documentos/fotos/vídeos que permitam a minha identificação, uma vez que ela se faz entre médicos.

Este consentimento para uso de imagens se dá de forma gratuita, sem qualquer custo em meu benefício ou prejuízo à minha pessoa, e poderá ser revogado a meu pedido ou solicitação.

Declaro também que fui informado que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos à distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da telemedicina, segundo a Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020.

Reconheço a excepcionalidade do momento, e me comprometo a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à forma da telemedicina a que fui submetido, sob pena de sanções legais por exposição de dados e imagem. Da mesma forma, afirmo meu compromisso em não gravar, fotografar ou editar qualquer momento ou etapa da telemedicina empregada, assim como asseguro minha ciência que tal fato não tem o consentimento do meu médico.

Toda pessoa tem o seu direito de imagem, por esta razão a publicação de qualquer material sem autorização prévia do outro trata-se de crime, de acordo com o art. 5º da Constituição Federal "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação".

Assim, ao assinar esse termo declaro estar seguro (a) e ciente para a realização da telemedicina e ao mesmo tempo, declaro e dou fé que a assinatura abaixo é minha devido a impossibilidade de autenticação, pelo momento de pandemia.

Plenamente ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

_____, ____ de _____ de 20XX.

Nome do paciente

CPF _____

RG _____

ANEXO XIII

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EMPREGO DA TELEMEDICINA

Eu, _____ inscrito no CRM/PR _____, na qualidade de MÉDICO, declaro que prestei os devidos esclarecimentos ao paciente _____ inscrito no CPF/MF sob o nº _____ e no RG sob o nº _____, quanto à utilização da telemedicina restrito ao quadro de pandemia do COVID19, como instrumento de controle epidemiológico da pandemia assim como o isolamento social recomendado pelas entidades nacionais e mundiais de saúde, o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial da Saúde.

Declaro, que estou ciente que, uma vez consentido o uso da telemedicina, em qualquer de sua modalidade, tenho o dever de elaborar um prontuário para cada paciente, contendo os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico.

Declaro também que fui informado que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos à distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da telemedicina, segundo a Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020.

Reconheço a excepcionalidade do momento, e me comprometo a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à forma da telemedicina a que submeti o paciente, sob pena de sanções legais por exposição de dados e imagem, a fim de preservar o direito de imagem, de privacidade e da personalidade do paciente.

_____, ____ de _____ de 20XX.

Nome do Médico

CRM/PR _____