

Processo nº 2015-0.339.222-4

REPUBLICAÇÃO - Edital de Chamada Pública – nº 001/2016 /CMRAC/SMS.G: SERVIÇOS DE CIRURGIA AMBULATORIAL E HOSPITAL DIA NAS DEPENDÊNCIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Início: data da publicação da republicação no DOC

Término: 30 dias úteis após a data da **REPUBLICAÇÃO** no DOC – 04/02/2016

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem tanto à redução do risco de doença e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. As ações e serviços obedecem aos princípios de: (I) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (II) integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema e (III) igualdade da assistência à saúde, através da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos do Estado e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde a população.

Para atender às diretrizes do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, identificando a existência de Fila de Espera para os mais diversos tipos de ações e procedimentos de saúde, promoveu importante incremento quantitativo e qualitativo dos níveis de serviço em saúde, por meio da ampliação da oferta de vagas na rede própria e das instituições a ela habilitadas.

Do estudo dessas necessidades identificou-se a existência de demanda reprimida de cirurgias eletivas, destacando-se:

ESPECIALIDADES/PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Cirurgia geral: p. ex.: hérnias, cistos dermóides
- Cirurgia Vascular: p. ex.: varizes
- Cirurgia Pediátrica: p. ex.: fimose, hérnia, hidrocele, varicocele, distopias testiculares
- Cirurgia Oftalmológica: p. ex.: catarata, pterígio, calázio, entrópio, ectrópio
- Cirurgia Urológica: p. ex.: fimose, hidrocele, varicocele, vasectomia, orquidopexia
- Cirurgia Ortopédica: p. ex: dedo em gatilho, síndrome do túnel do carpo, dedo extranumerário, tenosinovectomia, hálux valgo
- Cirurgia Proctológica: p. ex: hemorroida, fissura anal
- Outros

Para disponibilizar procedimentos cirúrgicos em quantidade suficiente para atendimento à demanda reprimida em curto prazo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo –ampliou sua capacidade operacional nos equipamentos próprios e contratados / conveniados da SMS/São Paulo. Porém mesmo somando os procedimentos cirúrgicos eletivos ofertados pela Secretaria de Estado da Saúde / Governo do Estado de São Paulo o resultado ainda é insuficiente para atendimento da demanda reprimida existente na fila de espera do SIGA-Saúde. Conclui-se que é necessária a contratação de Instituições interessadas na realização de cirurgias eletivas, em unidades próprias desta SMS, em **REGIME AMBULATORIAL** ou de **HOSPITAL DIA** para atender à demanda do Município, na modalidade **LINHA DE CUIDADO**.

1. DO OBJETO

O presente edital tem por objeto contratar Instituições privadas com ou sem fins lucrativos, prestadoras de serviços de atenção à saúde para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, em **REGIME AMBULATORIAL** ou de **HOSPITAL DIA – ANEXO VII** constantes do Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – SIGTAP, na modalidade **LINHA DE CUIDADOS**, em pacientes adultos e pediátricos. Os procedimentos em cirúrgicos serão realizados nas dependências das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

2. DAS CONDIÇÕES

- 2.1** Poderão participar Instituições que possuam experiência anterior na prestação de serviços de no mínimo 02 (dois) anos;
- 2.2** Os profissionais que realizarão os procedimentos cirúrgicos deverão ter Título de Especialista na sua área de atuação;
- 2.3** Os serviços poderão ser realizados em regime ambulatorial ou de hospital dia;
- 2.4** As Instituições interessadas deverão:
 - 2.4.1** Disponibilizar profissionais para realização de cirurgias eletivas em pacientes adultos e/ou pediátricos;
 - 2.4.2** Ofertar os serviços na modalidade **LINHA DE CUIDADO**, que compreende a realização de consultas médicas (incluídas aqui as avaliações pré e pós operatórias), solicitação e avaliação dos resultados de exames de apoio diagnóstico, realização do procedimento cirúrgico e anestésico, acompanhamento pós-operatório imediato e tardio, para adultos e/ou crianças, até a alta definitiva;
- 2.5** O encaminhamento dos pacientes com indicação de avaliação para cirurgias eletivas em fila de espera será feito mediante regulação do acesso da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;

2.6 Os interessados deverão aceitar os valores de referência constantes na Tabela de Procedimentos, de Medicamentos e OPM do SUS – Tabela SUS, adotados pelo município para remuneração dos serviços.

2.7 Por tratar-se de regime de **CONTRATO**:

2.7.1 A Entidade deverá arcar com todos os encargos de sua atividade, sejam eles trabalhistas, sociais, previdenciários, fiscais ou comerciais.

2.7.2 O custo de eventual desmobilização não é de responsabilidade do ente público contratante, incluindo aquele relativo à dispensa do pessoal e terceiros contratados pela CONTRATADA para execução dos serviços objeto deste edital, posto que esses empregados não possuam vínculo jurídico com a municipalidade.

3. DA IMPUGNAÇÃO DA CHAMADA PÚBLICA

3.1 Qualquer pessoa, física ou jurídica, é parte legítima para solicitar esclarecimentos ou providências em relação à presente CHAMADA PÚBLICA, ou ainda para impugnar este Edital, desde que o faça até 05 (cinco) dias úteis após a data de sua publicação;

3.1.1 As impugnações ou pedidos de esclarecimentos ao Edital deverão ser dirigidos ao Presidente da Comissão e protocolados em dias úteis, das 09h00 às 17h00, na Rua General Jardim nº 36, 6º andar, Vila Buarque, Capital;

3.1.2 O presidente da Comissão deverá decidir sobre a impugnação no prazo de 03 (três) dias úteis, contados protocolização do requerimento;

3.1.3 O acolhimento da impugnação implicará a suspensão da presente Chamada Pública, devendo ser designada nova data para a publicação de novo edital.

3.2 A impugnação deverá, obrigatoriamente, estar acompanhada de CPF ou RG, em se tratando de pessoa física, e de CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica (por documento original ou cópia autenticada), bem como do respectivo ato constitutivo e procuração, na hipótese de procurador, que comprove que o signatário, efetivamente, representa e possui poderes de representação da impugnante.

4. DOS IMPEDIMENTOS

4.1 Não poderá participar do processo da Chamada Pública, a instituição que:

4.1.1 Estiver em processo de insolvência ou dissolução;

4.1.2 Estiver em processo de falência ou concordata;

4.1.3 Estiver cumprindo penalidade de suspensão do direito de contratar com a Administração nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal;

- 4.1.4 Tenha sido declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração, por qualquer órgão da Administração Direta e Indireta Federal, Estadual ou Municipal;
- 4.1.5 Reunidas em consórcio, qualquer que seja sua forma de constituição;
- 4.1.6 Apresentem pendência no CADIN MUNICIPAL, instituído pela Lei. 14.094, de 06 de dezembro de 2005.
 - 4.1.6.1 As Instituições sediadas fora do Município de São Paulo deverão apresentar Declaração de não possuem débitos junto à Fazenda do Município de São Paulo, conforme **ANEXO IX**.
- 4.1.7 Possuir servidor(es) público(s) do Município de São Paulo como integrante(s) de seu quadro social;
- 4.1.8 Estiver enquadrada nas disposições do artigo 9º da lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

5. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Os interessados em participar da presente Chamada Pública deverão entregar a documentação, especificada no **Item 6.1**, em envelope lacrado, endereçado e identificado, na Gerência de Controle / CMRAC- SMS. G, situada na Rua General Jardim, 36 – 6º andar, no horário das 9 às 17 horas, a partir de 3º dia útil, até 30 dias úteis a contar da data de publicação deste Edital no Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

6. DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através da análise documental.

6.1 QUALIFICAÇÃO

Os interessados deverão entregar diretamente na Gerência de Controle / CMRAC/ SMS, no endereço e período estipulados no Item anterior em envelope identificado e endereçado, conforme **ANEXO II** contendo **OFÍCIO** formal da Instituição dirigido ao Secretário Municipal da Saúde, subscrito por responsável legal, e documentação comprobatória da sua capacidade jurídica, técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista através de cópias ou protocolos dos documentos, listando todos os que forem entregues conforme abaixo discriminados:

- 6.1.1 Ofício dirigido ao Secretário Municipal de Saúde firmado pelo responsável legal da Instituição interessada, relacionado os documentos enviados;
 - i. Utilizar papel timbrado da instituição;
 - ii. Deverá conter email e telefone do responsável legal;
- 6.1.2 Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ):
http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp
- 6.1.3 Contrato ou Estatuto Social, devidamente registrado;
- 6.1.4 Alterações posteriores do Contrato, se houver;

- 6.1.5 Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social;
- 6.1.6 Registro Geral (RG) do **RESPONSÁVEL LEGAL** pela Instituição;
- 6.1.7 Cadastro de Pessoa Física (CPF) do **RESPONSÁVEL LEGAL** pela Instituição;
- 6.1.8 Registro Geral (RG) do **RESPONSÁVEL TÉCNICO** pela Instituição;
- 6.1.9 Cadastro de Pessoa Física (CPF) do **RESPONSÁVEL TÉCNICO** pela Instituição;
- 6.1.10 Inscrição no Conselho Regional de Medicina do **RESPONSÁVEL TÉCNICO** pela Instituição;
- 6.1.11 Declaração dos sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde, em qualquer nível, e no âmbito do Município de São Paulo;
- 6.1.12 Declaração do **RESPONSÁVEL LEGAL** da Instituição (sem fins lucrativos) em cumprimento ao Art. 7º do Decreto nº 53.177 de 04 de junho de 2012, nos moldes do **ANEXO V**;
- 6.1.13 Certidão de **QUITAÇÃO** Eleitoral do Representante Legal da Instituição, emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral: <http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>;
- 6.1.14 Certidão negativa de **CRIMES** Eleitorais do Representante Legal da Instituição, emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral: <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais>
- 6.1.15 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas: <http://www.tst.jus.br/certidao>
- 6.1.16 Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia – CRF:
<https://www.sifge.caixa.gov.br/Cidadao/Crf/FgeCfSCriteriosPesquisa.asp>
- 6.1.17 Certidão Conjunta Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União, expedido pelo Ministério da Fazenda:
<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATSP0/Certidao/CndConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1>
- 6.1.18 Certidão Negativa no Cadastro Informativo Municipal – CADIN
http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadin/Pesq_Deb.aspx
 - i. Instituição sediada fora do município de São Paulo deverá apresentar declaração que não está cadastrada e não possuem débitos junto à Fazenda do Município de São Paulo, conforme modelo padrão – **ANEXO IX**;
- 6.1.19 Certidão Negativa de Tributos Mobiliários da PMSP ou a sua isenção declaração
<http://www3.prefeitura.sp.gov.br/certidaotributaria/forms/frmConsultaEmissaoCertificado.aspx>

Instituições sediadas fora do município, que não estejam cadastradas como contribuintes no Município de São Paulo deverão apresentar declaração firmada por seu representante legal ou procurador, sob as penas da lei, do não cadastramento e de que nada deve à Fazenda do Município de São Paulo, relativamente aos tributos mobiliários, conforme modelo padrão – **ANEXO IX**.
- 6.1.20 Certificado de Registro da Instituição no Conselho Regional de Medicina - (CRM);

6.1.21 Certificado de Instituição Beneficente de Assistência Social – CEBAS ou a Certidão de validade emitida pelo CNAS se houver;

6.1.22 Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada sua substituição por balanço ou balancetes provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de três meses da data de apresentação da proposta, nos termos do **ANEXO III**;

i. Os balanços e demonstrações devem conter os registros no órgão competente e estar devidamente assinados pelo administrador da empresa e pelo profissional habilitado junto ao Conselho Regional de Contabilidade – CRC, e vir acompanhados de:

a) Termo de abertura

b) Termo de encerramento

ii. Não será credenciada a instituição que obtiver índices de liquidez corrente, liquidez e solvência geral menor que 1,00, conforme **ANEXO III**;

iii. A empresa que não tiver alcançado os índices exigidos no subitem anterior será credenciada desde que possua capital social equivalente a 5% (cinco por cento) do valor médio estimado de contratação;

iv. Empresas optantes pelo “**Simples Nacional**”:

a) De acordo com a Lei Complementar nº 123/06, art.26 §4ºA: a escrituração fiscal digital ou obrigação equivalente não poderá ser exigida de microempresa ou empresa de pequeno porte optante pelo Simples Nacional;

b) De acordo com o art. 13ª da Resolução C GSN nº 28 de 21 de janeiro de 2008 99 a microempresa ou empresa de pequeno porte optante pelo Simples Nacional poderá opcionalmente adotar Contabilidade Simplificada para os registros e controles de operações realizadas;

c) De acordo com o inciso I do artigo 527, do Decreto 3.000/99 a microempresa ou empresa de pequeno porte optante pelo Simples Nacional deverá manter escrituração contábil nos termos da legislação comercial;

d) Portanto, deverá apresentar balanço e demonstrações contábeis do último exercício.

6.1.23 Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

- 6.1.24** Declaração de cumprimento do Art. 7º, Inciso XXXIII da Constituição Federal, de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos de idade – **ANEXO VI**;
- 6.1.25** Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição que, expressamente, conforme **ANEXO IV**:
- i. Conhecem e aceitam as condições:
 - a) De remuneração dos serviços de acordo com os valores de referência da Tabela de Procedimentos de Medicamentos e OPM do SUS – **TABELA SUS**, adotados pelo Município;
 - b) Do programa de repasse e liberação de pagamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde;
 - ii. Tem disponibilidade, de acordo com a Capacidade Técnica e de Recursos Humanos, para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde informando quais procedimentos cirúrgicos serão disponibilizados à SMS.
- 6.1.26** Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores de que a Instituição cumpre plenamente os requisitos de habilitação referentes à Chamada Pública - **ANEXO X**.

7. PLANO DE TRABALHO

O plano de trabalho deverá ser elaborado em conjunto com as Instituições habilitadas e as Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde onde irão atuar e deverá ser apresentado para a celebração do Contrato, conforme **ANEXO VIII**.

8. DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO

Considerar-se-ão habilitadas as Instituições que atenderem as condições de qualificação;

- 8.1** A Comissão Examinadora poderá aceitar protocolo das certidões e documentos comprobatórios de regularidade, desde que a Instituição entregue cópia das certidões quando da celebração do contrato;
- 8.2** A Comissão Examinadora da Chamada Pública analisará o conjunto da documentação no prazo de 07 (sete) dias úteis do encerramento do prazo para apresentação dos documentos relacionados no item 6.1 e publicará a relação das Instituições consideradas **HABILITADAS** no Diário Oficial da Cidade de São Paulo – DOCSP
- 8.3** As Instituições que não atenderem aos requisitos exigidos pela presente CHAMADA PÚBLICA serão consideradas inabilitadas.

9. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

- 9.1** Até 03 (três) dias úteis após a publicação do resultado da **qualificação documental**, qualquer interessado poderá interpor recurso.
- 9.2** Até 03 (três) dias úteis após a publicação do resultado das Instituições habilitadas, qualquer interessado poderá interpor recurso.
- 9.3** Os recursos deverão ser dirigidos ao Presidente da Comissão e protocolizados em dias úteis, das 09h00 às 17h00, na Rua General Jardim nº 36, 6º andar, Vila Buarque, Capital.
- a)** A Instituição requerente deverá apontar e argumentar, de forma clara e objetiva, as razões que a levam ao pedido;
- b)** Os recursos acarretarão efeitos suspensivos da presente Chamada Pública.
- 9.4** O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.
- 9.5** Não serão conhecidos os recursos interpostos após os respectivos prazos legais, bem como os que forem enviados por fax, ou outro meio não permitido expressamente.

10. DA HOMOLOGAÇÃO

A homologação do resultado poderá ocorrer no prazo de 03 (três) dias úteis a partir da data de publicação das Instituições habilitadas no Diário Oficial da Cidade.

11. DAS PENALIDADES

- 11.1** A recusa injustificada ou cuja justificativa não seja aceita pela Administração, em assinar o contrato no prazo estipulado sujeitará o interessado a multa de 20% sobre o valor anual estimado pelos serviços, sem prejuízo da aplicação da pena de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 05 (cinco) anos nos termos do Artigo 87, III da Lei 8.666/93.
- 11.2** Incidirá na mesma pena prevista o interessado que estiver impedido de firmar o contrato pela não apresentação dos documentos necessários para tanto. O atraso na assinatura do Contrato sujeitará o respectivo interessado à multa diária de 1% sobre o valor estimado pelos serviços, até o 10º dia de atraso após o qual poderá ser considerada a recusa injustificada.
- 11.3** A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante do CONTRATO ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente autorizará a SECRETARIA a aplicar-lhe as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666, de 1993, ou seja:
- 11.3.1** Advertência;
- 11.3.2** Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 02 (dois) anos;

11.3.3 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a administração dos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;

11.3.4 Multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:

11.3.4.1 Pela inexecução total do objeto CONTRATO, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;

11.3.4.2 Pelo retardamento no início da prestação dos serviços contratados, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor estimado dos serviços em atraso até o 10º dia, data a partir da qual se caracterizará o inadimplemento absoluto;

11.3.4.3 Pela inexecução parcial, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor correspondente à parcela dos serviços executados ou não executados em desacordo com o presente CONTRATO ou com as normas legais e infra legais, aplicáveis à espécie;

11.3.4.4 Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto do CONTRATO, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;

11.3.4.5 Pela rescisão do CONTRATO por culpa da CONTRATADA, multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados.

11.3.4.6 A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada as circunstâncias objetivas de cada ocorrência.

11.3.5 As sanções previstas nos itens 11.3.1, 11.3.2 e 11.3.3, desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com multa.

11.3.6 A CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, a partir da data da publicação, para interpor recurso contra a aplicação de qualquer penalidade, a ser dirigido diretamente ao Secretário Municipal da Saúde.

11.3.7 O valor de eventuais multas será descontado dos pagamentos devidos à CONTRATADA.

11.3.8 A imposição de qualquer das sanções não ilidirá o direito da SECRETARIA exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade tiver acarretado para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal ou ética do autor do fato.

11.3.9 A violação ao disposto anteriormente, além de sujeitar a CONTRATADA às sanções previstas, autorizará a SECRETARIA a reter, do montante devido à CONTRATADA, o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento do usuário do SUS.

12. DA CONTRATAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde irá firmar Contrato Administrativo com Instituições filantrópicas, privadas com ou sem fins lucrativos.

12.1 A Administração não se obriga a contratar todos os serviços oferecidos, mas a quantidade viável para atender a demanda especificada do Município de São Paulo.

12.2 Para contratação das habilitadas terão prioridade as Instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, seguidas das instituições privadas lucrativas.

13. DO PREÇO E RECURSOS FINANCEIROS

Para fins de pagamento dos procedimentos cirúrgicos eletivos o Município adotará os valores da Tabela de Procedimentos, de Medicamentos e OPM do SUS – Tabela SUS, com adicional de 100%, de acordo com a deliberação da CIB nº 44, de 01-10-2013, tendo como base o disposto na Portaria nº 1.340, de 29 de junho de 2012, com ampliação do prazo de execução estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.676 de 05 de dezembro de 2014, Portaria GM/MS nº 912 de 03 de julho de 2015 e Portaria GM/MS nº 1.034 de 22 de julho de 2015, onerando recursos do Tesouro Municipal até ulterior deliberação do Ministério da Saúde.

13.1 Sobre o valor dos PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS incidirá o adicional de 100% (cem por cento a mais), exclusivamente para os componentes: Serviços Profissionais (SP) e Serviços Hospitalares (SH) da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde SUS excluídos os de oftalmologia.

13.2 Os atendimentos ambulatoriais referentes aos procedimentos pré e pós-operatórios realizados na **LINHA DE CUIDADOS** até a alta definitiva do paciente (consultas médicas especializadas necessárias) aprovados pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS serão remunerados de acordo com os valores unitários da Tabela de Procedimentos de Medicamentos e OPM do SUS – Tabela SUS, devendo onerar recursos do Teto MAC – de Média e Alta Complexidade do Fundo Municipal de Saúde;

13.3 Previamente à contratação, a Instituição deverá pactuar com a Secretaria Municipal de Saúde o quantitativo estimado de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade – **ANEXO....** que serão disponibilizados para o Município, bem como a estimativa de procedimentos da **LINHA DE CUIDADO** – exames e consultas pré e pós-operatórias necessários até a alta definitiva do paciente, os quais irão compor a Ficha de Programação Orçamentária (FPO) que integrará o contrato a ser firmado.

- 13.4** As NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA para pagamento da produção assistencial realizada constam no **ANEXO XI** e que comporá o plano de trabalho.
- 13.5** As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde deverão onerar a dotação orçamentária 84.10.10.10.301.3003.4101.3390.39 – Fontes 00 e 02, prevista na Lei 16.334 de 30/12/2015 – DOC 31/12/2015 – OP 2016 SMS.

14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

A presente Chamada Pública terá validade por 30 dias úteis, a contar da data de publicação do Aviso de republicação do Chamamento no Diário oficial da Cidade.

- 14.1** A Comissão analisará e avaliará a documentação recebida, no prazo de até 07 (sete) dias úteis de seu recebimento e publicará, em Diário Oficial do Município, a relação daquelas consideradas habilitadas para eventual celebração de contrato.
- 14.2** A critério da Comissão será admitida a complementação de material ou documentação relacionados neste Edital, caso haja incorreção ou se verifique a estar incompleto o rol ofertado, no prazo de até 02 (dois) úteis a partir da comunicação da irregularidade.
- 14.3** As entidades que não atenderem os requisitos exigidos constantes no presente edital serão consideradas inabilitadas e não poderão firmar contrato com a Secretaria Municipal de São Paulo.
- 14.4** Convocada para assinatura do contrato, a selecionada não poderá se furtar de prestar os serviços nas condições de remuneração dos serviços, e de pagamento estipuladas neste Edital.
- 14.5** Fica reservada à Secretaria Municipal de Saúde a faculdade de revogar a CHAMADA PÚBLICA, de acordo com a oportunidade e conveniência da Administração, sem assistir as Instituições interessadas qualquer direito à indenização, assegurado o exercício do direito da ampla defesa e do contraditório.
- 14.6** Será descredenciada, a critério da Secretaria Municipal da Saúde, a qualquer tempo, a Instituição que não mantiver as condições exigidas para credenciamento durante o curso do contrato, bem como vier a rejeitar qualquer paciente/usuário do SUS, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a conduta adotada, ou ainda, que incida nas causas de rescisão contratual.
- 14.7** A Secretaria poderá definir nova forma de financiamento, por meio de celebração de Termo Aditivo, para as Cirurgias Eletivas, ou pela revisão da demanda de procedimentos cirúrgicos que se fizerem necessários para redução da fila de espera de cirurgias eletivas de média complexidade deste Município.
- 14.8** Fica eleito o foro da Capital, por mais privilegiado que outro seja, para dirimir as questões que não puderem ser, amigavelmente, resolvidas pelas partes.

ANEXO I

MINUTA DE CONTRATO

TERMO DE CONTRATO Nº /SMS/2016

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2016-.....

CONTRATANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA:

OBJETO:

DOTAÇÃO:

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado pelo....., Secretário, doravante designada simplesmente por SECRETARIA, e _____ (sociedade civil ou a natureza jurídica que lhe for própria), com sede em XXXX São Paulo, na Rua _____ nº , inscrita no CNPJ sob o nº _____, com seu contrato social arquivado no _____ Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Títulos e Documentos, com registro no Conselho Regional de Medicina – CREMESP sob o nº _____, neste ato representado por seu sócio (presidente, superintendente ou o adequado), (nome do representante, nacionalidade, estado civil, profissão), portador da cédula de identidade RG _____ inscrito no CPF/MF sob o nº _____ adiante designada como CONTRATADA, e considerando o disposto no art. 199, § 1º, da Constituição da República, art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Município, e artigos 4º, § 2º e 24 a 26, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em especial o disposto no art. 9º sobre a Direção Única do SUS que deve ser exercida em cada esfera de governo sendo que, no âmbito dos Municípios, por sua Secretaria da Saúde ou órgão competente nos termos do Despacho Autorizatório exarado com fundamento no art. 24, da Lei Federal nº 8.080/90, às fls. do processo administrativo nº, e com fundamento no “caput” do art. 25 da Lei nº 8666/93 e a Lei Municipal nº 13.317/02 resolvem celebrar o presente contrato consubstanciado no presente instrumento, cujas cláusulas seguem abaixo.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a execução, pela CONTRATADA, de serviços de atenção à saúde para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos ambulatoriais e/ou regime de hospital-dia, constantes do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – SIGTAP – **ANEXO**, na modalidade LINHA DE CUIDADOS, em pacientes adultos e/ou pediátricos, prioritariamente de forma eletiva, por intermédio do Complexo Regulador e/ou das Centrais Regionais de Regulação deste Município. Os procedimentos serão

realizados nas dependências de Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde a serem definidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O detalhamento das ações de saúde a serem desenvolvidas constará do **PLANO DE TRABALHO**, elaborado em conjunto pela CONTRATADA e as Coordenadorias Regionais de Saúde onde irão atuar, sendo parte integrante do presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ESPÉCIES DE INTERNAÇÃO

Para atender ao objeto deste CONTRATO, a CONTRATADA se obriga a realizar os procedimentos cirúrgicos eletivos nas dependências das Unidades de Saúde definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, em regime ambulatorial ou de hospital dia;

Parágrafo único. As internações eletivas serão realizadas pela CONTRATADA, mediante Autorização de Internação Hospitalar – AIH, que será emitida por profissional do SUS a serviço da Central de Leitos do Complexo Regulador Municipal, após a análise e aprovação de laudo médico apresentado pela mesma, ao Complexo Regulador do Município.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

Para o cumprimento do objeto deste CONTRATO, a CONTRATADA obriga-se a oferecer ao paciente os recursos necessários a seu atendimento, conforme discriminação abaixo:

- a) O acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas Unidades Básicas de Saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência.
- b) O encaminhamento e o atendimento aos usuários serão realizados de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contrarreferência do Sistema Único de Saúde – SUS e sem prejuízo da observância das ações do Complexo Regulador e das Centrais de Regulação Regionais deste Município.
- c) Gratuidade das ações e dos serviços de saúde aos usuários executados no âmbito deste Contrato.
- d) A CONTRATADA colocará à disposição do SUS a sua capacidade operacional necessária para o atendimento do volume assistencial definido no presente instrumento, conforme PLANO DE TRABALHO – **ANEXO.....**
- e) Garantia da contraprestação integral pelos serviços prestados, desde que atendidas às normas do Sistema Único de Saúde.
- f) Observância integral dos protocolos técnicos assistenciais e de regulação, assim como regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.
- g) Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH.

§ 1º. Os serviços ora contratados serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se a demanda e a disponibilidade de recursos financeiros da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º. Após a reavaliação, as partes poderão alterar os valores limites deste CONTRATO, mediante justificativas aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante regular termo aditivo e de acordo com a capacidade operacional da CONTRATADA e as necessidades da SECRETARIA.

CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais da CONTRATADA;

§ 1º. Para os efeitos deste CONTRATO, consideram-se profissionais da CONTRATADA:

- I - membro de seu corpo clínico;
- II - profissional que tenha vínculo de emprego com a CONTRATADA;
- III - profissional autônomo que eventual ou permanentemente presta serviços à CONTRATADA, ou seja, por esta autorizada a fazê-lo;

§ 2º. Equipara-se ao profissional autônomo definido no item III do parágrafo primeiro: empresa, grupo, sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde;

§ 3º. O custo da desmobilização, incluindo aquele relativo à dispensa do pessoal e terceiros contratados pela CONTRATADA para execução do objeto deste CONTRATO, é de responsabilidade da CONTRATADA, não cabendo indenização a qualquer título a ser paga pela CONTRATANTE.

No tocante à internação e ao acompanhamento de paciente, serão cumpridas as seguintes normas:

- I - pacientes serão internados em enfermaria destinada ao hospital dia/ambulatório com o número máximo de leitos previstos nas normas técnicas.
- II - será vedada cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência devida à pacientes;
- III - a CONTRATADA responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita a paciente ou a seu representante por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do objeto deste CONTRATO;
- IV - em internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60 anos, estes terão asseguradas a presença de acompanhante, em tempo integral, conforme estabelecido nos estatutos da Criança e Adolescente, Lei nº 8.069/1990 e Estatuto do Idoso, Lei nº 10.641/2003.

§ 4º. Sem prejuízo de acompanhamento, fiscalização e normatização suplementar exercida pela SECRETARIA sobre a execução do objeto deste CONTRATO, a CONTRATADA reconhece, nos termos da legislação vigente, a prerrogativa de avaliação, regulação, controle e auditoria dos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

§ 5º. É de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA a utilização de pessoal para execução do objeto, deste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais, e comerciais resultantes de vínculo empregatício, incluindo-se encargos decorrentes de rescisões contratuais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a SECRETARIA.

§ 6º. A eventual mudança do endereço deverá ser imediatamente comunicada a SECRETARIA.

§ 7º. A CONTRATADA deverá notificar a SECRETARIA de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos.

§ 8º. A CONTRATADA ficará desobrigada de atendimento aos usuários do SUS, na hipótese de vir a ocorrer atraso superior a 90 (noventa) dias nos pagamentos devidas pelo poder público, ressalvadas situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna, e situações de urgência ou emergência.

§ 9º. A CONTRATADA obriga-se, ainda, a:

- I. Manter atualizados os prontuários médicos e devolução dos mesmos para o arquivo médico da Unidade onde os serviços são executados, de acordo com a legislação vigente dos órgãos competentes;
- II. Informar ao usuário do SUS, prévia e expressamente, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, que decidirá de forma livre e esclarecida sobre sua participação na mesma;
- III. Atender pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços;
- IV. Justificar a pacientes ou a seus representantes, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste CONTRATO;
- V. Permitir, respeitada a rotina do serviço, visita diária e aberta a pacientes do SUS internados;

- VI. Esclarecer pacientes e/ou responsáveis legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- VII. Respeitar a decisão de paciente e/ou responsáveis legais, ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo em casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- VIII. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes;
- IX. Assegurar aos pacientes o direito à assistência religiosa e espiritual por ministro de qualquer culto religioso;
- X. ACONTRATADA obriga-se a fornecer aos pacientes, **RELATÓRIO DO ATENDIMENTO PRESTADO**, com os seguintes dados:
 - a) nome do paciente;
 - b) nome do estabelecimento de saúde;
 - c) localidade;
 - d) motivo da internação;
 - e) data da internação;
 - f) data da alta;
 - g) tipo de órtese, prótese, materiais e/ou procedimentos especiais utilizados, quando for o caso;
 - h) diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (CID) na versão vigente à época da alta.

§ 10º. O **RELATÓRIO** de alta a ser entregue ao paciente ou responsável legal deverá conter o seguinte esclarecimento: “Esta conta deverá ser paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada a cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título”.

§ 11º. A CONTRATADA fica obrigada a seguir as normas do SUS, elencadas e definidas na PT/GM nº 1.034, de 05 de maio de 2010, ou outras que venham a ser publicadas:

- I. Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- II. Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- III. Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- IV. Submeter-se ao Controle Nacional de Auditoria (SNA), no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;

- V. Obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente;

CLÁUSULA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A CONTRATADA será responsável pela indenização de danos causados a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos.

§1º. A fiscalização e o acompanhamento da execução deste CONTRATO por órgãos do SUS não excluem nem reduzem a responsabilidade da CONTRATADA.

§2º. A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se a casos de danos decorrentes de defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO

A CONTRATADA receberá, mensalmente, pelos procedimentos realizados de acordo com os valores da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde SUS, com adicional de 100% sobre **SERVIÇOS HOSPITALARES (SH)** e **SERVIÇOS PROFISSIONAIS (SP)** dos tratamentos cirúrgicos (exceto para os procedimentos de cirurgia de catarata) realizados em regime de hospital dia, conforme deliberação da CIB nº 44, de 01-10-2013, tendo como base no disposto nas Portarias GM/MS Nº 912 de 03 de julho de 2015 e Portaria GM/MS Nº 1.034 de 22 de julho de 2015 ou outras que venham substituí-las. Os outros procedimentos que não os procedimentos cirúrgicos, incluindo órteses e próteses, não terão adicional.

§1º. As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em **REGIME AMBULATORIAL E DE SADT**, consignados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS tem valor estimado anual de R\$..... (.....) financiados pelo Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade, correspondente a R\$..... (.....) mensais, até o valor mensal de R\$..... para os procedimentos classificados como de “Alta Complexidade” e até R\$(.....) para os identificados como de “Média Complexidade”, acrescidos do valor anual estimado em R\$ (.....), correspondentes a R\$..... (.....) mensais, para os procedimentos financiados pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, identificados como de “Ações Estratégicas”.

§2º. As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em **REGIME HOSPITALAR**, consignados no Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS tem valor estimado anual de R\$..... (.....) financiados pelo Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade, correspondente a R\$..... (.....) mensais, atéo valor mensal de R\$..... para os procedimentos classificados como de “Alta Complexidade” e o de até R\$(.....) para os identificados como de “Média Complexidade”, acrescidos do valor anual estimado em R\$ (.....), correspondentes a R\$..... (.....) mensais, para os procedimentos financiados pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, identificados como de “Ações Estratégicas”.

§3º. O pagamento das cirurgias eletivas e outros procedimentos específicos (p. ex., consultas medicas) que vise à resolução do tratamento ou orientação terapêutica obedecerão aos valores unitários da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde SUS, mediante apresentação de planilha de controle de produção assistencial quantitativa emitida pela CONTRATADA e validada pelos fiscais locais e regionais da SECRETARIA, conforme **ANEXO - NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL.**

§4º. Os procedimentos referentes aos atendimentos pré e pós-operatórios das Cirurgias Eletivas serão custeados com recursos do Teto MAC – de Média e Alta Complexidade do Fundo Municipal de Saúde – fonte 00 e 02, ou por nova forma de financiamento que a Secretaria poderá definir, por meio de celebração de Termo Aditivo.

§5º. As cirurgias eletivas e o adicional de 100% (cem por cento), para pagamento dos Serviços Profissionais e Serviços Hospitalares será custeado com recursos do Fundo Municipal de Saúde – fonte 00 e 02, até ulterior Portaria do Ministério da Saúde definindo recursos para a execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos do Estado de São Paulo.

§6º. Os valores de que tratam os Parágrafos anteriores desta CLÁUSULA serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde, podendo ser registrados por simples apostila, dispensando a celebração de aditamento em conformidade com § 8º do art.65 da Lei Federal nº 8666, de 1993, ou outra que venha a substituí-la.

§7º. As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde deverão onerar a dotação orçamentária 84.10.10.10.301.3003.4101.3390.39 – Fontes 00 e 02, prevista na Lei 16.334 de 30/12/2015 – DOC 31/12/2015 – O.P. 2016 SMS.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO E DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes deste contrato correrão no presente exercício serão cobertos por recursos do Fundo Municipal de Saúde - fonte 00 e 02.

CLÁUSULA OITAVA - DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O preço estipulado neste CONTRATO se dará da seguinte forma:

- I. Todos os procedimentos deverão ser registrados nos sistemas oficiais estabelecidos pela SMS-SP (SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO ASSISTENCIAL - **SIGA**, SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – **SIA** e PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DAS AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – **SISAIH01**, ou outros sistemas que porventura venham a ser implantados pelo Ministério da Saúde, os quais irão alimentar o Banco de Dados do DATASUS/MS, obedecendo aos fluxos e prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme cronograma da Gerência de Processamento.
- II. Cabe ao FISCAL LOCAL DO CONTRATO, oferecer condições para que a CONTRATADA tenha acesso ao sistema de registro ou ofereça fluxos administrativos internos para a correta tabulação das informações. Quanto aos procedimentos do **SIA** e **SISAIH01**, as informações deverão ser encaminhadas ao FISCAL LOCAL DO CONTRATO no prazo estipulado pela Unidade em consenso com a Contratada.
- III. Será considerado como ferramenta de registro a PLANILHA DE REGISTRO DE PRODUÇÃO, que deverá ser validada pelo FISCAL LOCAL DO CONTRATO, mediante apresentação da documentação comprobatória.
 - a) A planilha deverá conter as seguintes informações:
 - Identificação do estabelecimento de saúde,
 - Mês de competência em que os procedimentos foram realizados;
 - Tipos de procedimentos com os respectivos códigos e quantidade realizada, por paciente (aqui incluídas as consultas e tratamentos cirúrgicos e outros da linha de cuidado para realização de cirurgias eletivas);
 - Data e assinatura do FISCAL LOCAL DO CONTRATO e SUPERVISOR DA CONTRATADA.

- b) Todas as folhas deverão estar rubricadas pelo FISCAL LOCAL DO CONTRATO e pelo SUPERVISOR DA CONTRATADA.
- IV. Compete ao FISCAL LOCAL do contrato a elaboração e encaminhamento do ATESTADO referente ao quantitativo e registro de procedimentos realizados para o FISCAL REGIONAL do contrato.
- V. Compete ao FISCAL REGIONAL do contrato da Coordenadoria Regional de Saúde a consolidação dos atestados dos quantitativos físico-financeiros dos procedimentos realizados “a contento”, registro na planilha dos procedimentos realizados na sua área de abrangência e encaminhar para Gestor Regional Técnico do contrato;
- VI. Compete ao GESTOR TÉCNICO REGIONAL do contrato dar ciência do quantitativo e registro de procedimentos realizados “A CONTENTO” e encaminhar ao GESTOR ADMINISTRATIVO, que instruirá o processo de pagamento e eventual aplicação de penalidades previstas em contrato na ocorrência de não cumprimento contratual.
- a) A SECRETARIA, após a revisão dos documentos, efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, depositando-o na conta da CONTRATADA (nome do Banco), a partir do crédito pelo Fundo Nacional de Saúde na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde;
- b) As contas, rejeitadas pelo serviço de processamento de dados ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas à CONTRATADA para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela SECRETARIA, representada pela Gerência de Processamento / SECRETARIA, obedecendo ao cronograma do Ministério da Saúde.
- c) Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas por culpa da SECRETARIA, esta garantirá à CONTRATADA o pagamento, no prazo avençado neste CONTRATO, do valor correspondente ao mês imediatamente anterior, acertando eventuais diferenças no pagamento seguinte; ficando, contudo, exonerada do pagamento de multa ou de quaisquer outras sanções e encargos financeiros;
- d) As contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria do SUS, a qualquer tempo.

CLÁUSULA NONA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente CONTRATO será avaliada pelos órgãos competentes do SUS mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, o quantitativo de procedimentos realizados e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§1º Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§2º Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONTRATADA, sem autorização da SECRETARIA poderá ensejar a não prorrogação deste CONTRATO ou a revisão das condições ora estipuladas.

§3º A fiscalização exercida pela SECRETARIA sobre os serviços ora contratados não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante a SECRETARIA ou pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do CONTRATO.

§4º A CONTRATADA deverá facilitar à SECRETARIA o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e deverá prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

§5º Em qualquer hipótese, é assegurado à CONTRATADA, amplo direito de defesa e o direito à interposição de recursos.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste CONTRATO ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente autorizará SECRETARIA a aplicar-lhe as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666, de 1993, ou seja:

- I. advertência;
- II. suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 2 (dois) anos;
- III. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a administração dos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;
- IV. multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:
 - a) Pela inexecução total do objeto CONTRATO, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;
 - b) Pelo retardamento no início da prestação dos serviços contratados, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor estimado dos serviços em atraso até o 10º dia, data a partir da qual se caracterizará o inadimplemento absoluto;

- c) Pela inexecução parcial, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor correspondente à parcela dos serviços executados ou não executados em desacordo com o presente CONTRATO ou com as normas legais e infralegais, aplicáveis à espécie;
- d) Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto do CONTRATO, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;
- e) Pela rescisão do CONTRATO por culpa da CONTRATADA, multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados.

§1º A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada as circunstâncias objetivas de cada ocorrência.

§2º As sanções previstas nos itens I, II e III desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com multa.

§3º A CONTRATADA terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir da data da publicação, para interpor recurso contra a aplicação de qualquer penalidade, a ser dirigido diretamente ao Secretário Municipal da Saúde.

§4º O valor de eventuais multas será descontado dos pagamentos devidos à CONTRATADA.

§5º A imposição de qualquer das sanções não ilidirá o direito da SECRETARIA exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade tiver acarretado para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal ou ética do autor do fato.

§6º A violação ao disposto no Parágrafo segundo da CLÁUSULA QUINTA deste CONTRATO, além de sujeitar a CONTRATADA às sanções previstas nesta cláusula, autorizará a SECRETARIA a reter, do montante devido à CONTRATADA, o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento do usuário do SUS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

A rescisão deste CONTRATO obedecerá às disposições da Lei Federal nº 8.666, de 1993.

§1º Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a CONTRATADA estará obrigada a continuar a prestação dos serviços contratados por mais 90 (noventa) dias, sob a pena inclusive de, em havendo negligência de sua parte, ser-lhe imposta multa duplicada.

§2º No caso de descumprimento das obrigações da SECRETARIA, em especial atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos a CONTRATADA poderá solicitar rescisão do presente CONTRATO, mediante notificação endereçada ao Secretário Municipal de Saúde.

§3º Em caso de rescisão do presente CONTRATO pela SECRETARIA não caberá, à CONTRATADA, direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços executados até a data do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste CONTRATO ou de sua rescisão, cabe recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§1º Da decisão do Secretário Municipal da Saúde de rescisão do presente CONTRATO, caberá pedido de reconsideração, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§2º O Secretário Municipal da Saúde deverá manifestar-se sobre o pedido de reconsideração de que trata o parágrafo primeiro desta cláusula no prazo de 15 (quinze) dias, podendo recebê-lo e atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente contrato, considerando a prestação de serviços a ser executada de forma contínua, ficará adstrita ao período de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial o mês de competência de sua assinatura, podendo ser prorrogado, até o limite de sessenta (60) meses, nos termos do art.57, II, da Lei nº 8666/93.

Parágrafo único: As prorrogações do contrato, nos exercícios financeiros subsequentes, ficam condicionadas aos repasses do Ministério da Saúde, e a disponibilidade financeira do município.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de termo aditivo, na forma da legislação vigente, ressalvado o disposto no Parágrafo sexto da CLÁUSULA SEXTA.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

O presente contrato será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de vinte (20) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

As partes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas próprias contratantes ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, _____ de _____ de 2.016

.....

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

.....

INSTITUIÇÃO.....

.....

TESTEMUNHAS:

.....

.....

ANEXO II

Modelo de envelope

Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Controle/ - SMS-G

CHAMADA PÚBLICA nº xxx/2016/CMRAC/SMS. G –

CIRURGIAS ELETIVAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA SMS

Rua General Jardim, nº 36, Vila Buarque - 6º andar

CEP 01223-010 - São Paulo – SP

NOME DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA

ANEXO III

ANÁLISE ECONÔMICA – FINANCEIRA

A situação financeira das licitantes será aferida por meio dos índices de: liquidez corrente - LC, liquidez geral - LG e solvência geral - SG.

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante (+) Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo}}$$

Os índices calculados, obrigatoriamente, acompanharão as demonstrações contábeis, sendo consideradas habilitadas as empresas que apresentarem os seguintes resultados:

Liquidez corrente - índice menor ou igual a 1,00

Liquidez geral - índice menor ou igual a 1,00

Solvência geral - índice menor ou igual a 1,00

ANEXO IV

(modelo referencial das declarações da Lei Municipal nº 13.317/02)

(papel timbrado da Instituição interessada)

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ....., com sede napor meio de seus sócios e/ou diretores, infrafirmados, tendo em vista a CHAMADA PÚBLICA nº, cujo objeto é atender a demanda do Município de São Paulo ou a ele referenciados, de forma eletiva, por intermédio da Coordenação de Regulação Municipal, declara, sob as penas da lei, que:

- Conhecem e aceitam as condições de remuneração dos serviços de acordo com os valores de referência adotados pelo município, bem como do programa de repasse e liberação de pagamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.
- Tem disponibilidade, de acordo com a Capacidade Técnica, Instalações Físicas e de Recursos Humanos, para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nestes termos,

São Paulo, de de 2016

(nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores)

ANEXO V

DECLARAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS:

NOME: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO (A) DIRETOR (A) DA INSTITUIÇÃO:

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

3. DECLARAÇÃO:

DECLARO ter conhecimento das hipóteses de inelegibilidade previstas na Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990, alterada pela Lei Complementar nº 135, de 4 de junho de 2010, que são descritas no artigo 1º do Decreto nº 53.177, de 04 de junho de 2012, e que

() **não incorro** em nenhuma das hipóteses.

() **incorro** nas hipóteses descrita(s) no(s) inciso(s) _____ do referido artigo.

() **tenho dúvidas** se incorro ou não na(s) hipótese(s) de inelegibilidade prevista(s) no(s) inciso(s) _____ do referido artigo, e, por essa razão, apresento os documentos, certidões e informações complementares que entendo necessários à verificação das hipóteses de inelegibilidade.

DECLARO, ainda, sob as penas da Lei, em especial aquelas previstas na Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e no art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

São Paulo, ___/___/___

Assinatura do declarante

ANEXO VI

(*) Modelo constante do Decreto nº 4.358, de 05/09/02.

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 7º, INC. XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

(PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

Pelo presente instrumento, a empresa, CNPJ nº, com sede na, neste ato representada pelo(a) senhor(a)....., portador da Cédula de Identidade nº, expedida pela SSP/___, e CPF nº, (cargo), **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V, do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

***Ressalva:** emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.*

São Paulo, de de 2016.

Representante Legal/Procurador

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima).

ANEXO VII

Cirurgias eletivas

Valores dos procedimentos disponíveis para consulta no site: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/seg/inicio.jsp>

Ministério da Saúde - MS	
Secretaria de Atenção à Saúde	
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS	
Cirurgias eletivas em regime de Hospital Dia - Relatório Sintético de Procedimentos	
1	Código Procedimento
2	04.01.02.001-0 ENXERTO COMPOSTO
3	04.01.02.004-5 EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)
4	04.01.02.006-1 EXERESE DE CISTO BRANQUIAL
5	04.01.02.007-0 EXERESE DE CISTO DERMOIDE
6	04.01.02.008-8 EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO
7	04.01.02.009-6 EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO
8	04.01.02.010-0 EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO
9	04.01.02.011-8 HOMOENXERTIA (ATO CIRURGICO PRE E POS-OPERATORIO)
10	04.01.02.014-2 TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERCERATOSE PLANTAR (C/ CORREÇÃO PLÁSTICA)
11	04.01.02.015-0 TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR
12	04.01.02.016-9 TRATAMENTO EM ESTÁGIOS SUBSEQUENTES DE ENXERTIA
13	04.02.01.003-5 TIREOIDECTOMIA PARCIAL
14	04.02.01.004-3 TIREOIDECTOMIA TOTAL
15	04.03.02.007-7 NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS
16	04.03.02.008-5 NEURORRAFIA
17	04.03.02.012-3 TRATAMENTO CIRURGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO
18	04.04.01.001-6 ADENOIDECTOMIA
19	04.04.01.002-4 AMIGDALECTOMIA
20	04.04.01.003-2 AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA
21	04.04.01.004-0 ANTROTOMIA DA MASTOIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)
22	04.04.01.005-9 DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO
23	04.04.01.006-7 DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO
24	04.04.01.008-3 DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO - SHUNT (C/ AUDIÇÃO POR VIA TRANSMASTOIDEA)
25	04.04.01.010-5 ESTAPEDECTOMIA
26	04.04.01.011-3 EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE

27	04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO
28	04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE
29	04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA / OSSEA COM OU S/ AUDICAÇÃO
30	04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL
31	04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL
32	04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA
33	04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DE GLOMO TIMPÂNICO
34	04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL
35	04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL
36	04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)
37	04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO
38	04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)
39	04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA
40	04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL
41	04.04.01.047-4	PLÁSTICA DO CANAL DE STENON
42	04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO
43	04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNI / BILATERAL)
44	04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL
45	04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR
46	04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA
47	04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)
48	04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA
49	04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA
50	04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL
51	04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO
52	04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR
53	04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR
54	04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO
55	04.04.02.014-3	GLOSSECTOMIA PARCIAL
56	04.04.02.020-8	LABIOPLASTIA PARA HIPERTROFIA DO LÁBIO
57	04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO
58	04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS
59	04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA
60	04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES
61	04.04.02.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)

62	04.04.02.047-0	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL
63	04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS
64	04.04.02.056-9	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)
65	04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE
66	04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS
67	04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA
68	04.04.03.006-8	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO
69	04.04.03.007-6	LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS
70	04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL
71	04.04.03.016-5	RINOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
72	04.04.03.017-3	SEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
73	04.04.03.019-0	TIMPANOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (UNI / BILATERAL)
74	04.04.03.031-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA /MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL
75	04.05.01.001-0	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO
76	04.05.01.002-8	CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO
77	04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA
78	04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS
79	04.05.01.008-7	EXTIRPACAO DE GLANDULA LACRIMAL
80	04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL
81	04.05.01.012-5	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA
82	04.05.02.001-5	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)
83	04.05.02.002-3	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)
84	04.05.03.001-0	APLICACAO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL
85	04.05.03.002-9	BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR
86	04.05.03.007-0	RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL
87	04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR
88	04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR
89	04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER
90	04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER
91	04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE COROIDE
92	04.05.04.001-6	CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO
93	04.05.04.006-7	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR
94	04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR
95	04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL

96	04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR
97	04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA
98	04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA
99	04.05.05.005-4	CICLODIALISE
100	04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
101	04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
102	04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA
103	04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA
104	04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL
105	04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO
106	04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL
107	04.05.05.022-4	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL
108	04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA
109	04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO
110	04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL
111	04.06.02.011-6	DRENAGEM DE GANGLIO LINFATICO
112	04.06.02.016-7	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO
113	04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)
114	04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)
115	04.06.02.062-0	RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEL
116	04.07.01.022-0	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
117	04.07.02.011-0	CRIPTECTOMIA UNICA / MULTIPLA
118	04.07.02.013-6	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL
119	04.07.02.014-4	DRENAGEM DE ABSCESSO ISQUIORRETAL
120	04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL
121	04.07.02.022-5	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL
122	04.07.02.026-8	FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO
123	04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL
124	04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA
125	04.07.02.032-2	PLASTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL
126	04.07.02.045-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE IMPERFURACAO MEMBRANOSA DO ANUS
127	04.07.02.047-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL
128	04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
129	04.07.03.004-2	COLECISTOSTOMIA
130	04.07.03.007-7	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

131	04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA
132	04.07.04.007-2	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA
133	04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL
134	04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
135	04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)
136	04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE
137	04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL
138	04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA
139	04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA
140	04.07.04.017-0	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA DRENAGEM E/OU BIOPSIA
141	04.07.04.022-6	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS
142	04.08.01.011-8	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA
143	04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)
144	04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL
145	04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA
146	04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL
147	04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES
148	04.08.02.016-4	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO ÚMERO
149	04.08.02.017-2	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA NO PUNHO
150	04.08.02.018-0	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO DE MONTEGGIA OU DE GALEAZZI
151	04.08.02.019-9	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
152	04.08.02.021-0	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPÍANOS
153	04.08.02.022-9	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO
154	04.08.02.024-5	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO
155	04.08.02.029-6	REVISÃO CIRÚGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)
156	04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR
157	04.08.02.031-8	TRANSPOSIÇÃO DA ULNA PARA O RÁDIO
158	04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO
159	04.08.02.053-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA
160	04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO
161	04.08.02.059-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA

162	04.08.02.060-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL DO CARPO
163	04.08.02.061-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA / DESINSERÇÃO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO
164	04.08.02.062-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL)
165	04.08.02.063-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINOSTOSE RÁDIO ULNAR
166	04.08.03.075-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TORCICOLO CONGENITO
167	04.08.04.018-1	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO CONGÊNITA COXOFEMORAL
168	04.08.05.016-0	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)
169	04.08.05.019-5	REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE
170	04.08.05.020-9	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS
171	04.08.05.021-7	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO
172	04.08.05.022-5	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA
173	04.08.05.024-1	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO
174	04.08.05.025-0	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA DO JOELHO
175	04.08.05.026-8	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO
176	04.08.05.027-6	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO FEMURO-PATELAR
177	04.08.05.028-4	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO SUBTALAR E INTRATARSICA
178	04.08.05.029-2	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO TARSO-METATARSICA
179	04.08.05.034-9	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO
180	04.08.05.035-7	SINDACTILIA CIRURGICA DOS DEDOS DO PE (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)
181	04.08.05.037-3	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR
182	04.08.05.039-0	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR
183	04.08.05.044-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE COALIZAO TARSAL
184	04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO
185	04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO
186	04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO
187	04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO
188	04.08.05.082-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ
189	04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL

190	04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL
191	04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO
192	04.08.05.092-6	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO
193	04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO
194	04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES
195	04.08.06.008-5	BURSECTOMIA
196	04.08.06.011-5	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ
197	04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
198	04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES
199	04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA
200	04.08.06.015-8	MANIPULAÇÃO ARTICULAR
201	04.08.06.020-4	REINSERÇÃO MUSCULAR
202	04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL
203	04.08.06.030-1	RESSECÇÃO MUSCULAR
204	04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES
205	04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR
206	04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO
207	04.08.06.034-4	RETIRADA DE ESPAÇADORES / OUTROS MATERIAIS
208	04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
209	04.08.06.036-0	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
210	04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
211	04.08.06.039-5	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO EM PEQUENAS E MÉDIAS ARTICULAÇÕES
212	04.08.06.040-9	RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA
213	04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)
214	04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS
215	04.08.06.043-3	TENODESE
216	04.08.06.044-1	TENÓLISE
217	04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO
218	04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO
219	04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA
220	04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA
221	04.08.06.056-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES
222	04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)

223	04.08.06.058-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR
224	04.08.06.060-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIA MUSCULAR
225	04.08.06.067-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR
226	04.08.06.070-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)
227	04.09.01.012-0	DIVERTICULECTOMIA VESICAL
228	04.09.01.014-6	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM PELVE RENAL
229	04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J
230	04.09.01.037-5	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URETER
231	04.09.01.038-3	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL
232	04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER
233	04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE
234	04.09.01.048-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA VESICAL (FORMOLIZACAO DA BEXIGA)
235	04.09.01.051-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE
236	04.09.02.001-0	DRENAGEM DE COLECAO PERI-URETRAL
237	04.09.02.004-4	INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL
238	04.09.02.007-9	MEATOTOMIA SIMPLES
239	04.09.02.008-7	RESSECCAO DE CARUNCULA URETRAL
240	04.09.02.009-5	RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA
241	04.09.02.010-9	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL
242	04.09.02.012-5	URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)
243	04.09.02.013-3	URETROPLASTIA AUTOGENA
244	04.09.02.014-1	URETROPLASTIA HETEROGENEA
245	04.09.02.016-8	URETOSTOMIA PERINEAL / CUTANEA / EXTERNA
246	04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA
247	04.09.03.001-5	DRENAGEM DE ABSCESSO PROSTATICO
248	04.09.04.001-0	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL
249	04.09.04.003-7	EPIDIDIMECTOMIA
250	04.09.04.005-3	ESPERMATOCELECTOMIA
251	04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO
252	04.09.04.008-8	EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO
253	04.09.04.011-8	NEOSTOMIA DE EPIDIDIMO / CANAL DEFERENTE
254	04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL
255	04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL
256	04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL

257	04.09.04.015-0	ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR
258	04.09.04.017-7	PLASTICA DA BOLSA ESCROTAL
259	04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE
260	04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE
261	04.09.04.024-0	VASECTOMIA
262	04.09.05.002-4	CORRECAO DE EPISPADIA
263	04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIOSPADIA (1o TEMPO)
264	04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIOSPADIA (2o TEMPO)
265	04.09.05.008-3	POSTECTOMIA
266	04.09.05.011-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PRIAPRISMO
267	04.09.06.001-1	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO
268	04.09.06.003-8	CONIZACAO
269	04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO
270	04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO
271	04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBARIA
272	04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA
273	04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
274	04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA
275	04.09.06.022-4	RESSECCAO DE VARIZES PELVICAS
276	04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL
277	04.09.06.024-0	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
278	04.09.06.025-9	SALPINGOPLASTIA
279	04.09.06.026-7	SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA
280	04.09.06.027-5	TRAQUELOPLASTIA
281	04.09.07.001-7	ALARGAMENTO DA ENTRADA VAGINAL
282	04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR
283	04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR
284	04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL
285	04.09.07.015-7	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE
286	04.09.07.019-0	MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN
287	04.09.07.026-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS
288	04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL
289	04.10.01.001-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA
290	04.10.01.006-5	MASTECTOMIA SIMPLES
291	04.10.01.007-3	PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA

292	04.10.01.009-0	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA - POS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PROTESE
293	04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA
294	04.12.03.009-8	PLEUROSTOMIA
295	04.12.04.001-8	COSTECTOMIA
296	04.12.04.022-0	VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPEUTICA POR TORACOTOMIA
297	04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICAL DOS DEDOS DA MAO/PE S/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO
298	04.14.01.025-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
299	04.14.01.027-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA
300	04.14.01.032-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR
301	04.14.01.034-5	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR
302	04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLOGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Valores dos procedimentos disponíveis para consulta no site: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/seg/inicio.jsp>

ANEXO VIII

MODELO DE PLANO DE TRABALHO

O Plano de Trabalho deverá conter os seguintes itens:

1. DA OFERTA DOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

- i. Os procedimentos cirúrgicos deverão ser realizados durante o período de funcionamento dos estabelecimentos de saúde indicados pela SMS a depender das demandas em fila de espera e da disponibilidade de estrutura física.
- ii. A CONTRATADA deverá disponibilizar as informações sobre datas e horários das vagas para realização da linha de cuidado de procedimentos cirúrgicos eletivos (consultas médicas pré e pós operatórias) de forma a subsidiar a elaboração das agendas no sistema SIGA pelo FISCAL LOCAL DO CONTRATO conforme plano de trabalho pré estabelecido.
- iii. A elaboração das agendas deverá ocorrer por meio do sistema SIGA-SAÚDE da SMS/PMSP conforme estabelecido na Portaria 349/2015 SMS.G, ou outra que venha a substituí-la.
- iv. As agendas deverão ser disponibilizadas para a rede de serviços de saúde da SMS em tempo hábil para agendamentos nos estabelecimentos de saúde que referenciam pacientes (mínimo 3 meses)

2. Responsabilidades da INSTITUIÇÃO CREDENCIADA

- a) Os procedimentos serão realizados na **MODALIDADE LINHA DE CUIDADOS**, que compreende a realização de consultas médicas (incluídas aqui as avaliações pré e pós operatórias), solicitação e avaliação dos exames de apoio diagnóstico, realização do procedimento cirúrgico e anestésico, acompanhamento pós-operatório imediato e tardio, para adultos e/ou crianças, até a alta definitiva
- b) Preenchimento dos prontuários e demais documentos (atestado, receita médica, relatórios necessários) conforme preconizado pelas normas do CFM e demais Órgãos;
- c) Os procedimentos clínicos e cirúrgicos ofertados, por especialidade:
 - I. Quantitativo de cada procedimento clínico e cirúrgico ofertado **MENSALMENTE** para a SMS;
 - II. Discriminar o regime em que serão realizados os procedimentos cirúrgicos ofertados:
 - Ambulatorial
 - Hospital Dia
- d) Relação dos Profissionais da Instituição credenciada envolvidos na realização dos serviços a ser atualizada mensalmente, conforme **modelo**:

Nome da Instituição Credenciada:			
Coordenadoria Regional de Saúde: (onde irá atuar)			
Nome e CNES da Unidade de Saúde onde as cirurgias serão realizadas:			
Relação dos profissionais que irão atuar na linha de cuidado para a realização de cirurgias eletivas:			
Nome completo com CNS	Categoria profissional	Registro no Conselho de Classe	Título de especialista
	Médica cirurgiã pediatra	CREMESP xxxxx	Sim - SBCP 2009
	Médica anestesista	CREMESP xxxxx	Sim SBA 2011
	Enfermeira	COREN xxxxx	Não se aplica
	Técnica em enfermagem	COREN xxxxx	Não se aplica
	Enfermeira instrumentadora	COREN xxxxx	
	Administrativo		
Data:			
<i>Assinatura</i>			

Nome completo do responsável da instituição			

- e) Relação dos equipamentos da Instituição credenciada que serão utilizados na realização das cirurgias a ser atualizada mensalmente, conforme modelo:

Nome da Instituição Credenciada:				
Coordenadoria Regional de Saúde: (onde irá atuar)				
Nome e CNES da Unidade de Saúde onde as cirurgias serão realizadas:				
Relação dos equipamentos de propriedade da Instituição Credenciada que serão utilizados na linha de cuidado para a realização das cirurgias eletivas				
Qtde	Equipamento da Instituição	Marca	Modelo	Observação (tempo de uso)
1	Videolaparoscópio	Abcdy	XY 000	novo
2	Bisturi elétrico	BCD yz	99.912	2 anos de uso
3	outros			
Data:				
<i>Assinatura</i>				

Nome completo do responsável da instituição				

- f) Garantia de fornecimento de insumos e medicamentos (gerais e específicos) necessários para a linha de cuidado para a realização dos procedimentos cirúrgicos, incluindo órteses (fixadores, parafusos, lentes, telas inorgânicas de polipropileno, etc...);
- g) Relação e fornecimento dos instrumentais cirúrgicos que serão disponibilizados para realização das cirurgias
- h) Garantia de que os medicamentos, materiais, instrumentais e equipamentos tem registro na ANVISA;
- i) Garantia de que os materiais, instrumentais e equipamentos são esterilizados de acordo com os parâmetros estabelecidos pela ANVISA;
- i. Para a esterilização no próprio estabelecimento da SMS: a instituição deverá disponibilizar profissional habilitado para realizar o processo na CME local sob supervisão de um profissional local e conforme protocolos locais;
 - ii. para esterilização externa: a instituição deverá apresentar documentação comprobatória da realização dos procedimentos de esterilização;
- j) Garantia de que a instituição credenciada se responsabiliza pela manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de sua propriedade, incluindo os eventuais danos decorrentes da sua utilização na realização das cirurgias objeto deste edital;

- k) A instituição credenciada deverá se responsabilizar pela manutenção corretiva de equipamentos médicos hospitalares de propriedade da SMS que estejam sob responsabilidade temporária, e que por ventura apresente avaria durante o seu uso;
- l) Garantia de acompanhamento da recuperação pós-anestésica até a alta do centro cirúrgico e posterior alta pelo cirurgião que executou o procedimento;
- m) Garantia de ENCAMINHAMENTO aos laboratórios da Rede Municipal de Saúde dos espécimes cirúrgicos para exame anátomo-patológico;
- n) Excetua-se os exames anatomopatológicos pela técnica de CONGELAMENTO, que não está disponível na rede ambulatorial de saúde.
- o) Garantia de acompanhamento após a realização do procedimento cirúrgico, incluindo avaliação imediata e tardia (p. ex., resultados de exames anatomopatológico) até a alta definitiva pelo cirurgião;

3. COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: Responsabilidades no PLANO DE TRABALHO:

- a) Indicação das salas de cirurgia do Centro Cirúrgico, bem como mobiliário e equipamentos disponibilizados para a instituição credenciada, conforme modelo:

Nome da Instituição Credenciada:					
Coordenadoria Regional de Saúde: (onde irá atuar)					
Nome e CNES da Unidade de Saúde onde as cirurgias serão realizadas:					
Sala(s) de cirurgia disponibilizadas para (Nome da Instituição Credenciada.....)					
Gerente: Nome completo, RF, telefone fixo, celular e email					
Enfermeiro ou RT do Centro Cirúrgico: Nome completo, RF, telefone fixo, celular e email					
Mapa de Uso do Centro cirúrgico					
Número da sala	Dias	Horário disponibilizado	Enfermeira responsável	Porte sala	Nº de leitos na RPA
Sala 1	Segunda a sexta- feira	Das 8-17 hs			5
Sala 2	Segunda a sexta- feira	Das 12-18 hs			
Data:					
<i>Assinatura</i>					

Nome completo do responsável pela informação - RF					

b) Indicação de equipamentos disponibilizados, conforme modelo:

Nome da Instituição Credenciada:					
Coordenadoria Regional de Saúde: (onde irá atuar)					
Nome e CNES da Unidade de Saúde onde as cirurgias serão realizadas:					
Gerente: Nome completo, RF, telefone fixo, celular e email					
Enfermeiro ou RT do Centro Cirúrgico: Nome completo, RF, telefone fixo, celular e email					
Centro cirúrgico – sala X					
Qtde	Equipamento/mobiliário	Marca	Modelo	Nº de patrimônio PMSP	Status
1	Monitor multiparamétrico	XYZ	XYZ		Funcionante
1	Arco cirurgico	XYZ	XYZ		Funcionante
2	Carrinho de anestesia	XYZ	XYZ		Funcionante
1	Desfibrilador	XYZ	XYZ		Funcionante, com pás e tábua
1	Carrinho de parada	XYZ	XYZ		Equipado e com medicação dentro da validade
1	Aspirador de secreções	XYZ	XYZ		Funcionante
	outros				
Data:					
<i>Assinatura</i>					

Nome completo do responsável pela unidade (gerente ou RT local)					

c) Garantia de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos próprios da Unidade de Saúde onde os procedimentos serão realizados;

d) Garantia de não interrupção dos serviços no caso de falta de fornecimento de energia elétrica (gerador);

e) Garantia de não interrupção dos serviços no caso de falta de fornecimento de água;

- f) Garantia de disponibilização das salas de cirurgias em condições adequadas de higiene e limpeza para realização dos procedimentos, com equipamentos funcionando (foco, monitores, etc), rede de gases (O₂, ar comprimido, vácuo) em condições adequadas;
- g) Garantia realização de exames pré e pós operatórios;
- h) Garantia de envio das peças cirúrgicas para realização de exame anátomo-patológico nos laboratórios da Rede municipal de Saúde, bem como complementação com exames imuno-histoquímicos quando necessário, indicando o laboratório para onde serão encaminhados;
- i) Garantia de fornecimento de vestuário de uso privativo de centro cirúrgico e EPI;
- j) Garantia de fornecimento de refeição ou lanche ao paciente, após liberação pelo cirurgião, previamente à alta.
- k) Garantia de oferta de recursos humanos para recepção e registro dos pacientes, bem como segurança patrimonial e limpeza;
- l) Disponibilização dos impressos necessários à execução do serviço contratado;
- m) Garantia de guarda e disponibilização dos prontuários médicos, quando necessário;
- n) Garantia de disponibilização de consultórios para avaliações pré e pós operatória e salas de apoio para a realização de curativos, retirada de pontos, etc...;
- o) Garantia de descarte adequado de material infectante e/ou biológico;

ANEXO IX

MODELO PADRÃO DE DECLARAÇÃO SOBRE TRIBUTOS MUNICIPAIS

A empresa....., com sede na
....., nº, C.N.P.J. nº
....., DECLARA, sob as penas da lei e por ser a expressão da verdade,
que não está cadastrada e não possui débitos junto à Fazenda do Município de São Paulo.

São Paulo, de de 2016.

Nome e assinatura do representante legal/procurador.

ANEXO X

MODELO PADRÃO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

Pelo presente instrumento, a empresa, CNPJ nº, com sede na, neste ato representada pelo(a) senhor(a)....., portador da Cédula de Identidade nº, expedida pela SSP/___, e CPF nº, (cargo), **DECLARA**, que cumpre plenamente os requisitos de habilitação referentes à Chamada Pública em epígrafe, de acordo com as exigências constantes do **Edital de Chamada Pública nºXXXX** .

São Paulo, de de 2016.

Nome e assinatura do representante legal/procurador.

ANEXO XI

NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

1. RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS

1.1. DA CONTRATADA

Instituição contratada para realização da linha de cuidado para a realização de cirurgias eletivas em unidades municipais de saúde definida previamente pela Secretaria Municipal de Saúde.

1.1.1 SUPERVISOR DA CONTRATADA: Profissional designado pela CONTRATADA para garantir o cumprimento das disposições contratuais. A CONTRATADA deverá disponibilizar um supervisor (profissional de nível superior), para supervisionar os serviços nas Unidades municipais de saúde e que se apresente nesta unidade no mínimo uma vez por semana, ou quando solicitado pela CONTRATANTE.

Compete ao **SUPERVISOR DA CONTRATADA:**

- a) Garantir o cumprimento rigoroso das condições estabelecidas no contrato.

1.1.2 RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO DA CONTRATADA: Profissional designado pela CONTRATADA para realizar a gerência local e a interlocução da unidade com a supervisão da contratada, o qual deverá estar presente diariamente na Unidade de Saúde, em horário comercial.

Compete ao **RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO DA CONTRATADA:**

- a) Garantir o correto de registro de procedimentos realizados de acordo com as premissas da Secretaria Municipal de Saúde.
- b) Realizar correção de inconsistências no registro de procedimentos realizados quando houver.
- c) Apresentar os relatórios de prestação de contas ao **FISCAL LOCAL** do contrato:
 - i. Planilha de produção de serviços, com os respectivos quantitativos físicos financeiros;
 - ii. Manutenção Preventiva dos equipamentos da CONTRATADA;
 - iii. Manutenção Corretiva dos equipamentos – quando necessário;
- d) Manter atualizados registros diários de produção em **PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO** para fácil conferência, controle e auditorias.
- e) Disponibilizar mensalmente ou sempre que solicitado pelo **FISCAL LOCAL** do contrato as **PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO** dos procedimentos realizados, para conferência.
- f) Enviar mensalmente ao **FISCAL LOCAL** do contrato relação atualizada de profissionais que executam os procedimentos (cirurgiões, anestesistas, etc) com os respectivos números de registro em seus Conselhos de classe, para atualização de **CNES**, de modo a garantir a consistência das informações nos sistemas do Ministério da Saúde - **SIA e SIH**.

1.2 DA CONTRATANTE: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS-SP

1.2.1 GESTOR TECNICO REGIONAL do contrato: profissional da Coordenadoria Regional de Saúde - SMS

Compete ao **GESTOR TECNICO REGIONAL** do contrato:

1. Emitir a Ordem de Início dos Serviços, conforme previsto no Edital.
2. Solicitação de novos planos de trabalho quando da inclusão de novas Unidades de Saúde que venham a ser inauguradas e que realizarão procedimentos cirúrgicos conforme previsto no Edital;
3. Analisar as ocorrências técnicas que não forem sanadas pelos **FISCAIS LOCAIS** e/ou **REGIONAIS** do contrato e dar encaminhamentos necessários.
4. Verificar semestralmente a consistência da produção aprovada pelos **FISCAIS LOCAIS** para pagamento, e a produção informada no Sistema de Informações Ambulatoriais – **SIA** e no Sistema de Informação Hospitalar – **SIH**.
5. Acompanhar a execução dos serviços na Unidade de Saúde:
 - a. Realizar reunião com Responsáveis pela unidade e Contratada, para acompanhamento dos Serviços quando necessário, visando proporcionar ciência quanto ao desempenho dos trabalhos realizados naquele período de medição e avaliação, auxílio na correção de processos de trabalho e/ou negociação, e
 - b. Analisar e deliberar sobre solicitação de prazo para o atendimento de determinado item quando ocorrer não conformidade na prestação dos serviços;
 - c. Propor a aplicação de penalidades, quando couber,;
 - d. Caso haja proposição de advertência ou multa, fazer a análise das inconsistências apontadas previamente à liquidação do processo de pagamento, e encaminhar a justificativa técnica e documentos comprobatórios.

1.2.2 GESTOR ADMINISTRATIVO DO CONTRATO: Coordenação de Regulação, Avaliação e Controle da SMS.G

Compete ao **GESTOR ADMINISTRATIVO DO CONTRATO**

1. Realizar a gestão administrativa/ financeira do contrato.
2. Fornecer aos **FISCAIS REGIONAIS** do contrato cópia (em meio magnético) dos termos de contrato e seus anexos, bem como Termos Aditivos quando houver.
3. Receber os relatórios das ocorrências administrativas que não forem sanadas pelos **FISCAIS LOCAIS** e/ou **REGIONAIS** e dar encaminhamentos necessários.
4. Acompanhar e tomar providências sobre a realização de termos aditivos apontados pelo **GESTOR TECNICO REGIONAL** do contrato.
5. Encaminhar os relatórios das ocorrências administrativas para análise da Assessoria Jurídica da SMS com vistas à aplicação das penalidades cabíveis, sendo garantido o direito de defesa prévia da **CONTRATADA**.
6. Receber os relatórios consolidados dos quantitativos físico – financeiros dos procedimentos realizados a contento enviados pelos **GESTORES REGIONAIS** do contrato e instruir o processo de pagamento.

1.2.3 FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO

Compete aos **FISCAIS REGIONAIS** do contrato:

1. Divulgar para as Unidades de Saúde de sua área de abrangência os termos de contrato e seus anexos, bem como Termos Aditivos quando houver.

2. Analisar as ocorrências técnicas e administrativas que não forem sanadas pelos **FISCAIS LOCAIS** do contrato e dar encaminhamentos necessários.
3. Comunicar o **GESTOR TECNICO REGIONAL** do contrato, com antecedência mínima de 30 dias, a necessidade de realização de Termos Aditivos, quando houver:
 - a. Inauguração de novas Unidades de Saúde na sua área de abrangência que realizarão procedimentos cirúrgicos;
 - b. Reorganização dos planos de trabalhos de realização de procedimentos cirúrgicos entre as unidades;
4. Implementar nas Unidades de Saúde de sua área de abrangência a planilha eletrônica (Excel) para **CONTROLE DIÁRIO DA PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS**, e utilização dos modelos de atestados a contento/não a contento.
5. Realizar o consolidado físico-financeiro da produção dos estabelecimentos de saúde de sua área de abrangência, atestada a contento e encaminhar para **GESTOR ADMINISTRATIVO** do contrato até o 12º (décimo segundo) dia útil do mês subsequente.
6. São necessários à instrução do processo de pagamento:
 - a. Consolidado físico/financeiro de procedimentos realizados a contento;
 - b. Atestado consolidado referente ao quantitativo físico financeiro e registro de procedimentos realizados “a contento”;
7. As Supervisões Técnicas de Saúde terão papel de interlocução entre os **FISCAIS LOCAIS E REGIONAIS** do contrato.

1.2.4 FISCAL LOCAL do contrato: Gerente ou diretor do estabelecimento de saúde ou pessoa designada por ele sob sua supervisão (preferencialmente o responsável pelo centro cirúrgico), para acompanhamento do cumprimento contratual.

Compete ao **FISCAL LOCAL** do contrato:

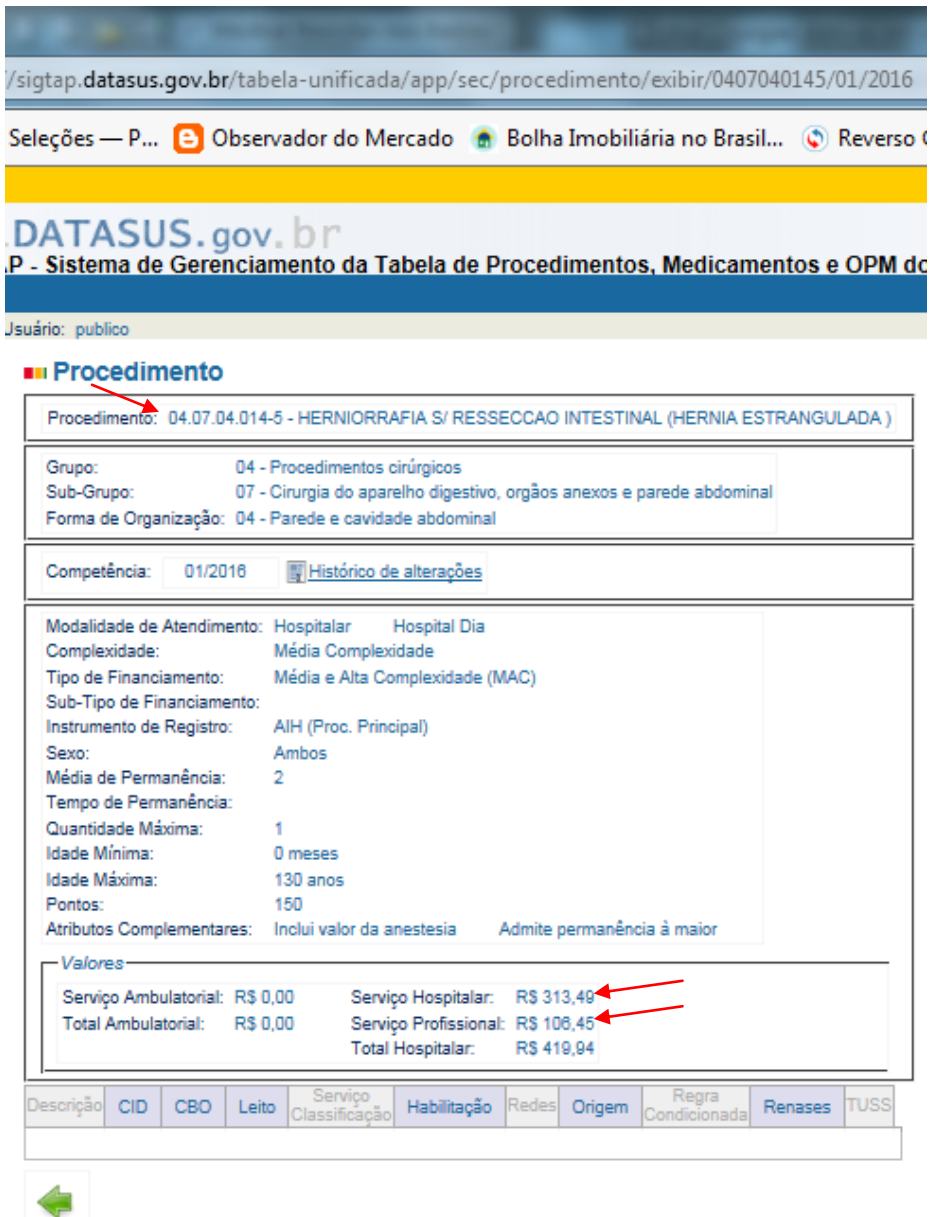
1. Ser intermediador em entre **CONTRATADO** e **CONTRATANTE** e pontuar pendências do cumprimento de contrato assim que estas ocorrerem.
2. Zelar pelo cumprimento do objeto contratado no âmbito local.
3. Acompanhar funcionamento dos equipamentos e o abastecimento dos insumos necessários à execução do objeto deste do contrato.
4. Garantir condições estruturais e fluxos administrativos locais para o correto registro da produção local.
5. Realizar a conferência das **PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO** na Unidade de Saúde, mediante apresentação de documentação comprobatória;
 - a. Será considerada documentação comprobatória:
 - Descrição Cirúrgica (Relatório de cirurgia; procedimento realizado, tipo de anestesia, etc) no prontuário do paciente;
 - Registro das Consultas Médicas (pré e pós operatórias) da linha de cuidado no prontuário do paciente;
6. Manter disponível para toda equipe da unidade “Livro de registro de intercorrências” específica para controle do contrato ;

7. Emitir documentações relacionadas a prestação de serviços da linha de cuidado de produção cirúrgica e encaminhá-las para o **FISCAL REGIONAL DO CONTRATO (CRS)** até o **6º (sexto) dia útil do mês subsequente**:
 - a. Atestado **CONSOLIDADO** referente ao quantitativo físico-financeiro de procedimentos realizados “A CONTEUDO” e registro em planilha de procedimentos realizados;
8. Toda documentação emitida pelo **FISCAL LOCAL** do contrato deverá ser assinada juntamente com o gerente/diretor do estabelecimento de saúde que o designou.

2. REGISTRO DE PRODUÇÃO

6. Todos os procedimentos deverão ser registrados nos sistemas oficiais estabelecidos pela SMS-SP (SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO ASSISTENCIAL - **SIGA**, SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – **SIA** e no Sistema de Informação Hospitalar – **SIH**, ou outros sistemas que porventura venham a ser implantados pelo Ministério da Saúde, os quais vão alimentar o Banco de Dados do DATASUS/MS, obedecendo aos fluxos e prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme cronograma da Gerência de Processamento.
- 2.1** Cabe ao **FISCAL LOCAL** do contrato, oferecer condições para que a CONTRATADA tenha acesso ao sistema de registro ou ofereça fluxos administrativos internos para a correta tabulação das informações. Quanto aos procedimentos do **SIA** e **SIH**, as informações deverão ser encaminhadas ao **FISCAL LOCAL** do contrato no prazo determinado pela Unidade em consenso com a Contratada.
- 2.2** Será considerado como ferramenta de registro de produção PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO que serão validadas pelo **FISCAL LOCAL** do contrato, mediante apresentação da documentação comprobatória.
 - a. A planilha deverá conter as seguintes informações:
 - i. Identificação do estabelecimento de saúde,
 - ii. Mês de competência,
 - iii. Tipos de procedimentos e quantidade realizada com o respectivo código da Tabela SUS, e valor financeiro por paciente: consultas, procedimentos cirúrgicos e outros da linha de cuidado para realização de cirurgias eletivas;
 - iv. Data e assinatura do **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** e **SUPERVISOR DA CONTRATADA**.
 - b. Todas as folhas deverão estar rubricadas pelo **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** e pelo **SUPERVISOR DA CONTRATADA**.

Os códigos dos procedimentos e respectivos valores podem ser obtidos no site:
<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>



Procedimento: 04.07.04.014-5 - HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
Sub-Grupo: 07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
Forma de Organização: 04 - Parede e cavidade abdominal

Competência: 01/2016 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Hospitalar Hospital Dia
Complexidade: Média Complexidade
Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)
Sexo: Ambos
Média de Permanência: 2
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima: 1
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos
Pontos: 150
Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior

Valores:

Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 313,49
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 106,45
		Total Hospitalar:	R\$ 419,94

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS

- 2.3 Compete ao **FISCAL LOCAL** do contrato o registro dos procedimentos realizados, e encaminhamento do documento informando o **QUANTITATIVO** de procedimentos realizados “A CONTENTO” para os **FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO**.
- 2.4 Compete aos **FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO** de cada Coordenadoria Regional de Saúde a consolidação do quantitativo e registro de procedimentos realizados “a contento” na sua área de abrangência e encaminhar para **GESTOR TÉCNICO REGIONAL** do contrato;
- 2.5 Compete ao **GESTOR TÉCNICO REGIONAL** do contrato – CRS encaminhar atestado CONSOLIDADO referente ao quantitativo físico-financeiro procedimentos realizados “A CONTENTO” ao **GESTOR ADMINISTRATIVO** que instruirá o processo de pagamento;

- 2.6 Na ocorrência de não cumprimento contratual o **GESTOR TÉCNICO REGIONAL** do contrato – CRS deverá encaminhar justificativa técnica, documentos comprobatórios, indicando a penalidade proposta para aplicação das sanções previstas em contrato.

MODELO DE PLANILHA PARA CONTROLE DA PRODUÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE

Nome da Unidade.....

MÊS DE de 2016

Data da cirurgia	Nº do prontuário	Código Tabela SUS	Cirurgia/procedimento	Tabela SUS - Serviços hospitalares (SH)	Tabela SUS - Serviços profissionais (SP) -R\$	Valor Tabela SUS (SP+SH)	Adicional de 100% SP + SH - conf. Clausula Sexta - Do Preço	Valor total
04.07.04.014-5 herniorrafias -								
1	03/03/2016	xxxx	04.07.04.014-5 HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	106,45	313,49	R\$ 313,49	313,49	R\$ 626,98
2	10/03/2016	xxxy	04.07.04.014-5 HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	106,45	313,49	R\$ 313,49	313,49	R\$ 626,98
3	11/03/2016	xyyy	04.07.04.014-5 HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	106,45	313,49	R\$ 313,49	313,49	R\$ 626,98
Subtotal						R\$ 940,47	940,47	R\$ 1.880,94

04.09.04.023-1 varicocele								
4	03/03/2016	Xyxx	04.09.04.023-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	173,24	84,31	R\$ 84,31	84,31	R\$ 168,62
5	03/03/2016	XYXX	04.09.04.023-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	173,24	84,31	R\$ 84,31	84,31	R\$ 168,62
Subtotal						R\$ 168,62	168,62	R\$ 337,24

04.05.05.037-2 facoemulsificacao c/ implante de lente intra-ocular dobravel								
6	05/03/2016	YXxxx	04.05.05.037-2 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	535,80	107,20	643,00	-	R\$ 643,00
7	05/03/2016	Yyxxx	04.05.05.037-2 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	535,80	107,20	643,00	-	R\$ 643,00
8	05/03/2016	Yyyxx	04.05.05.037-2 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	535,80	107,20	643,00	-	R\$ 643,00
9	05/03/2016	Yxyxx	04.05.05.037-2 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	535,80	107,20	643,00	-	R\$ 643,00
Subtotal						2.572,00	0,00	R\$ 2.572,00

04.05.05.037-2 facoemulsificacao c/ implante de lente intra-ocular rigida								
10	05/03/2016	YXyxx	04.05.05.011-9 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	443,00	100,00	543,00	-	R\$ 543,00
11	05/03/2016	Yyxyx	04.05.05.011-9 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	443,00	100,00	543,00	-	R\$ 543,00

12	05/03/2016	Yyyxy	04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	443,00	100,00	543,00	-	R\$ 543,00
Subtotal							1.629,00	0,00	R\$ 1.629,00
Procedimentos cirúrgicos - total (discriminar o valor Tabela SUS e valor do acréscimo cf contrato separadamente)							R\$ 3.681,09	1.109,09	R\$ 4.790,18

Procedimentos da linha de cuidados em geral							
Data	Código	Procedimento	Valor SUS	Quantidade realizada	Valor total		
03/03/2016	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	10,00	25	R\$ 250,00		
10/03/2016	07.02.05.056-3	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO MEDIA	125,00	2	R\$ 250,00		
03/03/2016	03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0,63	89	R\$ 56,07		
10/03/2016	03.01.10.001-3	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0,63	68	R\$ 42,84		
11/03/2016	03.01.10.001-4	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0,63	43	R\$ 27,09		
03/03/2016	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	6,30	18	R\$ 113,40		
10/03/2016	03.01.01.004-9	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	6,31	26	R\$ 164,06		
11/03/2016	03.01.01.004-10	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	6,32	61	R\$ 385,52		
Subtotal 2 -procedimentos da linha de cuidados				332	R\$ 1.288,98		

Consolidado - Mês			
Procedimentos cirúrgicos	Quantidade	Valor	
			Tabela SUS (SP+SH)
	12	Adicional de 100% SP + SH - conf. Clausula Sexta - Do Preço	R\$ 1.109,09
Procedimentos da linha de cuidados	332	Tabela SUS	R\$ 1.288,98
Total			R\$ 5.136,16

ATESTADO QUANTITATIVO E REGISTRO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS “A CONTENTO” – FISCAL LOCAL do contrato

- Papel timbrado
- Identificação de estabelecimento de saúde

À

Coordenadoria Regional de Saúde

Att.: FISCAL REGIONAL DO CONTRATO

INTERESSADO: Nome da empresa responsável pelo contrato de prestação da linha de cuidado de realização de cirurgias eletivas

ASSUNTO: Atestado quantitativo e registro de procedimentos realizados “a contento” no período de ___/___/___ a ___/___/___.

Pelo presente compete informar que os serviços prestados pela Instituição (nome da CONTRATADA) no período (MÊS/ANO) ao estabelecimento (nome do estabelecimento) foram realizados a contento, nos seguintes quantitativos físico-financeiros:

Nome da Unidade de Saúde

01 a 31 de De 2016

Código Tabela SUS	Cirurgia/procedimento	Quantidade realizada	Tabela SUS - valores			Qtde x Valor total Tab. SUS	Adicional de 100% SP + SH - conf. Clausula Sexta - Do Preço	Subtotal
			Serviços hospitalares (SH)	Serviços profissionais (SP) - R\$	Valor total Tabela SUS (SP+SH)			
04.07.04.014-5	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	3	106,45	313,49	R\$ 313,49	R\$ 940,47	R\$ 940,47	R\$ 1.880,94
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	2	173,24	84,31	R\$ 257,55	R\$ 515,10	R\$ 515,10	R\$ 1.030,20
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	4	535,80	107,20	R\$ 643,00	R\$ 2.572,00	-	R\$ 2.572,00
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	3	443,00	100,00	543,00	R\$ 1.629,00	-	R\$ 2.172,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	25			10,00	R\$ 250,00	-	R\$ 250,00
07.02.05.056-3	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO MEDIA	2			125,00	R\$ 250,00	-	R\$ 250,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	89			0,63	R\$ 56,07	-	R\$ 56,70
03.01.10.001-3	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	68			0,63	R\$ 42,84	-	R\$ 43,47
03.01.10.001-4	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	43			0,63	R\$ 27,09	-	R\$ 27,72
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	18			6,30	R\$ 113,40	-	R\$ 113,40

03.01.01.004-9	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	26			6,31	R\$ 164,06	-	R\$ 164,06
03.01.01.004-10	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	61			6,32	R\$ 385,52	-	R\$ 385,52
Total						R\$ 6.945,55	R\$ 1.455,57	R\$ 8.946,01

*Tabela ilustrativa para efeito de exemplo

** Não conformidades entre planilha apresentada e documentos comprobatórios deverão ser solucionadas em âmbito local.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO
Nome legível e RF

Assinatura

GESTOR TÉCNICO REGIONAL
Nome legível e RF

Assinatura

COORDENADOR REGIONAL DE SAÚDE
Nome legível e RF

ATESTADO QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS “A CONTENTO” – Fiscais regionais do contrato

- Papel timbrado
- Identificação do Responsável (CRS/AHM)
- Identificação do Lote

À Coordenação Municipal de Regulação, Avaliação e Controle

INTERESSADO: Nome da empresa responsável pelo contrato de prestação da linha de cuidado de realização de cirurgias eletivas

ASSUNTO: Atestado quantitativo e registro de procedimentos realizados “a contento” no período de ___/___/___ a ___/___/___.

Pelo presente compete informar que os serviços prestados pela Empresa (nome da CONTRATADA) no período (MÊS/ANO), foram realizados a contento, nos seguintes quantitativos físicos financeiros:

Consolidado Coordenadoria Regional de Saúde.....

01 a 31 de De 2016

Código Tabela SUS	Cirurgia/procedimento	Quantidade realizada	Tabela SUS			Qtde x Valor total Tab. SUS	Adicional de 100% SP + SH - conf. Clausula Sexta - Do Preço	Subtotal
			Serviços hospitalares (SH)	Serviços profissionais (SP) -R\$	Valor total Tabela SUS (SP+SH)			
04.07.04.014-5	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	3	106,45	313,49	R\$ 313,49	R\$ 940,47	R\$ 940,47	R\$ 1.880,94
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	2	173,24	84,31	R\$ 257,55	R\$ 515,10	R\$ 515,10	R\$ 1.030,20
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	4	535,80	107,20	R\$ 643,00	R\$ 2.572,00	-	R\$ 2.572,00
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	3	443,00	100,00	543,00	R\$ 1.629,00	-	R\$ 2.172,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	25			10,00	R\$ 250,00	-	R\$ 250,00
07.02.05.056-3	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO MEDIA	2			125,00	R\$ 250,00	-	R\$ 250,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	89			0,63	R\$ 56,07	-	R\$ 56,70
03.01.10.001-3	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	68			0,63	R\$ 42,84	-	R\$ 43,47
03.01.10.001-4	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	43			0,63	R\$ 27,09	-	R\$ 27,72
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	18			6,30	R\$ 113,40	-	R\$ 113,40

03.01.01.004-9	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	26			6,31	R\$ 164,06	-	R\$ 164,06
03.01.01.004-10	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	61			6,32	R\$ 385,52	-	R\$ 385,52
Total						R\$ 6.945,55	R\$ 1.455,57	R\$ 8.946,01

* Tabela ilustrativa para efeito de exemplo.

** É necessário indicar separadamente o consolidado dos valores Tabela SUS e do acréscimo de 100% que incide somente sobre os procedimentos cirúrgicos, à exceção das cirurgias oftalmológicas.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

FISCAL REGIONAL DO CONTRATO

Nome legível e RF

Assinatura

GESTOR TÉCNICO REGIONAL

Nome legível e RF

Assinatura

COORDENADOR REGIONAL DE SAÚDE

Nome legível e RF