

PROCESSO: 2014-0.284.319-0

ABERTURA: data da publicação no Diário Oficial da Cidade

ENCERRAMENTO: 12 meses após a publicação no Diário Oficial da Cidade (em 30/01/2015)

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA – Nº01/2015-CRCA-SMS.G PARA ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA.

O Município de São Paulo, representado pela Secretaria Municipal da Saúde, por meio do Edital nº 05/2014 de acordo com a Lei Municipal nº 13.317, de 1º de fevereiro de 2002, regulamentada pelo Decreto nº 44.772, de 20 de maio de 2004, torna público que realizará a chamada de pessoas jurídicas de direito privado, especificamente Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia para atenção à pessoa com Doença Renal Crônica - DRC, interessadas em prestar serviços de assistência à saúde de forma complementar, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, na forma e condições a seguir elencadas, considerando:

- A necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas das doenças renais, com vista a minimizar o dano da doença renal no País, propiciar o atendimento especializado em nefrologia aos pacientes, bem como facilitar seu acesso à Terapia Renal Substitutiva, conforme Portaria GM/MS nº 1168, de 15 de junho de 2004;
- A necessidade da implementação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção ao portador de doença renal, com vistas a qualificar a gestão pública a partir de Centrais de Regulação que integrem o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.559, de 01/08/2008, e Portaria GM/MS nº 841 de 02/05/2012 que institui a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ou outras normas que venham substituí-las;
- A necessidade de regulamentar a atenção ao paciente portador de doença renal crônica, conforme Portaria SAS/MS nº 389 de 13/03/2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);
- A necessidade de contratar, de forma complementar conforme art. 220 da Constituição do Estado de São Paulo e art. 24 e 25, da Lei Federal nº 8.080/90, serviços de assistência à saúde, especialmente Terapia Renal Substitutiva ambulatorial para portadores de Doença Renal Crônica, realizada por Unidades Especializadas com TRS-Diálise para atender à demanda do município e àquela a ele referenciada;
- Que a prestação de serviços de saúde não pode sofrer descontinuidade;
- Que foi realizada Chamada com a finalidade de contratação de serviços de atenção aos portadores de doença renal crônica, por meio do Processo **2014-0.065.493-5, resultando na habilitação de 26 Serviços e 7 inabilitados, e que o número de vagas ofertadas não é suficiente para suprir necessidade atual e futura do município;**
- Finalmente, a necessidade de conhecer a real oferta de serviços no Município de São Paulo, para eventual celebração de contrato de direito público.

1. DO OBJETO:

1.1. O presente edital tem por objeto contratar entidades jurídicas de direito privado, especificamente Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia para atenção à pessoa com Doença Renal Crônica - DRC, interessadas em prestar serviços de assistência à saúde de forma complementar, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, a fim de atender a demanda do Município de São Paulo ou a de outros a ele referenciados, de forma eletiva, por intermédio de Central de Regulação de Terapia Renal Substitutiva (TRS) do Complexo Regulador deste Município.

2. DAS CONDIÇÕES

2.1. As entidades interessadas em participar da Chamada Pública devem estar localizadas no Município de São Paulo;

2.2. Os serviços devem obedecer aos requisitos da Resolução RDC/ANVISA nº 50, de 21 /02/ 2002, ou outra que venha substituí-la, quanto às normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária em vigor, com vistas a garantir as condições físicas adequadas ao atendimento da clientela;

Os serviços a serem contratados deverão prestar assistência ao paciente portador de doença renal crônica, obedecendo aos critérios definidos pela:

2.2.1. **RDC ANVISA 11**, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências;

2.2.2. **Portaria GM/MS nº 389**, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);

2.2.3. **Portaria GM nº 1.535**, de 23 de julho de 2014 - Altera os incisos I e II do art. 27 e acresce inciso XII ao art. 15 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

2.3. Os interessados deverão aceitar os valores de referência à prestação dos serviços constantes da Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde que serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, quanto os classificados como Ambulatoriais, nos termos do Artigo 26, da Lei Federal nº 8.080/90.

3. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

3.1 Os interessados em participar da presente Chamada Pública deverão entregar a documentação especificada no Subitem 4.1, bem como documento comprobatório das condições indicadas no Item 2, na Gerência de Controle / CCAP / SMS. G, situada na Rua General Jardim, 36 – 6º andar, **nos dias úteis das 9 às 17 horas.**

3.1.1 A presente Chamada Pública terá duração de 12 (DOZE) meses, a contar da data de publicação no Diário Oficial da Cidade, podendo ser prorrogada por igual período.

§ Único. Não será aceita documentação fora do prazo citado no item 3.1

4. DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada em duas etapas:

- I. Pré-qualificação Documental;
- II. Avaliação técnica.

4.1. PRÉ-QUALIFICAÇÃO - DOCUMENTAL

Os interessados deverão entregar diretamente na Gerência de Controle - SMS, no endereço e data estipulados no Item 3, envelope identificado e endereçado, nos moldes do ANEXO II, contendo ofício formal da entidade, dirigido ao Secretário Municipal da Saúde, subscrito por responsável legal, a fim de comprovar sua capacidade jurídica, técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista através de cópias (ou protocolos) dos documentos, listando todos os documentos, atualizados e vigentes, entregues conforme abaixo discriminados:

- 4.1.1. Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).
- 4.1.2. Contrato ou Estatuto Social, devidamente registrado e alterações posteriores, se houver.
- 4.1.3. Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social.
- 4.1.4. Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável legal pela Instituição.
- 4.1.5. Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Registro no Conselho Profissional da Categoria do responsável técnico pelo serviço.
- 4.1.6. 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.
- 4.1.7. Declaração do Representante 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 IV
- 4.1.8. Certidão de Crimes Eleitorais e Certidão de Quitação Eleitoral, do Representante legal da Instituição, emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais>.
- 4.1.9. Certidão Negativa de Débitos do Sistema de Seguridade Social (INSS).
- 4.1.10. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

- 4.1.11. Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia – CRF.
- 4.1.12. Certidão Conjunta Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União, expedido pelo Ministério da Fazenda.
- 4.1.13. Cadastro Informativo Municipal – CADIN.
- 4.1.14. Certidão Negativa de Tributos Mobiliários da PMSP ou a sua isenção.
- 4.1.15. Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;
- 4.1.16. Certificado de Registro da Instituição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).
- 4.1.17. Alvará Sanitário/Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde - CMVS, expedido pela Vigilância Sanitária (SIVISA – estadual ou COVISA - municipal).
- 4.1.18. Licença de Funcionamento expedida pela Sub Prefeitura da Região.
- 4.1.19. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, com dados devidamente atualizados, juntando cópia das Portarias Ministeriais relativas aos serviços para os quais se encontra habilitado.
- 4.1.20. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS ou a Certidão de validade emitida pelo CNAS se houver.
- 4.1.21. Relação de todos os profissionais envolvidos na prestação da assistência ambulatorial, por categoria e carga horária, com seu respectivo número do Conselho de Classe, ANEXO VI.
- 4.1.22. Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultado do Exercício, do último exercício social, já exigível e apresentado na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da entidade, estando vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação, nos termos do ANEXO III.
- 4.1.23. Somente as entidades que ainda não tenham completado seu primeiro exercício fiscal, poderão comprovar a sua capacidade econômico-financeira por meio de balancetes mensais, conforme o disposto na Lei federal 8.541/92.
- 4.1.24. Não será habilitada a instituição que obtiver índices de liquidez corrente, liquidez e solvência geral menor que 1,00, conforme ANEXO III.
- 4.1.25. A empresa que não tiver alcançado os índices exigidos no subitem anterior será habilitada desde que possua capital social equivalente a 5% (cinco por cento) do valor médio estimado de contratação.
- 4.1.26. Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas a Administração aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores a data da sua apresentação.
- 4.1.27. Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição que, expressamente:
- a) 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.

b) tem disponibilidade, de acordo com a Capacidade Técnica e Instalação Física e de Recursos Humanos, para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde - ANEXO V.

4.1.28. Preenchimento do Relatório de Avaliação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia - ANEXO VI e ANEXO VII;

4.1.29. Art. 27. Para a habilitação nas licitações exigir-se-á dos interessados, exclusivamente, documentação relativa à: V - cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal (Incluído pela Lei nº 9.854, de 1999). – ANEXO IX

QUANTO À QUALIFICAÇÃO:

§1º: Considerar-se-ão aptas à avaliação técnica as entidades que atenderem as condições de pré-qualificação documental.

§2º: A comissão examinadora poderá aceitar protocolo das certidões e documentos comprobatórios de regularidade, desde que a entidade entregue os documentos definitivos quando da celebração do contrato.

4.2. DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO TÉCNICA E DA HABILITAÇÃO

4.2.1. A entidade será avaliada em até 10 (dez) dias úteis, após a entrega da documentação relacionada no item 4.1, por Equipe Técnica designada pela Comissão Examinadora da Chamada Pública, tendo como base o **Roteiro de Avaliação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia**, segundo **ANEXO VII**;

4.2.2. A Comissão Examinadora da Chamada Pública elaborará o relatório referente à Avaliação Técnica em até 10 (dez) dias úteis, contados a partir do 1º (primeiro) dia útil, após a conclusão da avaliação da Equipe Técnica citada no Item 4.2.1, e publicará, no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, bem como no sítio da prefeitura: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/> a relação das entidades consideradas habilitadas para celebração do contrato, levando-se em consideração a necessidade de atendimento nas diferentes regiões do município e a viabilidade financeira da Secretaria/SMS_SP.

4.2.3. A SECRETARIA poderá realizar visita técnica à entidade e emitirá relatório dessa vistoria nas seguintes situações:

4.2.3.1.1 . Se o serviço não se encontrar ainda habilitado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e/ou,

4.2.3.1.2 . Com autuação emitida pela Vigilância Sanitária municipal ou estadual

4.2.4. As entidades que não atenderem aos requisitos exigidos pela presente CHAMADA PÚBLICA serão consideradas inabilitadas;

4.2.5. A Secretaria Municipal de Saúde celebrará contrato de prestação de serviço, nos termos da Minuta do Contrato ANEXO I, com as entidades consideradas habilitadas; e

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

§ Único: Para a celebração de contrato com as entidades qualificadas no presente certame e que, ainda não foram credenciadas como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, por meio de Portarias já publicadas pelo Ministério da Saúde, as mesmas deverão ser submetidas ao citado credenciamento, aos moldes da Portaria SAS/MS n.º 389, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) com apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e posterior publicação no Diário Oficial da União, para a efetivação do contrato.

5. DO PRAZO RECURSAL

- 5.1. A entidade que for considerada inabilitada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis contados a partir da data de publicação, no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, da relação daquelas consideradas habilitadas, para recorrer quanto a sua inabilitação, conforme o estabelecido no Item I da alínea a, do Art.109º, da Lei Federal 8666/93 e suas alterações posteriores;
- 5.2. O recurso será julgado pela Comissão, em 03 (três) dias úteis, e o resultado será publicado no Diário Oficial do Município de São Paulo e no sítio oficial da Prefeitura Municipal de São Paulo - <http://www.capital.sp.gov.br/portal/>.

6. DA HOMOLOGAÇÃO

A homologação da CHAMADA PÚBLICA poderá ocorrer no prazo mínimo de 3 (três) dias, contados após o julgamento de eventuais recursos.

7. DO PREÇO E RECURSOS FINANCEIROS

- 7.1. De acordo com Artigo 26, da Lei Federal nº 8.080/90 os critérios e valores para a remuneração deste contrato serão cobertas por repasses do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, com referência na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.848, de 06/11/2007, observadas as suas atualizações, bem como as alterações nos valores dos procedimentos que serão concedidos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde em conformidade com § 8º do art.65 da Lei Federal nº 8.666/93.
- 7.2. Os recursos financeiros necessários para a celebração dos contratos estão incluídos no TETO FINANCEIRO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde - FNS para o Fundo Municipal de Saúde, conforme Portaria SAS/MS nº 203 de 19 de março de 2014, além dos repasses do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO – FAEC conforme estipulado na Portaria GM/MS nº 3.053 de 11 de dezembro de 2013, ou outras Portarias que venham a atualizá-las.

8. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 8.1. Quaisquer elementos, informações ou esclarecimentos relacionados a esta CHAMADA PÚBLICA poderão ser obtidos mediante solicitação por escrito junto à Gerência de Controle / CSMRCAA /

SMS. G. situada à Rua General Jardim, 36 – 6º andar ou por meio do endereço eletrônico:
controleccap@prefeitura.sp.gov.br;

- 8.2. Convocada para assinatura do contrato, a selecionada não poderá se furtar de prestar os serviços, conforme os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no Capítulo IV, da Lei Federal n.º 8.666/93.
- 8.3. Fica reservada à Secretaria Municipal da Saúde, a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, de acordo com os seus interesses, ou anular a presente CHAMADA PÚBLICA, sem assistir às entidades direito a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação.
- 8.4. Será descredenciada, a critério da Secretaria Municipal de Saúde, a qualquer tempo, a entidade que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante o curso do contrato, bem como rejeitar qualquer paciente/usuário do SUS encaminhado pela Central de Regulação da TRS do Município, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a conduta adotada, ou ainda, que incida nas causas de rescisão contratual.
- 8.5. Fica eleito o foro da Capital, por mais privilegiado que outro seja, para dirimir as questões que não puderem ser, amigavelmente, resolvidas pelas partes.

São Paulo, de janeiro de 2015.

Conceição de Maria Coelho
Presidente da Comissão
CSMRCAA /SMS – G

ANEXO I

MINUTA DE CONTRATO

ENTIDADES DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

CONTRATO Nº/SMS. G/2014

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº

CONTRATANTE SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE /FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA

OBJETO DO CONTRATO ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA

VALOR

DOTAÇÃO

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE, com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado pelo Sr. JOSÉ DE FILIPPI JUNIOR, Secretário Municipal da Saúde, doravante designada simplesmente por **CONTRATANTE**, e _____ (sociedade civil ou a natureza jurídica que lhe for própria), com sede em 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 ao caso), (nome do representante, nacionalidade, 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 e a Lei Municipal nº 13.317/02 resolvem celebrar o contrato consubstanciado no presente instrumento, cujas cláusulas seguem abaixo.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a integração do CONTRATADO na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, de acordo com as diretrizes do SUS estabelecidas na Portaria nº 389, de 13 de Março de 2014, ou outra que venha a substituí-la e, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).

Parágrafo primeiro. Os serviços ambulatoriais ora contratados obedecerão aos valores quantitativos e financeiros estimados conforme Ficha de Programação Orçamentária - FPO, que integra este instrumento, para todos os efeitos legais.

Parágrafo segundo. Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme estabelecido pela **CONTRATANTE** e, serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se a demanda e a disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

Parágrafo terceiro. Após a reavaliação da capacidade instalada, as partes poderão, mediante regular termo aditivo e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA** e as necessidades da **CONTRATANTE**, alterar os valores deste contrato, mediante justificativas aprovadas pelo Secretário Municipal de Saúde.

Parágrafo único: Os Serviços referidos na CLAUSULA PRIMEIRA serão executados por _____, situado _____, nº ____ na cidade de São Paulo, com Alvará Sanitário/Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, sob o nº _____ e sob a responsabilidade técnica do Dr. _____, registrado no Conselho Regional de Medicina sob o nº _____.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE NA AÇÃO DE SAÚDE

Parágrafo primeiro Para o cumprimento do objeto deste contrato, a **CONTRATADA** obriga-se a realizar a assistência ambulatorial de Alta Complexidade, mediante o encaminhamento do Laudo de Solicitação da Autorização de Alta Complexidade – APAC, por meio do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento – SIGA, à Central de Regulação de Terapia Renal Substitutiva (TRS) do Complexo Regulador Municipal para que seja submetido à análise.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA

Para o cumprimento do objeto deste contrato, a **CONTRATADA** obriga-se a oferecer ao paciente os recursos necessários a seu atendimento/Assistência médico-ambulatorial, conforme o estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 389 de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica - DRC e RDC/ANVISA 11, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise, da qual destacamos os seguintes quesitos:

- a. Atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;
- b. Fornecimento, sob a orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico;
- c. Realização da confecção da fístula arteriovenosa de acesso a Hemodiálise ou o implante de cateter para Diálise Peritoneal;
- d. Realizar uma ou mais modalidades de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.
- e. Na impossibilidade de realização de TRS - diálise para pacientes com sorologias positivas, deverá possuir convênio ou contrato formal com outro serviço, conforme Art. 11 da Portaria GM/MS389 de 13 de março de 2014;
- f. Realizar periodicamente, em seus pacientes, os exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do SUS;
- g. Dispor de equipamentos compatíveis com a demanda prevista e com os protocolos assistenciais para seu funcionamento;
- h. Dispor de materiais e equipamentos para o atendimento de emergência, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento;
- i. Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente;
- j. Serviço de enfermagem com enfermeiro especialista em nefrologia;
- k. Assistente Social, Nutricionista, Psicóloga e outras quando indicadas;
- l. Registrar no prontuário todas as informações referentes à evolução clínica e a assistência prestada ao paciente, conforme norma do CFM;
- m. Mecanismos que garantam a continuidade da atenção quando houver necessidade de remoção.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DO ATENDIMENTO

- a. O acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência;
- b. Encaminhamento e atendimento do usuário, 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 deste Município;
- c. Gratuidade das ações e dos serviços de saúde ao usuário, executados no âmbito deste Contrato;
- d. A **CONTRATADA** colocará à disposição do SUS a sua capacidade instalada necessária para o atendimento do volume assistencial definido na Programação Físico-Orçamentária _ FPO;
- e. Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;

- f. Contribuir para a elaboração e implementação de protocolos técnicos de atendimento e de encaminhamento para as ações de saúde;
- g. Estabelecimento de metas quantitativas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse Contrato;
- h. Educação permanente de recursos humanos;
- i. Aprimoramento da atenção à saúde; e
- j. A prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações aprovadas pela Comissão de Ética Médica.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da **CONTRATADA** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas no Parágrafo primeiro desta CLÁUSULA, sejam admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar serviços.

Parágrafo primeiro. A eventual mudança de endereço do estabelecimento da **CONTRATADA** será imediatamente comunicada à **CONTRATANTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços ora em outros endereços.

Parágrafo segundo. Na hipótese de que trata o Parágrafo primeiro, a **CONTRATANTE** poderá rever as condições deste contrato ou rescindi-lo.

Parágrafo terceiro. A **CONTRATADA** também deverá fazer comunicação imediata à **CONTRATANTE** de qualquer mudança de Responsável Técnico.

Parágrafo quarto. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento **CONTRATADO**:

- a. Membro de seu corpo clínico;
- b. Profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;
- c. Profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, prestar serviços à **CONTRATADA**, ou seja, por esta autorizada a fazê-lo.

Parágrafo quinto. Equipara-se ao profissional autônomo definido na alínea c do Parágrafo quarto desta CLÁUSULA: empresa, grupo, sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

Parágrafo sexto. No tocante ao acompanhamento de paciente, serão cumpridas as seguintes normas:

- a. Será vedada cobrança por serviços médicos, ambulatoriais e outros complementares da assistência devida à pacientes; e
- b. 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.

Parágrafo sétimo. Sem prejuízo de acompanhamento, fiscalização e normatização suplementar exercida pela **CONTRATANTE** 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**.

Parágrafo oitavo. 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, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE** ou para o Ministério da Saúde.

Parágrafo nono. A **CONTRATADA** obriga-se a enviar **MENSALMENTE** à **CONTRATANTE**, por meio da Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA, bem como à Gerência de Controle e Complexo Regulador – CSMRCAA – SMS. G, os Indicadores de Qualidade estabelecidos no Anexo II da Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la).

Parágrafo dez. A **CONTRATADA** obriga-se a informar ao Complexo Regulador deste Município, de acordo com a periodicidade estabelecida pela Central, os seguintes dados, necessários para atualização do sistema:

- a. Número de vagas disponíveis e saídas de pacientes (alta, óbito, abandono) por modalidade de diálise, por turnos, dias, e perfil sorológico (semanalmente às 2ª feiras);
- b. Horário da agenda para avaliação de pacientes encaminhados, que não poderá ultrapassar 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de liberação da vaga pela Central;
- c. A aceitação ou recusa do paciente encaminhado em impresso próprio da Central de Regulação e, no caso da recusa do encaminhamento pelo CONTRATADO, o mesmo deverá ser justificado.
- d. Deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente, planilha em meio digital com a **relação nominal** de todos pacientes em TRS no último dia de cada mês, conforme ANEXO VIII.

Parágrafo onze. A **CONTRATADA** obriga-se a informar ao gestor as eventuais alterações na capacidade instalada do serviço.

Parágrafo doze. Notificar a **CONTRATANTE** 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 registrados junto à JUCESP (Junta Comercial do Estado de São Paulo) e com a devida atualização do CNPJ.

Parágrafo treze. A **CONTRATADA** ficará exonerada de responsabilidade pelo não atendimento de 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.

Parágrafo quatorze. A **CONTRATADA** obriga-se a registrar no prontuário todas as informações referentes à evolução clínica e a assistência prestada ao paciente

Parágrafo quinze. O prontuário deve conter registros de todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente.

Parágrafo dezesseis. A **CONTRATADA** obriga-se a informar ao usuário do SUS, prévia e expressamente, quando um tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, que decidirá de forma livre e esclarecida sobre a sua participação na mesma.

Parágrafo dezessete. A **CONTRATADA** obriga-se a atender pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços;

Parágrafo dezoito. A **CONTRATADA** obriga-se a afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

Parágrafo dezenove. A **CONTRATADA** obriga-se a 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.

Parágrafo vinte. A **CONTRATADA** obriga-se a esclarecer pacientes e/ou responsáveis legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

Parágrafo vinte e um. A **CONTRATADA** obriga-se a 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.

Parágrafo vinte e dois. A **CONTRATADA** obriga-se a garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes.

Parágrafo vinte e três. A **CONTRATADA** obriga-se a manter em pleno funcionamento um Programa de Controle e Prevenção de Infecção e Eventos Adversos (PCPIEA), qual seja: *“Plano de Gerenciamento: documento que aponta e descreve os critérios definidos pelo estabelecimento de saúde para a execução das etapas do gerenciamento das diferentes tecnologias em saúde submetidas ao controle e fiscalização sanitária abrangidas na RDC/ANVISA n. 02/10, desde o planejamento e entrada do produto no estabelecimento de saúde, até sua utilização e descarte.”*

I. A **CONTRATADA** obriga-se a instalar, no prazo previsto para cada caso, qualquer outra comissão que venha a ser criada por lei ou norma infralegal, independentemente de notificação da CONTRATANTE.

Parágrafo vinte e quatro. A **CONTRATADA** obriga-se a fornecer aos pacientes, relatório do atendimento prestado, com os seguintes dados quando solicitado ou à época da saída do serviço:

- a. Nome do paciente;
- b. Nome do serviço;
- c. Localidade;
- d. Tipo de prótese, materiais e/ou procedimentos especiais utilizados, quando for o caso;
- e. Diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (CID) na versão vigente à época; e

f. O cabeçalho do documento conterà 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”.

Parágrafo vinte e cinco. A **CONTRATADA** fica obrigada a seguir as normas do SUS, elencadas e definidas:

- a. Portaria GM/MS nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006, ou outras que venham a ser publicadas;
- b. **ANVISA 11**, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que dispõe sobre os **Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise** e dá outras providências;
- c. **Portaria GM/MS nº 389**, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);
- d. **Portaria GM nº 1.535**, de 23 de julho de 2014 - Altera os incisos I e II do art. 27 e acresce inciso XII ao art. 15 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.
- e. Identificar o paciente por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- f. Atualizar mensalmente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- g. Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;
- h. Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS estabelecido pela Portaria GM/MS nº 382, de 10 de março de 2005 ou outra Portaria que venha a substituí-la;
- i. Submeter-se à política de Regulação do Gestor dispondo a totalidade dos serviços contratados para o Complexo Regulador Municipal, observadas as normas, fluxos e protocolos pré-definidos;
- j. Obriga-se a apresentar relatórios de atividades sempre que solicitado pelo gestor;
- k. Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;
- l. Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização/ PNH, principalmente quanto a:
 - i. Redução das filas e do tempo de espera para atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; e,
 - ii. Que todo usuário do SUS saiba nomear quem são os profissionais que cuidam da sua saúde.

Parágrafo vinte e seis. A **CONTRATADA** se obriga a manter suas condições de habilitação durante todo o período contratual.

CLÁUSULA SEXTA - 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, praticada por seus empregados, profissional ou preposta, ficando-lhe assegurado o direito de regresso.

Parágrafo primeiro. A fiscalização e o acompanhamento da execução deste contrato por órgãos do SUS não excluem nem reduzem a responsabilidade da **CONTRATADA**.

Parágrafo segundo. 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 SÉTIMA - DO PREÇO, RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E DA DOTAÇÃO

A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da **CONTRATANTE** a importância referente aos serviços contratados efetivamente prestados, de acordo com os valores unitários de cada procedimento previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Parágrafo primeiro. As despesas decorrentes de atendimento ambulatorial e SADT, consignados no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, tem valor estimado anual de R\$ _____ (valor por extenso), ou seja, R\$ _____ (valor por extenso) por mês, conforme estimativa físico-financeira constante na FPO – Ficha de Programação Orçamentária parte integrante deste Termo, sendo a estimativa de R\$ _____ (valor por extenso) mensais para os procedimentos financiados pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação e o limite de R\$ _____ (valor por extenso) mensais para os procedimentos de Média Complexidade da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que serão custeados pela **CONTRATANTE**, com recurso repassado mensalmente ao Fundo Municipais de Saúde - FMS pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS, classificado como Bloco de Média e Alta Complexidade - MAC.

Parágrafo segundo. Os valores acima estipulados 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 8.666, de 1993, ou outra que venha a substituí-la.

Parágrafo terceiro. As despesas decorrentes deste contrato correrão, no presente exercício a conta de dotação nº _____.

Parágrafo quarto. Os recursos financeiros necessários para a celebração deste contrato estão incluídos no TETO FINANCEIRO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde - FNS para o Fundo Municipal de Saúde, além dos repasses por meio do FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO – FAEC.

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

A apresentação das contas deste contrato se dará da seguinte forma:

Parágrafo primeiro. A **CONTRATADA** se obriga a apresentar as informações regulares do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, ou outros sistemas porventura implantados pelo Ministério da Saúde e solicitados pela **CONTRATANTE** e que vão alimentar o Banco de Dados do DATASUS/MS.

Parágrafo segundo. A produção ambulatorial será apresentada mensalmente, por meio do BPA e/ou APAC onde a **CONTRATADA** registra o atendimento referente ao período de atendimento, que irá gerar os valores da produção aprovada, por meio da consistência dos dados de procedimento realizado e do cadastro atualizado (CNES).

Parágrafo terceiro. A **CONTRATADA** apresentará mensalmente a **CONTRATANTE** as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, obedecendo aos procedimentos e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e devidamente gerenciados pela **CONTRATANTE**.

Parágrafo quarto. A **CONTRATANTE**, após a revisão dos documentos, efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, depositando-o na conta da **CONTRATADA** (Nome do Banco, Agência Bancária, Conta corrente), a partir do crédito na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo quinto. 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 **CONTRATANTE**, representada pela Gerência de Processamento/CSMRCAA – SMS. G, obedecendo ao cronograma do Ministério da Saúde, disponibilizado pela **CONTRATANTE**.

Parágrafo sexto. Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas por culpa da **CONTRATANTE**, esta garantirá à **CONTRATADA** o pagamento, no prazo avançado 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.

Parágrafo único. 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 - DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR

O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste contrato não transfere para a **CONTRATANTE** a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

Parágrafo único: “A **CONTRATANTE** responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de eventual excesso”.

CLÁUSULA DEZ - 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 a verificação dos dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

Parágrafo primeiro. Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

Parágrafo segundo. A **CONTRATANTE** realizará visita técnica às instalações da **CONTRATADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

Parágrafo terceiro. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONTRATADA**, sem autorização da **CONTRATANTE**, poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo quarto. A fiscalização exercida pela **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratada não eximirá a **CONTRATADA** da sua plena responsabilidade perante o Ministério da Saúde, a própria **CONTRATANTE** ou paciente e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

Parágrafo quinto. A **CONTRATADA** facilitará a **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

Parágrafo sexto. Em qualquer hipótese é assegurado à **CONTRATADA** amplo direito de defesa e o direito à interposição de recursos.

CLÁUSULA ONZE - DAS PENALIDADES

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

- a. Advertência;
- b. Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 2 (dois) anos;
- c. 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;
- d. Multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:
 - i. Pela inexecução total do objeto **CONTRATO**, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;
 - ii. 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;
 - iii. 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;
 - iv. 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;
 - v. Pela rescisão do contrato por culpa da **CONTRATADA**, multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados.

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

Parágrafo segundo. As sanções previstas nas alíneas a, b e c desta CLÁUSULA poderão ser aplicadas juntamente com multa.

Parágrafo terceiro. 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.

Parágrafo quarto. O valor de eventuais multas será descontado dos pagamentos devidos à **CONTRATADA**.

Parágrafo quinto. A imposição de qualquer das sanções não ilidirá o direito da **CONTRATANTE** 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.

Parágrafo sexto. A violação ao disposto nas alíneas a e b do Parágrafo sexto da **CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**, deste contrato, além de sujeitar a **CONTRATADA** às sanções previstas nesta cláusula, autorizará a **CONTRATANTE** a reter, do montante devido à **CONTRATADA**, o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento do usuário do SUS.

CLÁUSULA DOZE - DA RESCISÃO

A rescisão deste contrato obedecerá às disposições da Lei Federal nº 8.666/1993.

Parágrafo primeiro. 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.

Parágrafo segundo. Poderá a **CONTRATADA** rescindir o presente contrato no caso de descumprimento das obrigações da **CONTRATANTE**, em especial no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos, mediante notificação prévia, devidamente motivada, de 90 (noventa) dias a partir do recebimento da notificação.

Parágrafo terceiro. Em caso de rescisão do presente contrato pela **CONTRATANTE** não caberá, à **CONTRATADA**, direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços executados até a data do evento.

CLÁUSULA TREZE - DOS RECURSOS

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste contrato ou de sua rescisão, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

CLÁUSULA QUATORZE - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente contrato será de 60 (sessenta) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura.

Parágrafo único. A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do contrato, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

CLÁUSULA QUINZE – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação vigente, salvo o estipulado no Parágrafo segundo da CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO, RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E DA DOTAÇÃO.

CLÁUSULA DEZESSEIS - DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA DEZESSETE- 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 2.015

CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

Processo 2014-0.284.319-0

Fl inform. nº 173

Em 19/01/2015 (a)

ANEXO II

Modelo de envelope

Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Controle/SMS-G (6º andar)

CHAMADA PÚBLICA – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – Nº 08/2015

Rua General Jardim, nº 36, Vila Buarque – CEP 01223-010

São Paulo - SP

(NOME DA ENTIDADE 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 maior ou igual a 1,00

liquidez geral - índice maior ou igual a 1,00

solvência geral - índice maior ou igual a 1,00

ANEXO IV
DECLARAÇÃO

<p>1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS:</p> <p>NOME: _____</p> <p>CNPJ: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>TELEFONE: _____ E-MAIL: _____</p>
<p>2. IDENTIFICAÇÃO DO (A) DIRETOR (A) DA ENTIDADE:</p> <p>NOME: _____</p> <p>RG: _____ CPF: _____</p> <p>CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO: _____</p> <p>TELEFONE: _____ E-MAIL: _____</p>
<p>3. DECLARAÇÃO:</p> <p>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</p> <p>() não incorro em nenhuma das hipóteses.</p> <p>() incorro nas hipóteses descrita(s) no(s) inciso(s) _____ do referido artigo.</p> <p>() 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.</p> <p>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.</p> <p>São Paulo, ___/___/___</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do declarante</p>

ANEXO V

(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 à _____ através 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 ou de urgência/ emergência, por intermédio da regulação e controle da Central de Regulação de Terapia Renal Substitutiva (TRS) do Complexo Regulador do Município, declara, sob as penas da lei, que:

- Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, na conformidade da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS e de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamentos disponibilizados à Secretaria Municipal de Saúde.
- Tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as regras do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Tripartite de Saúde e/ou Comissão Bipartite de Saúde, obedecendo as disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e seguindo as normas fixadas pela secretaria municipal de Saúde.

Nestes termos,

São Paulo, (data)

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

		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()
		Técnico ()	Auxiliar ()

Profissional Enfermagem exclusivo para o reuso SIM () NÃO ()	COREN:	Assinalar com "X"	
Nome:		Técnico ()	Auxiliar ()
Nome:			

Outros Profissionais

Nome	Categoria	Nº de Conselho de Classe
1.	Assistente Social	
2.	Psicólogo	
3.	Nutricionista	
4.	Farmacêutico	
Funcionário exclusivo para limpeza	SIM ()	NÃO ()

ANEXO VII

RELATÓRIO DE UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA

I IDENTIFICAÇÃO

Razão Social:

Fantasia:

Endereço:

Bairro:

CEP:

CNPJ:

CNES:

Telefone:

Fax:

E-mail:

Responsável Técnico: _____ CRM: _____

Título de Especialista: SIM () NÃO ()

Responsável Técnico: _____ COREN: _____

Título de Especialista: SIM () NÃO ()

Em curso () Indicar a Instituição: _____

Licença de Funcionamento:

II. NATUREZA

Público () Filantrópico () Privado ()

III. LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DE DIALISE:

Hospitalar () Autônoma: Intra Hospitalar () Extra Hospitalar ()

IV. QUANTITATIVO DE CLIENTELA POR TIPOS DE DIALISE E SOROLOGIA

Modalidade de Diálise \ Tipos de Clientela	SUS	Não SUS	Total
HD			
DPA			
DPAC			
Total			

Realiza Diálise em Criança? SIM () NÃO ()

Tipos de Sorologia de Pacientes	SUS	Não SUS	Total

Não contaminados			
HCV+			
HIV			
HBsAg+			
HCV+ / HIV+			
Total			

V PROGRAMA DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO E EVENTOS ADVERSOS (PCPIEA)

Possui Programa de Controle e Prevenção de Infecção e Eventos Adversos (PCPIEA)?

SIM () NÃO ()

VI SERVIÇOS UTILIZADOS

Serviço de Nutrição e Dietética Nome/CRN/carga horária	Vínculo CLT () Autônomo () Empresa ()
	Se terceirizada data do contrato
	Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	CNPJ/CPF: _____ Empresa:
Serviço de Assistência Social Nome/CRESS/carga horária	Vínculo CLT () Autônomo () Empresa ()
	Se terceirizada data do contrato
	Início __/__/____ Vencimento __/__/____ Indet. ():
	CNPJ/CPF: _____ Empresa:
Serviço de Psicologia Nome/CRP/carga horária	Vínculo CLT () Autônomo () Empresa ()
	Se terceirizada data do contrato
	Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	CNPJ/CPF: _____ Empresa:
Serviço que realiza Fístula Arteriovenosa	Próprio () Autônomo () Empresa ()
	CNPJ/CPF: _____/_____-__
	Se terceirizada data do contrato Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Serviço que instala Cateter	Próprio () Autônomo () Empresa ()

para DPAC	Se terceirizada data do contrato Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. () CNPJ/CPF: _____ Empresa:
Laboratório de Análises Clínicas	Próprio () Empresa () Se terceirizada data do contrato Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. () CNPJ: _____ Empresa:
Laboratório de Histocompatibilidade	Próprio () Empresa () Se terceirizada data do contrato Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. () CNPJ: _____ Empresa:
Laboratório de Microbiologia	Próprio () Empresa () Se terceirizada data do contrato Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. () CNPJ: _____ Empresa:
Serviço de Manutenção De Equipamentos	Próprio () Empresa () Se terceirizada data do contrato Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. () CNPJ/CPF: _____ Empresa:
Serviço de Manutenção De Equipamentos	Próprio () Empresa () Se terceirizada data do contrato Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. () CNPJ/CPF: _____ Empresa:

Serviço de Manutenção do Tratamento d'Água	Próprio () Empresa ()
	Se terceirizada data do contrato
	Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	CNPJ/CPF: _____ Empresa:
Serviço de Análise d'Água	Próprio () Empresa ()
	Se terceirizada data do contrato
	Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	CNPJ/CPF: _____ Empresa:
Serviço de Manutenção do Gerador de energia -	Próprio () Empresa ()
	Se terceirizada
	CNPJ: _____._____/_____-____ Data do contrato
	Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Outros Serviços	Próprio () Empresa ()
	Se terceirizada data do contrato
	Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	CNPJ: _____ Empresa:
Outros Serviços	Próprio () Empresa ()
	Se terceirizada data do contrato
	Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	CNPJ: _____ Empresa:

Outros Serviços:

Hospital de Retaguarda: _____

Próprio () Empresa ()

CNPJ: _____

Serviço de remoção: _____

Próprio () Empresa ()

CNPJ: CNPJ: _____

Data da validade do Contrato: __/__/____

Serviço de Concentrado Polieletrólitos para Hemodiálise (Farmácia): SIM () NÃO ()

Outros profissionais:

Cirurgião Vascular SIM () NÃO ()

Farmacêutico SIM () NÃO ()

Outros (especificar) _____

VII. SALA DE EMERGÊNCIA

Possui sala exclusiva para emergência médica: SIM () NÃO ()

Se não, onde é feito o atendimento de emergência? _____

Eletrocardiógrafo	()	()
Carro de emergência com monitor cardíaco e desfibrilador	()	()
Ambu com reservatório	()	()
Material completo para entubação endotraqueal	()	()
Medicamentos para atendimento de Emergência	()	()
Aparelho de Ventilação pulmonar mecânica	()	()
Aspirador de secreções portátil	()	()
Aspirador de secreções	()	()

VIII. CAPACIDADE INSTALADA

1. Hemodiálise - HD

Última visita da COVISA/SIVISA : __ / ____ / _____

Há pendência? SIM () NÃO ()

Capacidade instalada de HD - (Nº de pontos de água x Nº turno x 2 grupos de sessões): _____
pacientes

Capacidade instalada HD atual - (Nº de máquinas x Nº turno x 2 grupos de sessões): _____
pacientes

Previsão de oferta para o SUS para HD: _____pacientes

2. Diálise Peritoneal: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – CAPD e Diálise Peritoneal Automática – DPA

CAPD: SIM () NÃO ()

DPA: SIM () NÃO ()

Sala de Treinamento: SIM () NÃO ()

Previsão de oferta para o SUS para CAPD: _____pacientes

Previsão de oferta para o SUS para DPA: _____pacientes

IX. EQUIPAMENTOS PARA HEMODIALISE

Distribuição de máquinas por sala de Hemodiálise

1.Sala HbsAg negativo: SIM () NÃO ()

Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

2.Sala HbsAg positivo: SIM () NÃO ()

Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

3. Sala HCV positivo SIM () NÃO ()

Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

Paciente recém-admitido com sorologia desconhecida para hepatite B, dialisa em máquina exclusiva? SIM () NÃO ()

Nº de Máquinas de reserva: _____máquinas.

Atende pacientes com sorologia:

HCV (+)SIM () ou NÃO ()

HIV (+) SIM () ou NÃO ()

4.Nº de Sala de reuso de capilar exclusiva para pacientes:

HbsAg (-) e HCV (-)	HbsAg (+)	HCV (+)

X. TRATAMENTO DE ÁGUA

1. Água de Abastecimento:

Rede Pública () Poço artesiano () Ambos (....)

Se utilizar água do poço artesiano, existe Outorga?:

NÃO () SIM () Data de validade: ___/___/_____

2. Registro diário da atividade de monitoração da qualidade da água tratada segundo (RDC/ANVISA 11 de 13/3/04)? SIM () NÃO ()

Justificar se NÃO: _____

3. Laudo das análises da **água potável e tratada** seguem padrão preconizado na RS RDC/ANVISA nº 11 de 13/3/04? SIM () NÃO ()

XI SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Atendimento Ambulatorial aos seus pacientes em programas dialíticos? SIM () NÃO ()

Total de salas utilizadas para atendimento ambulatorial: _____ salas.

XII. ATIVIDADES EDUCATIVAS DE ATENÇÃO AOS PACIENTES EM DIÁLISE

Programa aos portadores de Hipertensão Arterial SIM () NÃO ()

Programa aos portadores de Diabetes SIM () NÃO ()

Outros (quais?) _____

XIII. AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO

O prontuário é único? SIM () NÃO ()

O preenchimento está adequado? SIM () NÃO ()

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico do Serviço

Data: __ / __ / 2014

ANEXO VIII

PLANILHAS - mensalmente:

- a. AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE
- b. ALTERAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DE DIÁLISE
- c. RELAÇÃO DE PACIENTES EM DIÁLISE
- d. ATUALIZAÇÃO DA OCUPAÇÃO DAS UNIDADES DE DIÁLISE

ANEXO VIII - a



CSRMGSP
Secretaria Municipal de Saúde
Coord. de Integração e Regulação do Sistema
CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL
DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - DIÁLISE



AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE

DADOS DO PACIENTE

Nome:	<input type="text"/>	Cartão SUS:	<input type="text"/>
Estado Civil:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Idade:	<input type="text"/>	Endereço:	<input type="text"/>
TEL:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	Responsável:	<input type="text"/>

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Observação: <input type="text"/>
<input type="text"/>

CONCLUSÃO: <input type="text"/>	Modalidade: <input type="text"/>	Mudança de Modalidade: <input type="text"/>
Justificativa: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DO INÍCIO DA DIÁLISE: <input type="text"/>	CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Unidade de Diálise: <input type="text"/>	Nº DO PRONTUÁRIO: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Médico Avaliador: <input type="text"/>	CRM: <input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>	<input type="text"/>

Anexo VIII – b



CSRMGSP
Secretaria Municipal de Saúde
Coord. de Integração e Regulação do Sistema
CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL
DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - DIÁLISE



ALTERAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DE DIÁLISE

DATA:

Unidade de Diálise: _____

E-mail: _____ TEL./FAX: _____

NOME DO PACIENTE: _____

TEL: _____

Desligamento de programa de diálise na unidade:

Motivo: _____

Data: _____ SAÍDA POR: _____

Observação: _____

CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO TRS DA REGULAÇÃO: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Data: 13/05/2014

Este impresso deverá ser preenchido e enviado à Central Reguladora, via E-MAIL na ocasião das alterações dos programas de diálise, sendo seu envio obrigatório para liberação das vagas.

Responsabilizo-me pelas informações acima contidas (responsável técnico):

MÉDICO: _____ CRM: _____

Anexo VIII – d



CSRMGSP
Secretaria Municipal de Saúde
Coord. de Integração e Regulação do Sistema
CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL
DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - DIÁLISE



ATUALIZAÇÃO DA OCUPAÇÃO DAS UNIDADES DE DIÁLISE

DATA: 13/05/2014 UNIDADE DE DIÁLISE:

E-MAIL:

DIAS	TURNO	HEMODIÁLISE										CAPD		DPA		
		NEGATIVA		HEPATITE B		HEPATITE C		HEPATITES B + C		HIV		OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	
		OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.					
SEGUNDA	Primeiro															
QUARTA	Segundo															
SEXTA	Terceiro															
TERÇA	Primeiro															
QUINTA	Segundo															
SÁBADO	Terceiro															
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RELAÇÃO DE PACIENTES ENCAMINHADOS NAS SEMANAS ANTERIORES

NOME	AValiação AGENDADA PARA	RESOLUÇÃO	MOTIVO DA RECUSA (SE HOUVER)

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

CRM: _____

ANEXO IX

(*) 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 2014.

Representante Legal/Procurador

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