

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ALTA
COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA Nº 01 / 2018- CGAC-SMS. G**

PROCESSO: 6018.2017/0006765-0

ABERTURA: data da publicação no Diário Oficial da Cidade

ENCERRAMENTO: 24 meses após a data da publicação no Diário Oficial da Cidade

JUSTIFICATIVA:

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
- 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.

O município de São Paulo, representado pela SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, em conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93 e demais diplomas legais pertinentes, por meio do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA Nº 001 / 2018, torna público que realizará a chamada de pessoas jurídicas de direito privado interessadas em prestar serviços de Alta Complexidade em Nefrologia em Atenção à Pessoa com Doença Renal Crônica - DRC, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde – SUS do município de São Paulo, mediante a celebração de CONTRATO, considerando:

- i. A existência de demanda reprimida para serviços de Alta Complexidade em Nefrologia para Atenção à Pessoa com DRC, com base no levantamento da fila de espera e na demanda das Unidades de Saúde municipais que sinalizam a necessidade de acréscimo de 250 novas vagas para tratamento dialítico, conforme Memorando 004/2017 da Coordenadoria de Regulação do SUS – REGSUS.
- ii. A oferta de serviços de Alta Complexidade em Nefrologia para Atenção à Pessoa com DRC, disponibilizada pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, por meio de Serviços contratados, e pela SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, que é insuficiente para fazer frente à fila de espera e às solicitações recebidas mensalmente.

- iii. A necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrais no manejo de pessoas que necessitem de cuidados médicos, com vistas a minimizar danos e sofrimentos e a melhoria do acesso de pacientes ao atendimento especializado, conforme normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais da cidadania asseguradas na Constituição Federal/1988.
- iv. Que a oferta insuficiente de vagas para TRS acarreta aumento do tempo de permanência de pacientes portadores de DRC, internados nos hospitais do Município.
- v. Que a prestação de serviços de saúde não pode sofrer descontinuidade.
- vi. Portaria GM/MS nº 2.567, de 25/11/2016, que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o CREDENCIAMENTO de prestadores de serviços de saúde.

1. DO OBJETO

O presente EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA tem por objeto contratar, após sua homologação, em caráter complementar ao SUS, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, já habilitadas junto ao Ministério da Saúde ou que tenham condições para esse credenciamento, para fins de atender portadores de DRC que estão inscritos na fila de espera do município de São Paulo ou dos demais circunvizinhos.

2. DAS CONDIÇÕES GERAIS

Os serviços deverão ser prestados no município de São Paulo com foco na diminuição da demanda reprimida (fila de espera) e no atendimento daquela gerada mensalmente pelas Unidades de Saúde e encaminhada pela Central de Regulação de Nefrologia, onde existe menor oferta dessas vagas. Para cumprir com o objetivo proposto a CONTRATADA deverá:

2.1. Prestar os serviços de acordo com as diretrizes do SUS, na forma e condições a seguir elencadas, considerando:

- i. 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 TRS, conforme define a Portaria GM/MS nº 1.168, de 15/06/2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal ou outra que venha substituí-la.
- ii. 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 integram o Complexo Regulador da Atenção, previsto na Portaria GM/MS nº 1.559, de 01/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS e na Portaria GM/MS nº 841 de 02/05/2012, que estabelece a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS, ou outras normas que venham substituí-las.

- iii. A necessidade de regulamentar a atenção ao paciente portador de DRC segundo as diretrizes da Portaria SAS/MS nº 389, de 13/03/2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC e institui incentivo de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

3. DAS DIRETRIZES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS

As Instituições interessadas em participar do presente EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA deverão:

- 3.1. Estar localizadas no município de São Paulo e submeter-se às normas técnicas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 3.2. Obedecer aos requisitos da Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outra que a 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, bem como às disposições da Resolução RDC ANVISA nº 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.
- 3.3. Atender às diretrizes da Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014, ou outra que vier a substituí-la, e da Portaria GM/MS nº 1.535, de 23/07/2014, que altera os incisos I e II do Art. 27 e acresce o inciso XII ao Art. 15 da Portaria GM/MS nº 389/2014, que definem os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC e do incentivo financeiro destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico, executando os procedimentos ambulatoriais em linha de cuidado integrais de acordo com a necessidade do paciente, mediante solicitação de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC por meio do Sistema SIGA - Saúde à Coordenação de Regulação do SUS-RegSUS.
- 3.4. Realizar os serviços, objeto deste Edital, com rigorosa observância das especificações técnicas e de médico certificado como responsável técnico perante o Conselho Regional de Medicina (CRM) e Vigilância Sanitária.

- 3.5. Disponibilizar a qualquer momento, mediante solicitação da SECRETARIA MUNICIPAL, uma cópia da base de dados com todas as informações dos prontuários e exames realizados, mantendo um canal de comunicação para troca de informações.
- 3.6. Garantir que não ocorra interrupção dos serviços por falta de insumos, equipamentos, recursos humanos, entre outros.
- 3.7. Apresentar a produção mensalmente, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAi) ou Consolidado (BPA), Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), ou outro instrumento de coleta de dados implantado pelo Ministério da Saúde, à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
- 3.8. Permitir que os serviços executados sejam supervisionados por técnicos e fiscais designados pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.
- 3.9. Responsabilizar-se por todos os encargos e obrigações concernentes a legislações sociais, trabalhistas, tributárias, fiscais, comerciais, securitárias, previdenciária que resultem todas as despesas decorrentes dos serviços prestados, assim como, despesas de eventuais trabalhos não previstos, mas indispensável à execução das atividades.
- 3.10. Gerenciar e providenciar o descarte dos resíduos provenientes das atividades deste EDITAL de acordo com Grupos Resíduos (Resolução RDC ANVISA nº 306/04/ Resolução CONAMA nº 358/05).
- 3.11. Enviar, mensalmente, para SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE as planilhas de indicadores de acompanhamento e regulação, integrantes à Minuta de CONTRATO, quais sejam:
- i. ANEXO A: SOLICITAÇÃO TRS - DIÁLISE
 - ii. ANEXO B: AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE
 - iii. ANEXO C: ALTERAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DE DIÁLISE
 - iv. ANEXO D: CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SUS- REG SUS/CENTRAL DE REGULAÇÃO DE NEFROLOGIA
 - v. ANEXO E: CAPACIDADE OPERACIONAL E CENSO
 - vi. ANEXO F: INDICADORES MENSAIS DE QUALIDADE
 - vii. ANEXO G: INDICADORES TRIMESTRAIS DE QUALIDADE
 - viii. ANEXO H: RELATÓRIO MENSAL DE SAÍDA
- 3.12. Aceitar os valores constantes para prestação dos serviços contidos no objeto do presente certame e, também, estar de acordo os critérios nacionais de reajustes, publicados pelo Ministério da Saúde, nos termos do Art. 26 da Lei nº 8.080/90, ficando esclarecido que a Administração não admitirá qualquer alegação posterior que vise o ressarcimento de custos não considerados nos preços. Esses valores

poderão ser consultados por meio do site: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

4. DA IMPUGNAÇÃO DA CHAMADA PÚBLICA

- 4.1. Qualquer pessoa, física ou jurídica é parte legítima para solicitar esclarecimentos ou providências em relação a este EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA ou, ainda, para impugná-lo, desde que o faça em até 05 (cinco) dias úteis após a data de sua publicação.
- 4.2. As impugnações ou pedidos de esclarecimentos sobre o EDITAL deverão ser dirigidos a COMISSÃO EXAMINADORA DA CHAMADA PÚBLICA instituída pela Portaria nº 576/2017-SMS. G e protocolados em dias úteis, das 09h00m às 17h00m, na Rua General Jardim nº 36, 6º andar, Vila Buarque, Capital/SP.
- 4.3. A COMISSÃO EXAMINADORA deverá decidir sobre a impugnação no prazo de 03 (três) dias úteis, contados a partir da protocolização do requerimento.
- 4.4. O acolhimento de impugnação implicará na suspensão do presente EDITAL, devendo ser designada data para a publicação de novo CHAMAMENTO.
- 4.5. A solicitação de impugnação deverá, obrigatoriamente, estar acompanhada de apresentação de CPF ou RG, em se tratando de pessoa física, e de CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica (por documento original ou cópia), 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.

5. DOS IMPEDIMENTOS

Não poderá participar deste EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA, a Instituição que:

- 5.1 Estiver em processo de insolvência ou dissolução.
- 5.2 Estiver em processo de falência ou recuperação judicial.
- 5.3 Estiver cumprindo penalidade de suspensão do direito de contratar com a Administração nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal.
- 5.4 Tenha sido declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração, por qualquer órgão da Administração Direta e Indireta Federal, Estadual ou Municipal.
- 5.5 Estiver enquadrado nas disposições do Art. 9º da Lei Federal nº 8.666/93, que regulamenta o Art. 37, inciso XXI da Constituição Federal, que institui normas para licitações e CONTRATOS da Administração Pública e dá outras providências e suas alterações posteriores.

5.6 Possua servidor (es) público (s) da PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO como integrante(s) de seu quadro social.

5.7 Já possua convênio ou CONTRATO de prestação de serviços de assistência saúde complementar ao SUS sob a gestão de outras esferas federativas.

6. DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

6.1 Serão qualificadas as Instituições que, documentalmente, atenderem aos requisitos descritos no item 7.

6.2 A Comissão Examinadora da Chamada Pública poderá aceitar protocolo das certidões e documentos comprobatórios de regularidade, desde que a Instituição entregue as certidões quando da celebração do CONTRATO.

6.3 A Comissão Examinadora da Chamada Pública analisará o conjunto da documentação no prazo de 07 (sete) dias úteis da entrega do envelope contendo os documentos relacionados no item 7 e publicará o resultado da habilitação no Diário Oficial da Cidade de São Paulo – DOC/SP.

6.4 As Instituições que não atenderem aos requisitos exigidos pelo presente EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA serão consideradas inabilitadas.

6.5 A Comissão Examinadora da Chamada Pública, se entender necessário, poderá solicitar vistoria à instituição, com emissão de relatório da visita.

7. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

O presente EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA terá duração de 02 anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da Cidade, podendo ser prorrogado por igual período.

Os interessados deverão entregar cópias dos documentos abaixo relacionados diretamente na SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, situada na Rua General Jardim, nº 36, 6º andar, nos dias úteis das 09h00 às 17h00, em envelope identificado, lacrado e endereçado conforme **ANEXO III**, além dos documentos descritos a seguir:

7.1. OFÍCIO DIRIGIDO AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE, em papel timbrado da instituição, subscrito por responsável legal, juntamente com documentação comprobatória da sua capacidade jurídica, técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista por meio de cópias ou protocolos dos documentos, listando todos os que forem entregues conforme discriminados a seguir:

- a) No Ofício, a Instituição deverá relacionar os documentos enviados.
- b) O Ofício deverá conter e-mail e telefones do responsável legal.
- 7.2. Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ):
http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp
- 7.3. CONTRATO ou Estatuto Social, devidamente registrado.
- 7.4. Alterações posteriores do CONTRATO se houver.
- 7.5. Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social.
- 7.6. Registro Geral (RG) do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição.
- 7.7. Cadastro de Pessoa Física (CPF) do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição.
- 7.8. Registro Geral (RG) do RESPONSÁVEL TÉCNICO pela Instituição.
- 7.9. Cadastro de Pessoa Física (CPF) do RESPONSÁVEL TÉCNICO pela Instituição.
- 7.10. Inscrição no Conselho Regional de Medicina do RESPONSÁVEL TÉCNICO pela Instituição.
- 7.11. Declaração dos sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo (como Servidor e/ou Funcionário Público) ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde em qualquer nível e no âmbito do Município de São Paulo (**ANEXO IV**).
- 7.12. Declaração de inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a administração pública (**ANEXO V**).
- 7.13. Declaração do Representante legal, quando se tratar de Instituição sem fins lucrativos, em cumprimento ao Art. 7º do Decreto nº 53.177 de 04 de junho de 2012, nos moldes do **ANEXO VI**.
- 7.14. Certidão de QUITAÇÃO Eleitoral do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral: <http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
- 7.15. Certidão negativa de CRIMES Eleitorais do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral: <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais>



- 7.16. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas: <http://www.tst.jus.br/certidao>
- 7.17. Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia - CRF: <https://www.sifge.caixa.gov.br/Cidadao/Crf/FgeCfSCriteriosPesquisa.asp>
- 7.18. 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>
- 7.19. Certidão Negativa de Tributos Mobiliários da PMSP ou sua isenção:

<http://www3.prefeitura.sp.gov.br/certidaotributaria/forms/frmConsultaEmissaoCertificado.aspx>
- 7.20. Certificado de Registro da instituição no Conselho Regional de Medicina do (CRM).
- 7.21. Alvará Sanitário ou laudo de inspeção expedido pela Vigilância Sanitária competente (SIVISA - ESTADUAL ou Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde (CMVS) - MUNICIPAL).
- 7.22. Licença de Funcionamento expedida pela Prefeitura Regional.
- 7.23. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES com dados devidamente atualizados.
- 7.24. Certificado de Instituição Beneficente de Assistência Social - CEBAS ou a Certidão de validade emitida pelo CNAS, se houver.
- 7.25. Cadastro Único das Entidades Parceiras do Terceiro Setor - CENTS (Lei nº 14.469 de 05/07/2007, no caso de Instituições sem fins lucrativos).
- 7.26. 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.



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 dos termos de abertura e de encerramento.

7.27. A empresa deverá apresentar ANÁLISE ECONÔMICA FINANCEIRA nos termos do **ANEXO VII**, restando consignado que não será habilitada a instituição que obtiver índices de liquidez corrente, liquidez e solvência geral menor que 1,00.

7.28. 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:

7.28.1. Somente as Instituições 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.

7.29. Instituições optantes pelo “Simples Nacional”:

7.29.1. 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.

7.29.2. De acordo com o art. 13ª da Resolução CGSN 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.

7.29.3. 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.

7.29.4. Deverão apresentar balanço e demonstrações contábeis do último exercício.

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

7.31. 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 VIII).

7.32. Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição (ANEXOS IX e X) que, expressamente, 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.

7.33. Apresentar Plano de Trabalho discriminando os serviços ofertados mensalmente para a CONTRATANTE:

7.33.1. Estimativa mensal dos procedimentos, utilizando-se do modelo da FPO (ANEXO II) na ótica linha de cuidado integral de assistência de acordo com a necessidade do paciente.

7.33.2. Por faixa etária (crianças e/ou adultos).

7.33.3. Por pacientes com Sorologia positiva para HIV, Hepatite B e/ou Hepatite C.

7.34. Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, a CONTRATANTE aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data da sua apresentação.

8. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

8.1. Até 05 (cinco) dias úteis após a publicação do resultado, qualquer interessado poderá interpor recurso.

8.2. Os recursos deverão ser dirigidos a COMISSÃO EXAMINADORA e protocolizados em dias úteis, das 09h00 às 17h00, na Rua General Jardim Nº 36, 6º andar, Vila Buarque, Capital, por meio de ofício acondicionado em envelope lacrado.

8.3. A Instituição requerente deverá argumentar e comprovar, de forma clara e objetiva, as razões que a levam ao pedido.

8.4. 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.

- 8.5. Das decisões proferidas pela COMISSÃO EXAMINADORA caberá recurso dirigido ao Secretário Municipal de Saúde, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados a partir da data de publicação. O resultado será publicado no DOCSP.
- 8.6. A Instituição que for considerada inabilitada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis contados a partir da data de publicação da relação daquelas consideradas habilitadas no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 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.
- 8.7. Os prazos somente começam a correr a partir do primeiro dia útil após a publicação no Diário Oficial da Cidade.

9. DA HOMOLOGAÇÃO

A homologação das habilitadas ao CREDENCIAMENTO ocorrerá em até 05 dias úteis a partir da data de publicação do resultado no Diário Oficial da Cidade.

O prazo de validade do CREDENCIAMENTO das entidades será de até 02 (dois) ano, a contar da data de publicação no Diário Oficial da Cidade.

10. DA CONTRATAÇÃO

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE celebrará CONTRATO de prestação de serviço com as Instituições habilitadas conforme disposições da Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014, ou outra que vier a substituí-la, preferencialmente as filantrópicas sem fins lucrativos, seguida pelas privadas com fins lucrativos nos termos da Minuta do CONTRATO (ANEXO I).

10.1. Administração não se obriga a contratar todos os serviços oferecidos, mas a quantidade necessária para atender a demanda e de acordo com a DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ANEXO XI).

10.2. As Instituições deverão arcar com todos os encargos de sua atividade, sejam eles trabalhistas, sociais, previdenciários, fiscais ou comerciais.

10.3. Por ocasião da assinatura do CONTRATO as Instituições habilitadas deverão apresentar:

- i. Comprovante de Conta Corrente no Banco do Brasil (cópia de folha de cheque ou de extrato de conta corrente, ou declaração de abertura de conta corrente emitida pela

gerência da agência no caso de conta nova) de acordo com o Decreto nº 51.197 de 22/1/2010.

- ii. Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES no município de São Paulo, contendo a relação de todos os equipamentos e profissionais de saúde envolvidos na prestação dos serviços.
- iii. Cópia do Alvará Sanitário ou laudo de inspeção expedido pela Vigilância Sanitária competente (SIVISA – ESTADUAL ou CMVS – MUNICIPAL) do município de São Paulo.
- iv. Cadastro Informativo Municipal – CADIN:
http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadin/Pesq_Deb.aspx
- v. Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ):
Site: http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp
- vi. CONTRATO ou Estatuto Social, devidamente registrado.
- vii. Alterações posteriores do CONTRATO se houver.
- viii. Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social.
- ix. Registro Geral (RG) do responsável legal pela Instituição.
- x. Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável legal pela Instituição.
- xi. Registro Geral (RG) do responsável técnico pela Instituição.
- xii. Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável técnico pela Instituição
- xiii. Inscrição no Conselho Regional de Medicina do RESPONSÁVEL TÉCNICO pela Instituição.
- xiv. Declaração dos sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo (como Servidor e/ou Funcionário Público) ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde, em qualquer nível, e no âmbito do Município de São Paulo (ANEXO IV).
- xv. Declaração de inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a administração pública.
- xvi. Declaração do REPRESENTANTE LEGAL, quando tratar-se de Instituição sem fins lucrativos, em cumprimento ao Art. 7º do Decreto nº 53.177 de 04 de junho de 2012, nos moldes do ANEXO VI.
- xvii. Certidão de QUITAÇÃO Eleitoral do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição, emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Site: <http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
- xviii. Certidão negativa de CRIMES Eleitorais do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição, emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral: Site: <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais>

- xix. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas: Site: <http://www.tst.jus.br/certidao>
- xx. Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia – CRF:
Site: <https://www.sifge.caixa.gov.br/Cidadao/Crf/FgeCfSCriteriosPesquisa.asp>
- xxi. Certidão Conjunta Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União, expedido pelo Ministério da Fazenda: Site:
<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATSP0/Certidao/CndConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1>
- xxii. Certidão Negativa de Tributos Mobiliários da PMSP ou sua isenção:
Site: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/certidaotributaria/forms/frmConsultaEmissaoCertificado.aspx>
- xxiii. Certificado de Registro da instituição no Conselho Regional de Medicina do (CRM).
- xxiv. Alvará Sanitário ou laudo de inspeção expedido pela Vigilância Sanitária competente (SIVISA – ESTADUAL ou Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde (CMVS) – MUNICIPAL).
- xxv. Licença de Funcionamento expedida pela Prefeitura Regional.
- xxvi. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, com dados devidamente atualizados.
- xxvii. Certificado de Instituição Beneficente de Assistência Social – CEBAS se houver.
- xxviii. Cadastro Único das Entidades Parceiras do Terceiro Setor - CENTS (Lei nº 14.469 de 05/07/2007, no caso de Instituições sem fins lucrativos).
- xxix. 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 VIII**).
- xxx. Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição, conforme **ANEXO V** que, expressamente, 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.
- xxxi. Cópias das Portarias expedidas pelo Ministério da Saúde relativas aos serviços para os quais se encontra habilitado, se houver.
- 10.4.** A apresentação de pendências no CADIN MUNICIPAL, instituído pela Lei. 14.094, de 06 de dezembro de 2005, ou a não comprovação pelas entidades sem fins lucrativos que seus diretores não incidem nas hipóteses de inelegibilidade, conforme estabelecido na Emenda nº 35 à Lei Orgânica do Município de São Paulo, regulamentado pelo Decreto 53.177/2012, impedem a celebração do CONTRATO.

10.5. As Instituições qualificadas no presente certame, que ainda não foram habilitadas para os serviços propostos por meio de Portarias Ministeriais, deverão submeter-se a habilitação nos moldes das respectivas Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde com apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e posterior publicação no Diário Oficial da União para início dos serviços objeto do CONTRATO.

11. DO PREÇO, DOS RECURSOS FINANCEIROS E DO PAGAMENTO.

11.1. De acordo com Art. 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 e OPM do Sistema Único de Saúde 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.

11.2. 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.

11.3. As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde deverão onerar as dotações orçamentárias.....

11.4. As Instituições contratadas deverão apresentar mensalmente a produção de acordo com o cronograma estabelecido pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada - BPAi ou Consolidado - BPA, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC ou outro instrumento de coleta de dados implantado pelo Ministério da Saúde, à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

11.4.1. Após o processamento da produção apresentada mensalmente pelos sistemas do Ministério da Saúde, o valor aprovado será informado pelo Departamento de Contratos Assistenciais Complementares para que seja emitida Nota Fiscal referente aos serviços prestados.

12. DAS PENALIDADES DO CONTRATO

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

12.1.1. Advertência

12.1.2. Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 02 (dois) anos

12.1.3. 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 à administração dos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior.

12.2. A Multa será cobrada, segundo os seguintes critérios:

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

12.2.2. 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.

12.2.3. 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 CONTRATO ou com as normas legais e infra legais, aplicáveis à espécie.

12.2.4. 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.

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

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

12.2.7. As sanções previstas nos itens 12.2.1, 12.2.2, 12.2.3 desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com multa.

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

12.2.9. A imposição de qualquer das sanções não ilidirá o direito da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 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.

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

13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

13.1. Quaisquer elementos, informações ou esclarecimentos relacionados a este EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA poderão ser obtidos mediante solicitação por escrito junto à COMISSÃO EXAMINADORA DA CHAMADA PÚBLICA.

13.2. À critério da COMISSÃO EXAMINADORA será admitida a complementação de material ou documentação relacionados neste EDITAL, caso haja incorreção ou se verifique estar incompleto o rol ofertado, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis a partir da comunicação da irregularidade.

13.3. 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 às Instituições interessadas qualquer direito à indenização.

13.4. Será descredenciada, a critério da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, a qualquer tempo, a Instituição 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.

13.5. A documentação recepcionada no presente EDITAL será totalmente digitalizada conforme Art. 2.º do Decreto Municipal n.º 55.838 de 15/01/2015, regulamentado pela Portaria n.º 61/15 – SMG, Seção III e seu Art. 25 e parágrafos.

13.6. Por meio de celebração de Termo Aditivo a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE poderá:

13.6.1. Definir nova forma de financiamento, no caso de ulterior Portaria do Ministério da Saúde definindo recursos para a execução do CONTRATO.

13.6.2. Redefinir os quantitativos físico-financeiros em decorrência da revisão da demanda.

13.6.3. Acrescentar procedimentos que venham a ser incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde por meio de Portarias do Ministério da Saúde.

13.7. 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 de 2018.

PRESIDENTE DA COMISSÃO

ANEXO I

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO Nº/SMS. G/2018

PROCESSO ADMINISTRATIVO

Nº

CONTRATANTE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CONTRATADA

OBJETO DO CONTRATO

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM UNIDADE 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. **WILSON MODESTO POLLARA**, 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 19/09/1990, 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 da **CONTRATADA** na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de acordo com as diretrizes do SUS estabelecidas na Portaria nº 389, de 13/03/2014, 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).

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.

Parágrafo segundo. Os Serviços 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 _____.

Parágrafo terceiro. Os serviços ambulatoriais ora contratados obedecerão aos valores quantitativos e financeiros estimados conforme Ficha de Programação Orçamentária – FPO (**ANEXO II**), que integra este instrumento, para todos os efeitos legais.

Parágrafo quarto. 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 quinto: 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.

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 nº 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 (LANCHE) ao paciente no dia do procedimento dialítico.
- c. Confeção da fístula arteriovenosa de acesso a Hemodiálise ou o implante de cateter para Diálise Peritoneal.
- d. Realizar uma ou mais modalidades de TRS para tratamento da pessoa com DRC.
- e. Na impossibilidade de realização de TRS para pacientes com sorologias positivas, a **CONTRATADA** deverá possuir convênio ou CONTRATO formal com outro serviço, conforme Art. 11 da Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014.
- f. Realizar periodicamente, em seus pacientes, os exames definidos nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC 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, em plenas condições de funcionamento.
- i. Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise e garantir a estabilização do paciente.
- j. Serviço de enfermagem com enfermeiro especialista em Nefrologia.
- k. Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo e outros quando indicadas.
- l. Mecanismos que garantam a continuidade da atenção, quando houver necessidade de remoção.
- m. Enviar mensalmente par a **CONTRATANTE** os seguintes relatórios e planilhas:
 - i. ANEXO A: SOLICITAÇÃO TRS - DIÁLISE
 - ii. ANEXO B: AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE
 - iii. ANEXO C: ALTERAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DE DIÁLISE
 - iv. ANEXO D: CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SUS- REG SUS/CENTRAL DE REGULAÇÃO DE NEFROLOGIA
 - v. ANEXO E: CAPACIDADE OPERACIONAL E CENSO
 - vi. ANEXO F: INDICADORES MENSAIS DE QUALIDADE
 - vii. ANEXO G: INDICADORES TRIMESTRAIS DE QUALIDADE
 - viii. ANEXO H: RELATÓRIO MENSAL DE SAÍDA

- n. Anualmente, até o 15º dia útil de janeiro, enviar as planilhas da Capacidade Operacional e Censo Mensal, dos Indicadores de Qualidade Mensais e Trimestrais preenchidas de janeiro a dezembro, impressas e devidamente assinadas pelo Diretor, Responsável Técnico e Responsável pelo envio mensal das informações.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DO ATENDIMENTO

A **CONTRATADA** colocará à disposição do SUS a sua capacidade instalada necessária para o atendimento do volume assistencial definido na Programação Físico-Orçamentária (FPO), de acordo com os seguintes parâmetros:

- 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 contra referência do Sistema Único de Saúde (SUS) e sem prejuízo da observância das ações da Coordenadoria de Regulação do SUS/SP - REGSUS deste Município, utilizando os seguintes formulários:
 - i. SOLICITAÇÃO TRS - DIÁLISE (**ANEXO A**)
 - ii. AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE (**ANEXO B**)
- c. Gratuidade das ações e dos serviços de saúde ao usuário executados no âmbito deste CONTRATO.
- d. Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS.
- e. Contribuir para a elaboração e implementação de protocolos técnicos de atendimento e de encaminhamento para as ações de saúde.
- f. Estabelecimento de metas quantitativas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse CONTRATO.
- g. Educação permanente de recursos humanos.
- h. Aprimoramento da atenção à saúde.
- i. 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 quarto 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 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:

- 1) Será vedada cobrança por serviços médicos, ambulatoriais e outros complementares da assistência devida à pacientes.
- 2) 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. A **CONTRATADA** obriga-se a enviar, mensalmente, à **CONTRATANTE**, por meio da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), bem como Departamento de Contratos Assistenciais Complementares e Coordenadoria de Regulação do Município – REG SUS/ Central de Regulação de Nefrologia, 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 nono. A **CONTRATADA** obriga-se a informar a Coordenadoria de Regulação do Município – REG SUS com a periodicidade estabelecida pela Central de Regulação de Nefrologia/Disque Diálise, os seguintes dados necessários para atualização do sistema:

- a. Número de vagas disponíveis (**ANEXO D - CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SUS- REG SUS/CENTRAL DE REGULAÇÃO DE NEFROLOGIA**)
- 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 de Nefrologia - **AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE (ANEXO B)** e, no caso da recusa do encaminhamento pelo **CONTRATADA**, o mesmo deverá ser justificado.
- d. Encaminhar mensalmente por e-mail, até o 10º dia útil, para o Departamento de Contratos Assistenciais Complementares as seguintes planilhas: Capacidade Operacional e Censo Mensal, Indicadores Mensais e Trimestrais de Qualidade, Relatório Mensal de Saída (**ANEXOS E, F, G, H**).
 - i. Anualmente, até o 15º dia útil de janeiro, encaminhar as planilhas impressas devidamente preenchidas e assinadas à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

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

Parágrafo onze. 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 doze. 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 treze. O prontuário único deve conter registros de todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente.

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

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

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

Parágrafo vinte e dois. 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 descreva 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 nº 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 três. A CONTRATADA obriga-se a fornecer aos pacientes ou seus responsáveis legais, 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
- f. O cabeçalho do documento conterá 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 quatro. A CONTRATADA fica obrigada a seguir as normas do SUS, elencadas e definidas:



- a. 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.
- b. RDC ANVISA nº 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/MS nº 1.535, de 23/07/2014, que 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. Manter atualizado o Alvará Sanitário emitido pela Vigilância em Saúde competente.
- 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 10/03/2005 ou outra que venha a substituí-la.
- i. Submeter-se à Política de Regulação do Gestor dispondo a totalidade dos serviços contratados para a Central de Regulação de Nefrologia do 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.
 - ii. Que todo usuário do SUS saiba nomear quem são os profissionais que cuidam da sua saúde.

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

CLÁUSULA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

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 SECRETARIA.

Parágrafo primeiro. A **CONTRATADA** deverá arcar com todos os encargos de sua atividade, sejam eles trabalhistas, sociais, previdenciários, fiscais ou comerciais;

Parágrafo segundo. 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**.

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

Parágrafo quinto. 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 e OPM do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo primeiro. As despesas decorrentes de atendimento ambulatorial e SADT consignados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) tem valor estimado anual de R\$(.....) correspondendo a R\$ (.....) mensais, conforme estimativa físico-financeira constante na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) parte integrante deste Termo, sendo a estimativa de R\$ (.....) mensais para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e o limite de R\$(.....) 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 Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

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, referentes ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), além dos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Parágrafo quinto. Por meio de celebração de Termo Aditivo ou Apostilamento a SECRETARIA poderá:

- a) Redefinir os quantitativos físico-financeiros, em decorrência da revisão da demanda pelos serviços de Terapia Renal Substitutiva que se fizerem necessários para redução da fila de espera deste Município.
- b) Acrescentar procedimentos que venham a ser incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde por meio de Portarias do Ministério da Saúde.

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 de produção aprovada, após o sistema validar a consistência dos dados do procedimento realizado e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizado.

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, que são gerenciados pela CONTRATANTE.

Parágrafo quarto. A **CONTRATANTE**, após a revisão dos documentos, efetuará o pagamento do valor finalmente apurado e aprovado, depositando-o na conta da **CONTRATADA** no BANCO DO BRASIL (001) Conta Corrente nº, Agência, a partir da data em que se efetivar o crédito financeiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS) no Fundo Municipal de Saúde (FMS).

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 Divisão de Sistemas de Produção e Cadastro do SUS, 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.

- i. 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** poderá realizar a qualquer tempo 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 rescisão deste CONTRATO ou a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo quarto. A fiscalização exercida pela **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados 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:

- 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 infra legais, 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.

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, h 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.

Parágrafo sétimo. O não pagamento de multas no prazo previsto ensejará a inscrição do respectivo débito no CADIN e no Sistema Municipal da Dívida Ativa, bem como o ajuizamento do competente processo de execução fiscal.

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 PRAZOS RECURSAIS

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 SÉTIMA - 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 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, ____ de ____ de 2.018

CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

ANEXO II

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FPO

Nome da Instituição

Processo administrativo nº.....

CONTRATO /SMS-G/2018

Código	Procedimentos	Físico	VI. Unit. (R\$)	VI. Total (R\$)
202010023	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO			
202010210	DOSAGEM DE CALCIO			
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL			
202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL			
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL			
202010317	DOSAGEM DE CREATININA			
202010384	DOSAGEM DE FERRITINA			
202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO			
202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA			
202010430	DOSAGEM DE FOSFORO			
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE			
202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA			
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO			
202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES			
202010635	DOSAGEM DE SODIO			
202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)			
202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXI VITAMINA D			
202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA			
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS			
202010694	DOSAGEM DE UREIA			
202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA			
202020371	HEMATOCRITO			
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO			
202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)			
202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)			



202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)			
202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DA HEPATITE B (ANTI HBC - IGG)			
202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)			
202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)			
202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)			
202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO			
202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)			
202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO			
202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)			
202080080	CULTURA DE BACTERIAS PARA IDENTIFICACAO			
202080153	HEMOCULTURA			
202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS			
204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)			
205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL			
205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO			
211020036	ELETROCARDIOGRAMA			
211080020	GASOMETRIA			
301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
TOTAL FINANCIAMENTO BLOCO DE CUSTEIO /AT. MÉDIA COMPLEXIDADE				
305010093	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)			
305010107	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)			
305010115	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)			
305010123	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DO HIV (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSAO / SEMANA)			
305010166	MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC			
305010182	TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)			



305010204	HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO DE 04 SESSÕES POR SEMANA)			
418010013	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)			
418010021	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO			
418010030	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE			
418010048	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE			
418010064	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE			
418010080	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC			
418020019	INTERVENCAO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA			
418020027	LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA			
418020035	RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA			
702100013	CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE			
702100021	CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE			
702100030	CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA			
702100048	CONJUNTO TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)			
702100056	CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE-15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E			
702100064	CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADE			
702100072	CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE			
702100080	CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)			
702100099	DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN			
702100102	GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN			
TOTAL FINANCIAMENTO FAEC - NEFRO				



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RESUMO FINANCEIRO	MENSAL (R\$)	ANUAL (R\$)
MEDIA COMPLEXIDADE		
FAEC/ TRS FPO		
TOTAL		



ANEXO III

Modelo de envelope

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ Divisão-de Controle / DCAC – SMS.G

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ALTA

COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA - Nº 001/2018

Rua General Jardim, nº 36, 6º andar - Vila Buarque – CEP 01223-010

São Paulo - SP

(NOME DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)

ANEXO IV - DECLARAÇÃO

(A ser preenchida pelo Presidente/Diretor(es) e sócios da Empresa)

Nos termos do Art. 9º da **Lei nº 8.666**, de 21/06/1993, que regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, que institui normas para licitações e CONTRATOS da Administração Pública e dá outras providências, e do Art. 179 da **Lei nº 8.989/79 - Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo** é proibido ao funcionário toda ação ou omissão capaz de comprometer a dignidade e o decoro da função pública, ferir a disciplina e a hierarquia, prejudicar a eficiência do serviço ou causar dano à Administração Pública, especialmente incisos XV e XVI, eu, (nome completo)....., portador do RG....., CPF, brasileiro(a), residente à na qualidade de proprietário(a) / Presidente / Diretor / Sócio(a) / Procurador da (nome da empresa) CNPJ..... com sede à Rua..... CEP.....São Paulo, declaro que **NÃO** sou servidor público municipal, **NÃO** ocupo cargo público ou função pública de chefia ou assessoramento na área pública da Prefeitura do município de São Paulo e que **NÃO** possuo em meu quadro social / societário servidor(es) público(s) municipal(ais) independente da posição ocupada por este(s) nos quadros do funcionalismo municipal.

Data

Assinatura

Nome completo

ANEXO V - DECLARAÇÃO

**Declaração de inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a
Administração Pública**

À
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu....., RG nº, CPF nº
responsável legal da Empresa, pessoa jurídica de direito privado, devidamente
inscrita no CNPJ/MF sob nº, com sede na Rua DECLARO para os devidos fins
de direito e sob as penalidades cabíveis, a inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar
com a Administração Pública em nível federal, estadual ou municipal, e estar ciente da obrigatoriedade
de declarar ocorrências posteriores.

Data

Assinatura

Nome completo

ANEXO VI - DECLARAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS:

NOME: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

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

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 18/05/1990, alterada pela Lei Complementar nº 135, de 4/06/2010, que são descritas no artigo 1º do Decreto nº 53.177, de 04/06/2012, 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 29/08/1983 e no art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do declarante

ANEXO VII

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 VIII - DECLARAÇÃO

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

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

(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 21/06/1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27/10/1999, 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 quatorze anos.

São Paulo, de de 2018.

Representante Legal/Procurador

ANEXO IX

**RELATÓRIO FÍSICO-FUNCIONAL DA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM
NEFROLOGIA**

I. IDENTIFICAÇÃO

Razão Social:

Fantasia:

Endereço:

Bairro:

CEP:

CNPJ:

CNES:

Telefone:

E-mail:

Responsável Técnico: _____ CRM: _____

Título de Especialista: SIM () NÃO ()

Responsável Técnico: _____ COREN: _____

Título de Especialista: SIM () NÃO ()

Em curso () Indicar a Instituição: _____

II. LICENÇA DE FUNCIONAMENTO:

III. NATUREZA

Público () Filantrópico () Privado ()

IV. LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DE DIALISE:

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

V. QUANTITATIVO DE PONTOS DISPONÍVEIS POR TIPOS DE DIALISE E SOROLOGIA

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

Tipos de Sorologia de Pacientes	SUS	Não SUS	Total
Não contaminados			
HCV+			
HIV			
HBsAg+			
HCV+ / HIV+			
Total			

VI. Realiza Diálise em Criança?

SIM () NÃO ()

VII. 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 ()

VIII. SERVIÇOS COMPLEMENTARES UTILIZADOS

Serviço de Nutrição e Dietética Nome/CRN/carga horária	Vínculo CLT () Autônomo () Empresa contratada ()
	Se terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Serviço de Assistência Social Nome/CRESS/carga horária	Vínculo CLT () Autônomo () Empresa contratada ()
	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Serviço de Psicologia Nome/CRP/carga horária	Vínculo CLT () Autônomo () Empresa contratada ()
	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()

Serviço que realiza Fístula Arteriovenosa	Próprio () Autônomo () Empresa contratada ()
	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Serviço que instala Cateter para DPAC	Próprio () Autônomo () Empresa contratada ()
	terceirizado: Próprio () Empresa () Se terceirizada data do CONTRATO Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Laboratório de Análises Clínicas	Próprio () Empresa contratada ()
	terceirizado: Início __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Laboratório de Histocompatibilidade	Próprio () Empresa contratada ()
	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Laboratório de Microbiologia	Próprio () Empresa contratada ()
	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Serviço de Manutenção De Equipamentos	Próprio () Empresa contratada ()
	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
Serviço de Manutenção De	Próprio () Empresa contratada ()

Equipamentos	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	Próprio () Empresa contratada ()
Serviço de Manutenção do Tratamento d'Água	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	Próprio () Empresa contratada ()
Serviço de Análise d'Água	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	Próprio () Empresa contratada ()
Serviço de Manutenção do Gerador de energia	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	Próprio () Empresa contratada ()
Outros Serviços	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()
	Próprio () Empresa contratada ()
Outros Serviços	terceirizado: Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: __/__/____ Vencimento: __/__/____ Indet. ()



IX. Outros Serviços:

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

X. Outros profissionais:

Cirurgião Vascular SIM () NÃO ()

Farmacêutico SIM () NÃO ()

Outros (especificar) _____

XI. 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	()	()
Ambú com reservatório	()	()
Material completo para intubação endotraqueal	()	()
Medicamentos para atendimento de Emergência	()	()
Aparelho de Ventilação pulmonar mecânica	()	()
Aspirador de secreções portátil	()	()
Aspirador de secreções	()	()

XII. CAPACIDADE INSTALADA

1. Hemodiálise - HD

- i. Última visita da COVISA/SIVISA : __ / __ / ____ Há pendência? SIM () NÃO ()
- ii. Capacidade instalada de HD (Nº de pontos de água x Nº turno x 2 grupos de sessões): ____ pacientes
- iii. Capacidade instalada HD atual (Nº de máquinas x Nº turno x 2 grupos de sessões): ____ pacientes
- iv. Previsão de oferta para o SUS para HD: ____ pacientes.

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

- i. CAPD: SIM () NÃO ()
- ii. DPA: SIM () NÃO ()
- iii. Sala de Treinamento: SIM () NÃO ()
- iv. Previsão de oferta para o SUS para CAPD: ____ pacientes
- v. Previsão de oferta para o SUS para DPA: ____ pacientes



XIII. EQUIPAMENTOS PARA HEMODIALISE

Distribuição de máquinas por sala de Hemodiálise

(I) Sala HbsAg negativo: SIM () NÃO ()

Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

(II) Sala HbsAg positivo: SIM () NÃO ()

Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

(III) 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 ()

(IV) Nº de Sala de reuso de capilar exclusiva para pacientes:

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

XIV. 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 ()

XV. SERVIÇOS COMPLEMENTARES

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

Total de salas utilizadas para atendimento ambulatorial: _____ salas.

XVI. ATIVIDADES EDUCATIVAS DE ATENÇÃO AOS PACIENTES EM DÍALISE

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

Programa aos portadores de Diabetes SIM () NÃO ()

Outros (quais?) _____

XVII. AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO

O prontuário é único? SIM () NÃO ()

O preenchimento atende ao disposto no Código de Ética Médica e na Resolução nº 1.638, de 10/07/2002? SIM () NÃO ()

Data: __/__/2018

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico

ANEXO X - RECURSOS HUMANOS

Equipe Médica

Médico Responsável Técnico:	CRM	Especialidade: Nefrologia	
Responsável por um único serviço		SIM ()	NÃO ()

Outros Médicos:			
Nome	CRM	Especialidade: Nefrologia	
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()

Equipe de Enfermagem

Enfermeiro Responsável Técnico:	COREN	Especialidade em Nefrologia	
Responsável por um único serviço		SIM ()	NÃO ()

Outros Enfermeiros

Nome	COREN	Especialidade em Nefrologia	
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()
		SIM ()	NÃO ()

Profissionais de Enfermagem - 1º Turno (se necessário incluir mais linhas)

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

Profissionais de Enfermagem - 2º Turno (se necessário incluir mais linhas)

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

Profissionais de Enfermagem - 3º Turno (se necessário incluir mais linhas)

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

]

Outros Profissionais

NOME	CATEGORIA	Nº DE CONSELHO DE CLASSE
1.	Assistente Social	
2.	Psicólogo	
3.	Nutricionista	
4.	Farmacêutico	
Funcionário exclusivo para limpeza	SIM () NÃO ()	

Data: __ / __ / 2018

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO B



Coordenadoria de Regulação do SUS - REG SUS
Central de Regulação de Nefrologia



AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE

DADOS DO PACIENTE

Nome:	_____	Cartão SUS:	_____
Estado Civil:	_____	CPF:	_____
Idade:	_____	Endereço:	_____
TEL:	_____	Bairro:	_____
Cidade:	_____	Responsável:	_____

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Observação:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

CONCLUSÃO:	_____	Modalidade:	_____	Mudança de Modalidade:	_____
Justificativa:	_____				

Unidade de Diálise:	_____	CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO:	_____	Nº DO PRONTUÁRIO:	_____
Médico Avaliador:	_____	CRM:	_____	Data:	_____
E-mail:	_____				



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO C



Coordenadoria de Regulação do SUS - REG SUS
Central de Regulação de Nefrologia
ALTERAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DE DIÁLISE



Unidade de Diálise: _____

E-mail da unidade: _____

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: _____

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: _____

Observação: _____

CONCLUSÃO: _____

Modalidade: _____

Mudança de Modalidade: _____

Justificativa: _____

CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO: _____

Unidade de Diálise: _____

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Médico Avaliador: _____

CRM: _____

E-mail: _____

Data: _____

ANEXO D



Coordenadoria de Regulação do SUS - REG SUS
Central de Regulação de Nefrologia



UNIDADE: _____

DATA: _____

EMAIL: _____

HEMODIÁLISE										PERITONIAL			
NEGATIVA		HEPATITE B		HEPATITE C		HEPATITES B + C		HIV		CAPD		DPA	
OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.	OCUP.	DISP.

TOTAL DE OCUPAÇÃO HEMODIÁLISE: 0

TOTAL OCUPAÇÃO PERITONIAL: 0

TOTAL DISPONÍVEIS HEMODIÁLISE: 0

TOTAL DISPONÍVEIS PERITONIAL: 0

Médico responsável: _____ CRM: _____

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- 1) As vagas ocupadas e as disponíveis são relativas exclusivamente ao SUS.
- 2) A ocupação (OCUP.) deve expressar a realidade do momento do preenchimento da planilha.
- 3) A planilha deve ser encaminhada, impreterivelmente toda segunda feira, por email:
cdialisetrs@prefeitura.sp.gov.br
- 4) Mesmo que não haja vaga disponível a planilha deve ser encaminhada com os campos disponíveis (DISP.) zerado (0)
- 5) Todos os campos devem estar preenchidos.
- 6) É obrigação contratual o encaminhamento da planilha de vagas e o seu não envio implica em descumprimento contratual.



ANEXO E - CAPACIDADE OPERACIONAL e CENSO

Tels. (fixo e celular se houver):

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ANEXO F

- Indicadores Mensais de Qualidade

Nome da Instituição		
CNPJ:		
CNES:		
Endereço com CEP:		
Diretor:	E-mail:	
Responsável técnico:	E-mail:	
Responsável pela informação:	E-mail:	Tels. (fixo e celular se houver):

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]



ANEXO G

Nome da Instituição

CNPJ:

CNES:

Endereço com CEP:

Director:

E-mail:

Responsável técnico:

E-mail:

Responsável pela informação:

E-mail:

Tels. (fixo e celular se houver):

AVALIAÇÃO TRIMESTRAL DO SERVIÇO DE DIÁLISE - Portaria GM nº 389 de 13/03/2014

[illegible]



ANEXO H - RELATÓRIO MENSAL DE SAÍDAS

Tels. (fixo e celular se houver):

[illegible]