

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

Contratação em caráter de Emergência de empresa especializada para prestação de serviços de transporte/ remoção terrestre de pacientes adultos, pediátricos, lactentes e neonatal em ambulâncias Tipo B (Suporte Básico) e Tipo D (UTI Móvel) com cobertura de 24 horas, para as unidades pertencentes à Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) durante o enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus.

2. OBJETIVO

O Termo de Referência é um documento cujo objetivo é estabelecer as regras para possibilitar a contratação de Empresa Especializada em Prestação de Serviços de Transporte e Remoção inter- hospitalar de pacientes/ usuários das unidades pertencentes à **Autarquia Hospitalar Municipal (AHM)**. As leis que norteiam este Termo de Referência são: **Lei Complementar 1.139 de 06/11. Portarias: CVS 9/94; 6/99 SVS/MS; 814/MS/01; 2048/02; 824/99/GM; 344/98 SVS/MS; 930/92 MS; CVS 04/2011 e 2755/12 SMS/G; CFM 1672/03 e Portaria 2215/2016 da Secretaria Municipal de Saúde.**

3. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de remoções na Grande de São Paulo em ambulâncias Tipo B (suporte básico) e Tipo D (UTI móvel) para remoção de pacientes suspeitos ou conformados para o Coronavírus.

4. JUSTIFICATIVA

A presente **contratação em caráter de emergência** de empresa especializada em prestação de serviços de remoções / transporte de pacientes na Grande de São Paulo, em ambulâncias **Tipo B** (suporte básico) e **Tipo D** (UTI móvel), 24 (vinte e quatro) horas se faz necessária para o gerenciamento da crise relativa a pandemia do **Coronavírus** que em tempo atinge o Brasil, lembrando que foi decretado pandemia pela Organização Mundial de Saúde em 11/03/2020, frente a disseminação do vírus e sua letalidade e mortalidade na população acometida.

Preliminarmente, vale destacar que para a remoção, bem como limpeza e desinfecção das ambulâncias utilizadas para a remoção de pacientes Coronavírus suspeitos ou confirmados, deverá ser seguida a Nota Técnica 04/DVE/2020 de 09/03/2020 que dispõe sobre a Biossegurança no atendimento de pacientes com

suspeita de infecção por novo Coronavírus (2019-nCoV) nos estabelecimentos assistenciais de saúde (Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=291766 acesso em 17/03/2020) e suas atualizações.

Assim sendo, as contratações atuais não atenderão a demanda que se desenha, uma vez que os pacientes que serão submetidos à esta remoção exigirão da equipe precaução para gotículas, aerossóis e de contato, além do fato de que cerca de 80% dos pacientes necessitem de remoção em ambulâncias com suporte avançado, ou seja, o limite financeiro das contratações existentes extrapolaria, sem contar que algumas contratações têm término previsto antes do provável término do período crítico do Coronavírus no Brasil.

Outrossim, a maioria das Unidades Hospitalares desta Autarquia está sob contratações emergências no que tange aos serviços de remoção.

Os atuais serviços de remoção desta Autarquia continuarão dedicados à pacientes que necessitam de realização de exames complementares de apoio diagnóstico de urgência/emergência e/ou investigação clínica em caráter de internação hospitalar em unidades de saúde diversas do seu atendimento inicial, além de remoções para outras Unidades Hospitalares como destino final ao tratamento, colaborando assim para maior segurança no atendimento e consequentemente melhor recuperação do paciente, além disso, com menores riscos do agravamento do seu estado clínico.

A contratação ora pleiteada destina única e exclusivamente para execução de remoções de pacientes com suspeita ou com Coronavírus confirmado. Estes pacientes deverão ser transferidos de qualquer uma das onze Unidades Hospitalares pertencentes à esta Autarquia para internação em hospital de referência ou para qualquer outro serviço de destino e até mesmo para realização de exames complementares em qualquer serviço de saúde desta Grande São Paulo.

Estima-se que se as medidas sanitárias forem eficientes, o controle da disseminação do vírus se daria até o final de Junho do corrente ano, assim como na China, que recentemente registrou declínio do número de casos, contudo, o tratamento destes pacientes demanda tempo de internação ainda impreciso, portanto, solicitamos a presente contratação por 180 dias, rescindível a qualquer tempo, mediante a estabilização da pandemia que em tempo se instala em território nacional, acometendo de forma incisiva o município de São Paulo, que por sua vez é o grande receptor de movimentação vinda da América do Norte e da Europa e, portanto, em 16/03/2020, face o Decreto nº 59.283 foi decretado situação de Emergência no município de São Paulo e se definiu outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus.

Considerando que a solicitação da contratação ora pleiteada encontra fulcro no disposto no citado Decreto nº 59.283 em seu art. 2º, inciso II, que dispõe que nos termos do art. 24 da Lei nº 8.666/93, fica autorizada

a dispensa de licitação para aquisição de bens e serviços destinados ao enfrentamento da emergência, encaminhamos o presente para vossa análise e deliberação.

5. UNIDADES DA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL

As Unidades Hospitalares abaixo elencadas poderão solicitar à CONTRATADA serviços de remoção do paciente suspeito ou confirmado Coronavírus para outros Estabelecimentos Assistências de Saúde na Grande São Paulo com vistas a transferência ou realização de exames/ interconsultas, 24 horas por dia de segunda à domingo.

HMACN – HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORREA NETO

Alameda Rodrigo de Brum, 1989 – Ermelino Matarazzo – Fone: (11) 3394-8160 – 3394-8108

HMTS – HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETÚBAL

Rua Dr. José Guilheme Eiras, 123 – São Miguel Paulista – Fone: (11) 3394-8770 – 3394-8829

HMWP – HOSPITAL MUNICIPAL PROF. WALDOMIRO DE PAULA

Rua. Augusto Carlos Baumann, 1.074 – Itaquera – Fone: (11) 3394-8990 – 3394-8996

HMCC – HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO

Avenida Celso Garcia, 4815 – Tatuapé – Fone: (11) 33946980 – 33946982

HMAZ – HOSPITAL MUNICIPAL DR. ALEXANDRE ZAIO

Rua Alves Maldonado, 128 – Vila Nhocuné – Fone: (11) 33949110 – 33949213

HMIGP – HOSPITAL MUNICIPAL DR. IGNÁCIO PROENÇA DE GOUVEIA

Rua Juventus, 562 – Mooca – Fone: (11) 33947810 – 33947816

HMARS – HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA

Rua Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, 860 – Jabaquara – Fone (11) 3394-8380

HMFMPR – HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES ROCHA

Estrada de Itapequerica da Serra, 1.661 - Vila Maracanã – Fone (11) 33947460

HMMMMD – HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE PROF. MARIO DEGNI

Rua Lucas de Leyde, 257 – Rio Pequeno – Fone (11) 3394-9330/ 3394-9351

HMJSH – HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA

Av. Menotti Laudisio, 100 – Pirituba – Fone (11) 3394-8600

HMBM – HOSPITAL MUNICIPAL DR. BENEDICTO MONTENEGRO

Rua Antonio Lazaro, 226 – Jardim Iva – Fone (11) 3394-9500

6. QUANTIDADES ESTIMADAS

Planilha com número de Remoções com Ambulâncias Tipo B (Suporte Básico) e Tipo D (UTI) para atendimento das solicitações advindas das Unidades contempladas neste objeto:

Estimativa Mensal de Remoções para pacientes suspeitos e/ou Coronavírus positivo		
Tipo de Ambulância	Trajetos	Quantidade
REMOÇÕES EXTRAS/ MÊS		
B	Ida	60
D	Ida	300
Total de Remoções		360

Fonte: baseado na média estimada de remoções para os leitos estimados como referencia no enfrentamento do estado de Emergência decorrente da Pandemia do Coronavírus que acomete o município de São Paulo.

7. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO

- 7.1. Os veículos destinam-se a transferências de pacientes suspeitos ou com Coronavírus positivo que se encontram nos Hospitais da **Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo**, e necessitam de transferência inter-hospitalar ou para outros serviços de saúde realização de exames para apoio diagnóstico, remoção para domicílio ou outra instituição e de pacientes que, na alta hospitalar, não apresentarem condições para deambular (acamado) e se locomover por meios próprios, no âmbito da Grande São Paulo.
- 7.2. Os destinos dos pacientes serão informados pela Unidade solicitante, sujeitas a alterações quando necessário, com as devidas justificativas.
- 7.3. Quando acionadas, as ambulâncias deverão apresentar-se no Hospital solicitante em condições de iniciar o trabalho de forma imediata, ou seja, estarem equipadas e com funcionários qualificados atendendo as características de cada tipo de ambulância: **Tipo B** (Suporte Básico), e **Tipo D** (UTI-adulto, pediátrica e neonatal, conforme solicitação).
- 7.4. As transferências inter-hospitalares por ambulâncias **Tipo B** e **D** poderão ser solicitadas a qualquer hora do dia ou da noite e deverá transcorrer, entre a solicitação e o atendimento, o tempo máximo estabelecido neste Termo de Referência.

- 7.5. As ambulâncias **Tipo D** deverão ser tripuladas por 01 (um) motorista, 01 (um) médico (a) e 01 (um) enfermeiro (a), uniformizados, com crachá de identificação e fotografia recente, com capacitação técnica específica para a função.
- 7.6. A ambulância **Tipo B** deverá ser tripulada por 01 (um) motorista e 01 (um) técnico de enfermagem, devidamente treinados, uniformizados, com crachá de identificação e fotografia recente;
- 7.7. O Técnico de Enfermagem deverá ser supervisionado por Enfermeiro conforme legislação do COREN.
- 7.8. É vedado o uso pela **CONTRATADA**, de materiais de consumo (luvas, agulhas, medicamentos), equipamentos ou enxoval (lençol, cobertor, etc) e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pertencentes a qualquer Unidade da **CONTRATANTE**.
- 7.9. O Veículo deverá ser tipo furgão, modelo longo, teto alto adaptado para ambulância, com porta lateral deslizante e portas traseiras com capacidade de transporte de um paciente e um acompanhante, assim como a tripulação, sendo as medidas Internas aproximadas do compartimento do paciente, da ambulância de Suporte Básico, de acordo com as normas da **ABTN – NRB nº 14.561 de julho de 2000**:
- Altura mínima (assoalho ao teto) 1,50m;
 - Largura mínima 1,60 m (medida 30 cm acima do assoalho do veículo);
 - Comprimento mínimo do compartimento 2,10 m (medida da porta traseira ao encosto do banco do motorista).
- 7.10. Os veículos deverão estar em bom estado de conservação e condições de operação, com as devidas manutenções preventivas em dia, sendo que a **CONTRATANTE** poderá solicitar a qualquer momento, durante a vigência do contrato, os documentos que comprovem a manutenção e condição do veículo.
- 7.11. Os veículos deverão estar com documentação em ordem, devidamente licenciados, em conformidade com o **Código Nacional de Trânsito – CNT** e em perfeitas condições de funcionamento.
- 7.12. Os veículos deverão conter adesivos com o nome da empresa visível na lataria externa; ser identificados por números na lateral do veículo e estar providos de equipamentos de sinalização e identificação dos mesmos.

- 7.13. Os veículos deverão atender a todas as normas de Vigilância Sanitária, em vigor, tais como a **Portaria nº 2048 de 05/11/2002** e demais normas pertinentes vigentes.
- 7.14. Todo o interior dos veículos deverá ser mantido limpo e submetido regularmente ao processo de desinfecção após o transporte de pacientes, atendendo aos preceitos da **Portaria 9431/1997** que trata sobre o controle da infecção hospitalar.
- 7.15. Todo o interior dos veículos deverá ser mantido limpo e submetido regularmente ao processo de desinfecção após o transporte de pacientes, atendendo aos preceitos da **Nota Técnica 04/DVE/2020 de 09/03/2020** que dispõe sobre a Biossegurança no atendimento de pacientes com suspeita de infecção por novo Coronavírus (2019-nCoV) nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e suas atualizações:

Orientação Técnica - Biossegurança em serviços de transporte/remoção (COVID-19)

- a) A ambulância pode ser definida como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destina exclusivamente ao transporte de enfermos.*
- b) Trata-se de um ambiente de atendimento móvel que pode ser altamente contaminado por micro-organismos, o que é extremamente preocupante, especialmente, devido a frequência em que os profissionais de saúde tocam o ambiente durante o atendimento.*
- c) É preciso de área adequada para a limpeza e desinfecção da ambulância e seus equipamentos e artigos para a prevenção e controle de infecções. As recomendações da CCIH para o hospital (seus serviços e unidades) deverão contemplar também as ambulâncias. Medidas de prevenção (higienização das mãos, vacinação e disponibilização de EPI) devem se estender para os funcionários responsáveis pela limpeza e desinfecção das ambulâncias, além dos funcionários que atendem os pacientes na remoção.*
- d) A Limpeza da Ambulância após atendimento de paciente suspeito ou confirmado de COVID – 19 deverá contemplar a área do motorista: volante, rádio comunicador, assentos e demais áreas frequentemente tocadas pelos profissionais de saúde e área do paciente: macas, assentos, superfícies, equipamentos, pranchas e o piso. Atentar principalmente para as áreas próximas ao paciente, locais mais tocados pelos profissionais de saúde.*
- e) O exterior dos veículos deve ser mantido limpo, para a saúde e segurança dos profissionais e pacientes. Um veículo limpo colabora para que a equipe mantenha as mãos limpas ao abrir e fechar as portas.*

- f) Deve-se realizar a **limpeza terminal** do veículo após atendimento de paciente em situações especiais como o atendimento de pacientes em precauções específicas (contato, gotículas ou aérea), no caso COVID – 19.
- g) Na limpeza terminal o veículo deve ser submetido a limpeza completa. Todos os equipamentos e artigos removíveis devem ser removidos, de forma que todas as superfícies, compartimentos, interiores dos armários, paredes, piso e teto possam ser limpos e desinfetados. A limpeza deve ser feita com água e sabão e posterior desinfecção com produto padronizado no serviço ou instituição. No piso os procedimentos de limpeza e desinfecção devem ser realizados com o auxílio de mops ou esfregões e nas demais superfícies devem ser utilizados panos descartáveis.
 - i. **OBS:** A limpeza não deverá ser realizada através de duchas ou mangueiras pelo risco de geração de aerossóis com partículas infectantes.
- h) A **descontaminação** deve ser feita sempre que houver o extravazamento, derramamento de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina ou qualquer outro fluido corpóreo) no ambiente. Para realizar a descontaminação deve-se imediatamente retirar o excesso com papel ou material absorvente e em seguida realizar a limpeza e a desinfecção.
- i) Devem ser substituídos cintos de segurança contaminados com matéria orgânica e assentos rasgados ou danificados.
- j) Dentro da dinâmica de atendimento realizado em uma ambulância, optar pela utilização de um produto que tenha a propriedade de fazer ao mesmo tempo limpeza e desinfecção pode ser uma excelente escolha. Este tipo de produto não necessita de enxágue, facilitando o processo de limpeza e desinfecção em equipamentos, superfícies e artigos não críticos.
- k) Sob nenhuma circunstância fronhas, lençóis ou cobertores podem ser utilizados por mais de um paciente. Todo o enxoval deve ser trocado a cada paciente/atendimento. Dar preferência para lençóis e fronhas descartáveis.
- l) Que os profissionais saibam de forma clara, seus papéis e responsabilidades específicas na limpeza dos veículos. Especialmente em serviços onde a responsabilidade da limpeza pode ser compartilhada entre a equipe de enfermagem e a equipe de higiene.
- m) **Precauções padrão:** devem ser instituídas para todos os pacientes
- n) **Pacientes classificados como casos suspeitos ou confirmados de COVID 19:** Manter isolamento de contato e respiratório para gotículas. Os pacientes deverão ser transportados

apenas se for extremamente necessário. O local para onde o paciente será transportado deverá ser avisado do diagnóstico e medidas de isolamento instituídas.

- o) Os profissionais que forem realizar o transporte/remoção deverão utilizar medidas de precaução padrão, de contato e de gotículas, fazer uso dos EPIs adequadamente: luvas, máscara cirúrgica e/ou N95, óculos, avental.*
- p) Acompanhantes devem aderir às precauções de isolamento. Uso de máscara cirúrgica e higiene das mãos*
- q) Deve ter álcool gel 70% para anti-sepsia das mãos respeitando os 5 momentos.*
- r) Após o atendimento de remoção os EPIs deverão ser descartados como resíduo infectante segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa.*
- s) Os óculos de proteção deverão ser higienizados e submetidos à desinfecção conforme recomendação do fabricante.*

- 7.16.** Os veículos devem possuir sistema seguro de fixação de maca no assoalho do veículo, cintos de segurança para o paciente e para todos os passageiros.
- 7.17.** As superfícies internas deverão ser forradas de material que permita e resista aos métodos de desinfecção normalmente utilizados.
- 7.18.** Os veículos deverão contar com estepe instalado em local que não interfira com o paciente em sua movimentação.
- 7.19.** As superfícies internas e armários deverão ter os cantos arredondados, não apresentando quinas.
- 7.20.** As janelas do compartimento do paciente deverão ser de vidro, podendo ter linhas jateadas.
- 7.21.** Os compartimentos deverão oferecer segurança e acomodação para a operação.
- 7.22.** A **CONTRATADA** deverá, quando solicitado, garantir o transporte seguro e em maca adequada de pacientes obesos mórbidos.
- 7.23.** Todos os profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, deverão estar devidamente registrados em seus respectivos conselhos profissionais: **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Conselho Regional de Farmácia de São Paulo. (COREN-SP, CRM-SP e CRF-SP)**, sendo que a **CONTRATANTE** poderá

solicitar a qualquer momento, durante a vigência do contrato, os documentos que comprovem a legalidade do exercício profissional.

- 7.24.** Todos os profissionais, além de treinados e habilitados para suas funções, deverão também adotar em sua conduta os preceitos básicos de educação, cortesia e profissionalismo.
- 7.25.** Os motoristas deverão possuir **Carteira Nacional de Habilitação, categoria “D” ou superior**, sendo que a **CONTRATANTE** poderá solicitar a qualquer momento, durante a vigência do contrato, os documentos que comprovem a habilitação deste profissional.
- 7.26.** Todos os funcionários alocados pela **CONTRATADA** para a execução dos serviços, deverão se apresentar ao trabalho devidamente uniformizados, com **EPIs** (Equipamentos de Proteção Individuais) e munidos de crachá com foto recente e logotipo da **CONTRATADA** apropriado que permita sua fácil e rápida identificação.
- 7.27.** Não caberão cobranças adicionais por hora parada, nem por solicitações que, devidamente justificadas, tenham sido canceladas.
- 7.28.** A **Autarquia Hospitalar Municipal** não se responsabilizará por atitudes dos funcionários da **CONTRATADA** que acarretem problemas com usuários ou outras instituições, podendo, no entanto, afastá-los de imediato, sendo que a **CONTRATADA** deverá responder por eventuais danos causados por seus prepostos à Administração ou a terceiros.

8. DOS VEÍCULOS

8.1. AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO)

Aplica-se aos casos de remoção/transporte de pacientes suspeitos ou com Coronavírus positivo entre Unidades, para realização de exames de diagnóstico e/ou procedimentos indisponíveis na Unidade de atendimento bem como para alta hospitalar de pacientes acamados sem condições de deambular, com destino ao domicílio do paciente ou às casas de apoio conveniadas a **Autarquia Hospitalar Municipal**.

8.1.1. A ambulância deverá conter as seguintes características:

- a)** Sinalizador visual e acústico, com acionamento no compartimento do motorista e sirene eletromecânica rotativa de som contínuo;
- b)** Equipamento de rádio comunicação fixo e móvel;
- c)** Revestimento lateral lavável e teto compensado com fórmica ou PRFV (plástico reforçado com fibra de vidro);

- d) Janela de correr na porta lateral;
- e) Piso impermeável revestido em vinil de alta resistência;
- f) Maca de aço, com cabeceira móvel e colchonete em curvim, com sistema de tratamento modelo engate rápido e cinto de segurança para fixação do paciente na maca;
- g) Banco para assistente e acompanhante em curvim;
- h) Armários para armazenamento de medicamentos/materiais;
- i) Suporte para soro, instalado ao lado da maca;
- j) Suporte para cilindro de oxigênio de 7 litros;
- k) Cilindro de oxigênio com fluxômetro, válvula com manômetro e umidificador de oxigênio com chicote e máscara;
- l) Ventilador oscilante na porta lateral;
- m) Luminárias fluorescentes no compartimento do paciente;
- n) Régua tripla com fluxômetro, válvula e manômetro, inalador, umidificador e aspirador compacto (tipo venture), todas em perfeitas condições de pronto uso;
- o) Todos os componentes necessários para garantir a segurança e integridade física dos transportados(coletes refletivos para tripulação, lanterna de mão e faixa de sinalização), respeitando a **NR 32**.
- p) Maleta de Urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual com reservatório adulto/infantil, cânulas de Guedel de tamanhos variados, luvas de procedimento, tesoura corta veste, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras crepe de 15 cm, compressas de gaze estéril, saco coletor, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos;
- q) Material adequado para desinfecção de ambulâncias.

8.2. AMBULÂNCIA TIPO D (UTI)

- 8.2.1.** Aplica-se aos casos de urgência/emergência médica, em assistência a pacientes suspeitos ou com Coronavírus positivo com alto risco de morte, com destino a Unidades de tratamento específico, com aporte tecnológico diferenciado para manutenção da vida de pacientes adultos, infantis e neonatos.

- 8.2.2.** Deverá disponibilizar serviços contínuos 24 (vinte e quatro) horas especializados em remoções, com disponibilidade de ambulância **Tipo D**, denominada ambulância UTI móvel (veículo destinado ao transporte de pacientes graves). Deverá atender em suas características a **Portaria 2048/2002**, com equipe qualificada de 1 (um) médico, 1(um) enfermeiro e 1(um) motorista socorrista.
- 8.2.3.** Os profissionais que tripulam a ambulância **Tipo D** deverão ter preparo e habilidade para transporte e monitoramento de pacientes graves adulto, pediátrico, lactentes e neonatos.
- 8.2.4.** Os profissionais Médico e Enfermeiro deverão apresentar Especialização/Residência em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência ou outra área de assistência a paciente crítico.
- 8.2.5.** Para o atendimento a neonatos deverá atender a **Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002** e será equipada com uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados.
- 8.2.6.** A realização dos cuidados deverão seguir os preceitos da **Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde**.
- 8.3. Equipamentos, Fármacos e Materiais obrigatórios para Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D – U.T.I. Móvel) atendendo a portaria 2048/2002 do MS:**
- a)** Sinalizador visual e acústico, com acionamento no compartimento do motorista e sirene eletromecânica rotativa de som contínuo;
 - b)** Equipamento de comunicação móvel;
 - c)** Maca retrátil articulada com rodas e cinto de segurança para fixação do paciente na maca e suporte de soro móvel;
 - d)** Suporte de teto para soro (quantidade O²);
 - e)** Rede portátil de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída, que permita ventilação mecânica por no mínimo 2h;
 - f)** Rede de oxigênio com régua tripla para:
 - i.** alimentação do respirador;
 - ii.** fluxômetro e umidificador de oxigênio;

- iii. aspirador tipo Venturi;
- g) Manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação, em local de fácil visualização;
- h) 2 (dois) cilindros portáteis de oxigênio com válvula, com capacidade de 2.000 litros (2 m³) cada, totalizando 4.000 litros (4 m³);
- i) Respirador eletrônico portátil para uso adulto/infantil/neonatal ciclado a volume e a pressão, com PEEP, com controle de fluxo, com alarme para pressão, volume e frequência e com controle de FiO₂;
- j) Monitor/Desfibrilador com bateria e instalação elétrica compatível e marca-passo externo não invasivo para uso adulto/infantil; (Marca Passo Transcutâneo);
- k) 02 (duas) bombas de infusão com bateria e equipo comum e fotossensível (02 unidades de cada equipo);
- l) Oxímetro de pulso com sensor adulto/infantil e no caso de remoção neonatal, oxímetro de pulso com sensor neonatal;
- m) Cobertor Adulto/Infantil ou manta metálico;
- n) No caso de remoção neonatal, incubadora eletrônica de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e seus acessórios bem como equipamentos adequados para recém-natos (prematturos e de baixo peso);
- o) Sondas vesicais;
- p) Coletores de urina;
- q) Sondas nasogástricas de vários tamanhos;
- r) Eletrodos descartáveis adulto e infantil;
- s) Equipos para drogas fotossensíveis;
- t) Equipos para bombas de infusão;
- u) Circuito de respirador estéril de reserva;
- v) Equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, aventais, máscaras cirúrgicas descartáveis, e luvas de procedimentos;

- w) Antisséptico;
- x) Conjunto de colares cervicais adulto e infantil;
- y) Prancha longa para imobilização da coluna;
- z) Termômetro;
- aa) Lençóis descartáveis de maca;
- bb) Recipiente para materiais perfurocortante;
- cc) Cilindro portátil de oxigênio;
- dd) Suporte de soro para maca;
- ee) Material para inalação;
- ff) Comadre e papagaio;
- gg) Fraldas descartáveis - adulto e infantil;
- hh) Maleta de Urgência contendo: Estetoscópio adulto, infantil e neonatal, Ressuscitador manual adulto/infantil/neonatal com reservatório de O₂ e máscara, Cânulas orofaríngeas de 2,5 a 8,5 (2,5 a 4,5 sem cuff e 5,0 a 8,5 com cuff), Luvas descartáveis estéreis nº 7, 7,5, 8 e 8,5; Tesoura reta com ponta romba; Esparadrapo 10cm x4,5 m; Esfigmomanômetro aneróide adulto/infantil/neonatal; Cateteres para oxigenação tipo óculos e de aspiração de vários tamanhos; Umidificador completo; Ataduras de crepe de tamanhos variados (5, 10, 15 e 20cm); Compressas cirúrgicas estéreis; Pacotes de gaze estéril; Protetores para queimados ou eviscerados;
- ii) Maleta com Fármacos - (atender a **Portaria 2048/2002**): Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor; Epinefrina (adrenalina); Atropina; Dopamina; Noradrenalina; Dobutamina; Terbutalina; Hidrocortisona de 500 mg; Glicose a 25 e 50% ; Antiarrítmicos, Água destilada de 10 ml; Metoclopramida; Dipirona ; Hioscina; Dinitrato de isossorbitol; Furosemida; Amiodarona; Captopril 25mg; AAS; Brometo de ipatrópio; Bromidrato de fenoterol e Cetoprofeno ou tenoxicam;
- jj) Psicotrópicos: Hidantoína injetável; Morfina; Diazepan de 10mg injetável e via oral; Midazolan de 15 mg injetável, Fentanila, Cetamina;

8.4. A **CONTRATADA** deve designar formalmente farmacêutico responsável pelo controle da validade dos medicamentos e enfermeiro responsável pela validade da esterilização dos materiais médicos hospitalares, no primeiro mês de execução da prestação do serviço, e sempre

que houver substituição na função, com envio de documentação comprobatória quanto ao registro profissional e responsabilidade técnica e as maletas de medicamentos deverão ter seu estoque inicial e controle autorizado **pela Autoridade Sanitária local, conforme capítulo X, artigo 117 e seguintes da Portaria nº 6 de 29 de janeiro de 1999, que aprova a Instrução Normativa da Portaria 344 de 12 de maio de 1998.**

9. RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA

- 9.1. A **CONTRATADA** deverá apresentar Licença Sanitária atendendo a portaria **2215/2016- SMS.G** para ambulâncias **Tipo B e D**. Apresentar renovação do CMVS (Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária), conforme legislação vigente.
- 9.2. A **CONTRATADA** deverá, no caso de ambulâncias registradas em outros municípios, apresentar a Licença/Alvará Sanitário emitido pela Vigilância Sanitária local (do respectivo município sede, dentro da validade, para Ambulância **Tipo B** (suporte básico) e **Tipo D** (suporte avançado).
- 9.3. A **CONTRATADA** deverá possuir e arcar com despesas de seguro de todos os veículos locados, cobrindo quaisquer danos envolvendo pacientes, acompanhantes e terceiros durante toda a vigência do contrato.
- 9.4. A **CONTRATADA** deverá prestar serviço de remoções/transporte com ambulâncias **Tipo B e D** com profissionais qualificados e comprovar a adaptação de transporte para neonato atendendo a **Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 – M.S.**
- 9.5. A **CONTRATADA** deverá, para remoção de urgência, disponibilizar as ambulâncias **Tipo B e D** em até 60 (sessenta) minutos para o primeiro chamado e a partir do segundo, quando houver chamados simultâneos na mesma Unidade Hospitalar, a **CONTRATADA** terá até 120 (cento e vinte) minutos para envio da segunda ambulância, sendo obrigatória a comprovação da simultaneidade através do relatório mensal, conforme este Termo de Referência. Em situações como: enchentes, greves de transportes públicos ou apagões no menor tempo possível dado a urgência.
 - 9.5.1. Nas remoções em ambulância **Tipo B e D** para realização de procedimentos, exames e outros que não sejam de urgência, a Unidade poderá agendar a remoção antecipadamente, devendo a **CONTRATADA** atender dentro do prazo estabelecido pela unidade e, portanto, os prazos do item **9.5** não se aplicam para este caso.
- 9.6. A **CONTRATADA** deverá atender as portarias: **CVS 09/1994 e CFM 1672/2003.**

- 9.7. A **CONTRATADA** deverá designar profissionais para responder tecnicamente pelas equipes médica e de enfermagem conforme determinação dos respectivos conselhos.
- 9.8. A **CONTRATADA** deverá apresentar **check-list** de equipamentos, materiais e EPIs para cada remoção solicitada, sendo conferido e assinado por profissional da Unidade.
- 9.9. A **CONTRATADA** deverá apresentar a ambulância solicitada em alto nível de asseio, tanto estética como biológico livre de detritos ou sujidades, para garantir o controle de infecção hospitalar e a segurança do paciente.
- 9.10. A **CONTRATADA** deverá transportar o paciente, seu acompanhante e a equipe, obedecendo às normas estabelecidas pelo **Código Nacional de Trânsito**, para garantia da integridade física e psicológica dos transportados.
- 9.11. A **CONTRATADA** deverá prestar os serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia de segunda a domingo, via central telefônica, a ser colocada à disposição das equipes, e deverá(ão) ser informado(s) no início do contrato e sempre que houver alteração o(s) número(s) de telefone, e-mail e endereço para contato.
- 9.12. A **CONTRATADA** deverá fornecer, mensalmente e sempre que a Fiscalização solicitar, o Espelho das Remoções realizadas, contendo obrigatoriamente os dados do paciente que foi removido, tipo de remoção e nome e assinatura de funcionário que recebeu o paciente na unidade de destino. Tais espelhos serão utilizados na conferência dos SLAs (Service Level Agreement – Acordo de Nível de Serviço) para o devido apontamento de pagamento.
- 9.13. A **CONTRATADA** deverá oferecer equipe técnica especializada, equipamentos higienizados, em perfeitas condições de uso para o atendimento aos diversos serviços descritos neste termo.
- 9.14. A **CONTRATADA** deverá apresentar, por remoção, relatório com a descrição de todas as intercorrências no transporte desde sua saída com o paciente sob seus cuidados até seu destino e as providências tomadas no decorrer da prestação dos serviços.
- 9.15. A **CONTRATADA** deverá apresentar aos gestores do contrato na Unidade sempre que solicitado:
- 9.15.1. Atestados de manutenção preventiva em todos os equipamentos médico-hospitalares;
 - 9.15.2. Relação com nome e classificação dos produtos utilizados na assistência, orientações sobre segurança, toxicidade e medidas recomendadas em caso de exposição ambiental de produtos nas Unidades ou em suas dependências;

- 9.15.3.** Relação nominal de todos os equipamentos de proteção individual e coletiva a serem utilizados por seus empregados e pacientes, na realização dos serviços;
- 9.15.4.** Relação nominal de todos os produtos (médico hospitalares, medicamentos e de limpeza como desinfetantes e saneantes) informando: registro em ANVISA, marca/nome comercial, fabricante e fornecedor, data de fabricação e de validade;
- 9.15.5.** Relação de todos os equipamentos médicos, informando marca, modelo, fabricante, com toda a documentação ou certificados que possibilitem identificar a qualidade dos equipamentos disponibilizados durante e contratação;
- 9.16.** A **CONTRATADA** deverá, com a maca de transporte, se dirigir a unidade de internação ou qualquer lugar onde o paciente se encontre para sua remoção. E quando da sua chegada pós procedimento, exame, e outros deverá leva-lo até a unidade de internação e outras.
- 9.17.** A **CONTRATADA** deverá, sob sua exclusiva responsabilidade, coordenar, supervisionar e executar os serviços ora contratados, bem como, expressamente reconhece e declara que assume as obrigações decorrentes do contrato.
- 9.18.** A **CONTRATADA** deverá arcar com as despesas de combustível, manutenção dos veículos, treinamento e reciclagem de seus funcionários.
- 9.19.** A **CONTRATADA** deverá se comprometer na responsabilidade integral por intercorrências relativas a acidentes de trânsito, multas, danos a terceiros e ao patrimônio de outras pessoas ocorridas em decorrência de sua atividade.
- 9.20.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços dentro dos melhores padrões técnicos.
- 9.21.** A **CONTRATADA** deverá arcar com todos os encargos fixados pelas **Leis Trabalhistas e Previdenciárias**, se couber, bem como aqueles referentes a **acidentes de trabalho, FGTS, PIS**, com respeito a seus empregados/colaboradores envolvidos na prestação de serviços.
- 9.22.** A **CONTRATADA** deverá orientar seus funcionários quanto às normas de segurança do trabalho, precauções de contato e respiratórias (aerossóis e gotículas) disciplina e demais regulamentos nas dependências das Unidades Hospitalares.
- 9.23.** A **CONTRATADA** deverá cobrir danos envolvendo pacientes e demais tripulantes sob sua responsabilidade:
- 9.23.1.** Em caso de acidentes onde a indenização a terceiros ou às pessoas em que o seguro obrigatório não tenha cobertura, caberá a **CONTRATADA** arcar com estes custos.

- 9.24. A **CONTRATADA** deverá apresentar mensalmente, até o segundo dia útil do mês subsequente a prestação do serviço, nota fiscal e demais documentos que atendam a **Portaria SF 92/14 da Prefeitura do Município de São Paulo** com detalhamento dos serviços prestados.
- 9.24.1. Sempre que solicitado a **CONTRATADA** deverá apresentar primeira via das justificativas de saída da ambulância;
- 9.24.2. A **CONTRATANTE** poderá a qualquer tempo, durante a vigência do contrato, solicitar para análise documentos relativos ao veículo, aos profissionais e aos equipamentos;
- 9.25. A **CONTRATADA** deverá dar ciência imediata e por escrito à **CONTRATANTE** sobre qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços.
- 9.26. A **CONTRATADA** obriga-se prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações sobre a prestação dos serviços, bem assim às recomendações da **CONTRATANTE**, que visem à regular execução do contrato.
- 9.27. A **CONTRATADA** obriga-se pelo acompanhamento de seus funcionários que se acidentarem ou apresentarem mal súbito durante a execução dos serviços, segundo rotinas aceitas internacionalmente.
- 9.28. A **CONTRATADA** deverá a suas expensas, manter fiscalização do andamento das tarefas e assiduidade dos seus funcionários.
- 9.29. A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se, por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus à **CONTRATANTE**, para que não haja interrupção nos serviços prestados.
- 9.30. A **CONTRATADA** deverá manter todos os equipamentos, materiais, veículos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso.
- 9.31. A **CONTRATADA** deverá cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito Federal, Estadual ou Municipal, as normas de segurança da **CONTRATANTE**.
- 9.32. A ação ou omissão total ou parcial da fiscalização, não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pela execução dos serviços contratados.

10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 10.1. Exercer a fiscalização dos serviços a serem executados através do Diretor Administrativo em parceria com a Diretoria Técnica das Unidades Hospitalares da **CONTRATANTE**;

- 10.2. Assegurar o livre acesso dos empregados da **CONTRATADA** a todos os locais onde se fizerem necessários seus serviços;
- 10.3. Prestar aos empregados da **CONTRATADA** informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham a executar;
- 10.4. Expedir, por escrito, as determinações e comunicações dirigidas à **CONTRATADA**;
- 10.5. Autorizar as providências necessárias junto a terceiros;
- 10.6. Caberá à **CONTRATANTE** comunicar ou denunciar imediatamente e por escrito qualquer falha ou deficiência por parte da **CONTRATADA**, sempre que estas ocorrerem.

11. QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS

- 11.1. Registro da empresa e do (s) responsável (eis) técnico (s) indicado (s), junto ao **Conselho Regional de Enfermagem – COREN** e **Conselho Regional de Medicina – CRM**, obedecida à legislação pertinente.
- 11.2. Atestados que comprovem a prestação de serviço anterior, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, sendo que cada um deles deverá ser equivalente às características e quantidades admitindo-se a imposição de quantitativos mínimos de prova de execução de serviços similares, desde que em quantidades razoáveis, assim consideradas minimamente 50% da execução pretendida, conforme inciso II, do artigo 30 da Lei Federal nº 8.666/93, com o objeto da presente licitação.
 - 11.2.1. O(s) atestado(s) deverá(ão) conter:
 - a) Prazo contratual, datas de início e término;
 - b) Local da prestação dos serviços;
 - c) Natureza da prestação dos serviços;
 - d) Quantidades;
 - e) Caracterização do bom desempenho do licitante;
 - f) Outros dados característicos e,
 - g) A identificação da pessoa jurídica emitente bem como o nome e o cargo do signatário.
- 11.3. Comprovação da Licença de Funcionamento em vigor, emitida pela Autoridade Sanitária local. Caso a revalidação da licença de funcionamento para o presente exercício não tenha sido

concedida, a proponente deverá apresentar a licença de funcionamento do exercício anterior acompanhada do protocolo de revalidação, conforme disposto no artigo 22 do Decreto nº 74.170/74 ou legislação sanitária local devidamente comprovada através de publicação em diário oficial.

- 11.4.** Declaração da Proponente sob as penas da lei, de que terá a disponibilidade, caso venha a vencer a cotação, da mão de obra e dos equipamentos necessários para o início da execução dos serviços, no prazo acordado.

12. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 12.1.** As Unidades da Autarquia Hospitalar deverão preencher, em toda solicitação a ficha de avaliação (Acordo de Nível de Serviço – **ANEXO II**, da remoção das ambulâncias **Tipo “B”** e **Tipo “D”**, constando ainda placa do veículo, o tipo de ambulância e a data da realização do preenchimento, na presença do funcionário da empresa, conforme **ANEXO II** desse instrumento, que ao final do mês constituirá o conjunto de documentos-base para avaliação do **Acordo de Nível de Serviço** (Service Level Agreement – SLA), ferramenta definidora do valor mensal do repasse ao prestador.

- 12.1.1.** Todas as remoções realizadas, tanto por ambulâncias Tipo B e Tipo D deverão ser avaliadas através da realização do SLA (Service Level Agreement) - Acordo de Nível de Serviços, constante no Anexo II do Termo de Referência.

- 12.1.2.** O Compilado destas Avaliações deverá ser encaminhado ao fim do mês para pagamento. Tal compilado está refletido no Anexo III do Termo de Referência.

- 12.2.** No final de cada mês as Unidades deverão encaminhar a Sede da Autarquia Hospitalar Municipal somente o **ANEXO III** que constitui da planilha consolidada com o somatório do **ANEXO II**.

- 12.2.1.** Para pagamento das Remoções realizadas por Ambulâncias Tipo B e Tipo D (Ida):

A Unidade Hospitalar avaliará individualmente cada Remoção através do SLA (Service Level Agreement) - Acordo de Nível de Serviços e cada Remoção será paga individualmente de acordo com a nota atribuída à execução (Conceito A = 17 a 20 pontos para pagamento de 100% da Remoção; Conceito B = 14 a 16 pontos para pagamento de 90% da Remoção; Conceito C = 11 a 13 pontos para pagamento de 80% da Remoção e Conceito D = 10 ou menos pontos para pagamento de 70% da Remoção). No Final do Mês a Unidade Hospitalar apontará no Anexo III do Termo de

Referencia a quantidade de Remoções realizadas por Ambulâncias Tipo B e Tipo e seus respectivos conceitos para pagamento da Fatura de cada Remoção Realizada.

- 12.3.** O formulário deverá ser preenchido em 03 (três) vias, sendo a primeira via da **AHM**, a segunda da **CONTRATADA** e a terceira da **Unidade**.
- 12.4.** Os fiscais de contrato das Unidades deverão encaminhar mensalmente, e/ou a qualquer momento que solicitado, ao Gestor de Contrato da Autarquia Hospitalar Municipal, somente o **ANEXO III**, que se trata do consolidado dos quantitativos das **Fichas de Acordo de Nível de Serviço**, que será a ferramenta definidora do valor mensal do repasse ao prestador.
- 12.5.** O **SLA** não constitui penalidade ao prestador, apenas ferramenta de avaliação de nível de serviço para pagamento conforme entrega de serviço efetivamente realizado.
- 12.6.** A ficha de avaliação **SLA** deverá ser inteiramente preenchida na saída do veículo, por se tratar de remoções só de ida.
- 12.7.** Por constituir Avaliação de Nível de Serviço, no caso do prestador não concordar com a avaliação realizada no ato do serviço, e recusar-se a assinar a ficha, o instrumento será preenchido e assinado por duas testemunhas. O prestador receberá cópia da avaliação e terá 5 (cinco) dias úteis para prestar os esclarecimentos necessários, com a junção dos documentos comprobatórios.
- 12.8.** A **AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL**, através da **Gerência de Contratos** avaliará as justificativas, e se posicionará, por escrito, sobre o ocorrido, determinando então a avaliação de nível de serviço da remoção em até 10 (dez) dias úteis.
- 12.9.** No caso de Avaliações de Nível de Serviços críticos e/ou insuficientes de maneira sucessivas, a empresa **CONTRATADA** estará sujeita às penalidades conforme previsto em lei.

13. FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

- 13.1.** O Contrato será fiscalizado por profissional indicado pela Diretoria Técnica da Unidade da **CONTRATANTE**;
- 13.2.** O Fiscal de contratos da Unidade da **CONTRATANTE** deverá encaminhar ao setor de Gestão de Contratos da AHM – SEDE até o 5º dia útil do mês subsequente, para fins de pagamento as medições realizadas mensalmente, através da emissão de atestado pela unidade, podendo ser os serviços avaliados **“a contento”** ou **“não a contento”**, devidamente assinada pelo Fiscal do Contrato da unidade e pela Diretoria Técnica.

- 13.3. Avaliação “a contento”:** Deve ser apontada quando os serviços realizados estiverem satisfatórios, atendendo ao descrito neste **Termo de Referência**, sendo os pagamentos realizados de acordo com as **Fichas de Acordo de Nível de Serviço – ANEXO II** deste **Termo de referência**.
- 13.4. Na avaliação “não a contento”:** Os fiscais do contrato deverão apontar e justificar através de documentação comprobatória em sua medição mensal eventuais falhas de execução, para serem deduzidas e aplicadas as penalidades contratuais, e então proceder os pagamentos realizados de acordo com as **Fichas de Acordo de Nível de Serviço – ANEXO II** deste **Termo de Referência**.
- 13.5.** Fica compreendido que enquadrada nas condições anteriores, no caso de reincidência em medições “**não a contento**” fica a **CONTRATADA** submetida a rescisão contratual unilateral.
- 13.6.** Todos os atestados deverão ser acompanhadas das **Planilhas de Quantitativos Consolidados**.
- 13.7. Acordo de Nível de serviços**
- 13.7.1.** Mensalmente será preenchida, pelo fiscal do contrato, ficha de avaliação, conforme ANEXO II desse instrumento, que comporá o conjunto de documentos-base para avaliação do acordo de nível de serviço, ferramenta definidora do valor mensal do repasse ao prestador;
- 13.7.2.** O SLA (Service Level Agreement) não constitui penalidade ao prestador, apenas ferramenta de avaliação de nível de serviço para pagamento conforme entrega de serviço efetivamente realizada;
- 13.7.3.** O formulário deve ser feito em 03 (três) vias, sendo a primeira via da AHM – Autarquia Hospitalar Municipal, a segunda da **CONTRATADA** e a terceira da unidade da **CONTRATANTE**;
- 13.7.4.** Por constituir avaliação de nível de serviço, no caso do prestador não concordar com a avaliação realizada no ato do serviço, e recusar-se a assinar a ficha, o instrumento será preenchido e assinado por duas testemunhas. A **CONTRATADA** então receberá cópia da avaliação e terá 05 (cinco) dias úteis para prestar os esclarecimentos necessários, com a junção dos documentos comprobatórios necessários;
- 13.7.5.** O gestor do contrato na AHM – Autarquia Hospitalar Municipal avaliará as justificativas, e se posicionará, por escrito, sobre o ocorrido, determinando então a avaliação de nível de serviço;

13.7.6. No caso de avaliações de nível de serviços críticas e/ou insuficientes de maneira sucessivas, a empresa **CONTRATADA** estará sujeita às penalidades conforme previsto em lei e no Termo de Contrato.

14. VIGÊNCIA DO CONTRATO

14.1. O prazo de vigência deste contrato é de **180 (cento e oitenta) dias**, contados da data da **Ordem de Início**, emitida pelo **Departamento de Gestão da Assistência** da **CONTRATANTE**, podendo ser rescindido à qualquer tempo mediante ao encerramento da situação de crise relativa a pandemia do Coronavírus.

15. CRITÉRIOS DE JULGAMENTO.

O critério de julgamento de preços para proposta vencedora da concorrência será o de **menor valor global** que atenda os demais requisitos deste **Termo de Referência**.

ANEXO II

ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇOS

DATA: ____/____/____		TIPO DA AMBULÂNCIA: () B () D	
PACIENTE: _____		REGISTRO Nº _____ ENF./TÉCN. _____	
MÉDICO: _____			
MOTORISTA: _____		VTR: _____ PLACA: _____	
HORÁRIO DE CHEGADA: _____		HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____	
DESTINO: _____		SAÍDA: _____	
MOTIVO DA REMOÇÃO: _____			

Dimensão: VIATURA		Sim	Não	Pontos
1.1	As viaturas apresentaram-se identificadas, com toda documentação adequada ? (SIM = 1 PONTO)			
1.2	Os checklists de materiais e medicamentos estavam realizados e a contento em 100% das remoções? (SIM = 2 PONTOS)			
1.3	Todos os equipamentos estavam presentes, testados e funcionantes? (SIM = 2 PONTOS)			
1.4	As viaturas encontravam-se limpas e higienizadas para o transporte? (SIM = 2 PONTOS)			
1.5	O local para o acompanhante estava disponível e equipado adequadamente com os itens de segurança necessários estipulados pelo Código Nacional de Trânsito ? (SIM = 1 PONTO)			
SUBTOTAL VIATURA (MAXIMO): 8 PONTOS				

Dimensão: EQUIPE		Sim	Não	Pontos
2.1	Os profissionais estavam uniformizados e com crachá com foto (SIM = 1 PONTO)			
2.2	Os EPIs estavam disponíveis e sendo utilizados pelos profissionais? (SIM = 1 PONTO)			
2.3	Os profissionais disponibilizados estavam de acordo com o tipo de transporte solicitado? (SIM = 2 PONTOS)			
2.4	A equipe apresentou atuação profissional comprobatória satisfatória? (SIM = 2 PONTOS) (NÃO = INTERROMPER O TRANSPORTE E NOTIFICAR AHM POR FALTA GRAVE)			
SUBTOTAL VIATURA (MAXIMO): 6 PONTOS				

Dimensão: TRANSPORTE E TEMPO		Sim	Não	Pontos
3.1	As viaturas disponibilizadas estavam de acordo com o tipo de transporte solicitado? (Sim = 2 PONTOS)			
3.2	As ambulâncias tipo B ou tipo D foram disponibilizadas para a transferência dentro do prazo estabelecido? (Sim = 3 PONTOS)			
3.3	No caso de atraso, houve comunicação prévia do atraso? (SIM = 1 PONTO)			
SUBTOTAL TRANSPORTE E TEMPO (MAXIMO): 6 PONTOS				
TOTAL AVALIAÇÃO DO ACORDO DO NÍVEL DE SERVIÇO				
HOUVE OCORRÊNCIA GRAVE POR PARTE DA EMPRESA QUE PREJUDICOU O PACIENTE? (SIM = ENVIAR RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA).				

Faixa de pagamento conforme nível de serviço apurado:

A	17 a 20 PONTOS	100%
B	14 a 16 PONTOS	90%
C	11 a 13 PONTOS	80%
D	10 ou menos pontos	70%

No caso do prestador não concordar em assinar a Avaliação de Nível de Serviço, as testemunhas abaixo estão cientes e atestam que a avaliação ocorreu e o funcionário da empresa foi devidamente identificado.

AHM – Unidade:

Nome:

Função:

RG:

Empresa:

Nome:

Função:

RG:

Testemunha

1:

Testemunha

2:

ANEXO III

Planilha de Quantitativos Consolidados

Unidade:																													
<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Tabela de Faixa de Pagamento</th></tr> <tr> <td>A</td><td>17 a 20 pontos</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>B</td><td>14 a 16 pontos</td><td>90%</td></tr> <tr> <td>C</td><td>11 a 13 pontos</td><td>80%</td></tr> <tr> <td>D</td><td>10 ou menos pontos</td><td>70%</td></tr> </table>			Tabela de Faixa de Pagamento			A	17 a 20 pontos	100%	B	14 a 16 pontos	90%	C	11 a 13 pontos	80%	D	10 ou menos pontos	70%	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Valor Individual por Remoções</th></tr> <tr> <td>B</td><td>Ida</td><td>R\$</td></tr> <tr> <td>D</td><td>Ida</td><td>R\$</td></tr> </table>			Valor Individual por Remoções			B	Ida	R\$	D	Ida	R\$
Tabela de Faixa de Pagamento																													
A	17 a 20 pontos	100%																											
B	14 a 16 pontos	90%																											
C	11 a 13 pontos	80%																											
D	10 ou menos pontos	70%																											
Valor Individual por Remoções																													
B	Ida	R\$																											
D	Ida	R\$																											

Assinatura do Responsável pelo preenchimento:_____ **Data:** __/__/__

ANEXO IV

PLANILHA DE PROPOSTA DE PREÇOS

Remoções Estimadas para pacientes suspeitos e/ ou Coronavírus positivo durante o enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus.						
Tipo de Ambulância	Trajeto	Quantidade Mensal	\$ Unitário	\$ Mensal	Quantidade Semestral	\$ Global
B	Ida	60		R\$ -	360	R\$ -
D	Ida	300		R\$ -	1.800	R\$ -
Total		360	-----	R\$ -	2.160	R\$ -