

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA Nº 001/2024-CACAC/SMS.G

**PROCESSO:** 6018.2023/0113053-5

**ABERTURA:** data da publicação no Diário Oficial da Cidade

### **CONSIDERAÇÕES GERAIS**

O Município de São Paulo, representado pela SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE- SMS, em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/2021, regulamentada no âmbito do Município de São Paulo pelo Decreto nº 62.100, de 27.12.2022 e, demais diplomas legais pertinentes, por meio do EDITAL DE CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA nº 01 / 2024- CACAC-SMS. G, torna público que realizará o credenciamento 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 que:

**a. A prestação desses serviços de saúde não pode sofrer descontinuidade devido ao alto risco de óbito que acarreta aos portadores de Doença Renal Crônica que não realizem esses procedimentos.**

De fato, a Terapia Renal Substitutiva - TRS, em suas modalidades de Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DPA/DPAC), constitui, praticamente, única alternativa de tratamento aos portadores de DRC. Outra alternativa, o Transplante Renal, exige, na quase totalidade das vezes, a manutenção do paciente em programa de TRS.

No ano de 2023, conforme dados do Censo Mensal encaminhados pelas clínicas de TRS à SMS, **QUADRO I** abaixo, em média, foram atendidos 7.051 pacientes, sendo 6.655 em hemodiálise e 396 em DPA/DPAC. O número de casos novos, no ano, foi de 2.163 e o número de saídas, soma de óbitos mais transplantes, foi de 1.481. A diferença entre entradas e saídas de pacientes, de 682, no período, grosso modo, equivale às necessidades anuais de novas vagas para atender a demanda crescente de portadores de Doença Renal Crônica - DRC que necessitam de tratamento dialítico.

**QUADRO I Dados do Censo Mensal de TRS - 2023**

Espec.	Nº
Casos Novos - SUS	2.163
HD - SUS	6.655
DPA e DPAC - SUS	396
Total de Óbitos	1.157
Total de Transplantes	324

Por outro lado, a fila única de espera para transplantes renais, de acordo com a Coordenação de Transplantes da SES, também tem sofrido aumentos recorrentes sendo que, em dezembro de 2023, 16.905 pacientes encontravam-se à espera do órgão. Considerando, pelo **QUADRO I**, que apenas 324 transplantes foram realizados nas clínicas contratadas pela SMS, percebe-se a tendência ao aumento de inscritos em programa de TRS.

### **b. A inexistência de serviço próprio municipal de assistência dialítica a pacientes portadores de Doença Renal Crônica.**

Considerando a Lei 8080/1988, que permite a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, a Secretaria Municipal da Saúde – SMS mantém contrato com 30 entidades que realizam Terapia Renal Substitutiva- TRS na cidade, sendo 4 serviços em hospitais filantrópicos e 26 em clínicas privadas com fins lucrativos. Além desses, 4 outros hospitais, sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde, também atendem pacientes em TRS, mas correspondem a menos de 5% dos atendimentos.

Dos 30 contratos mantidos com as entidades que realizam TRS, 15 deles serão encerrados neste ano de 2024 e os demais em 2025. Considerando as estimativas apresentadas, para não haver solução de continuidade na prestação de seus serviços, esses contratos terão que ser renovados.

### **c. O Aumento do número de solicitações para ingresso no programa de Terapia Renal Substitutiva -TRS, com demanda reprimida, cada vez maior, para serviços de TRS.**

Dados da Central de Regulação de TRS da Coordenadoria de Regulação mostram, já nesse ano de 2024, uma repressão de demanda da ordem de 300 pacientes portadores de DRC que aguardam em fila de espera para entrar em programa. Há que se mencionar que, nos últimos 5 anos, 7 clínicas, que mantinham contratos com esta SMS, encerraram suas atividades e houve a contratação de apenas uma nova clínica.

A oferta insuficiente de vagas para TRS acarreta aumento do tempo de permanência de pacientes portadores de DRC internados nos hospitais do Município, aumentando risco de comorbidades e mortalidade, sobrecarregando a ocupação de leitos e onerando financeiramente o Sistema Único de Saúde. Além da limitação da qualidade de vida que a internação hospitalar acarreta aos mesmos e a seus familiares.

Visando atender essa demanda crescente, prevê-se o ingresso de 300 novos pacientes ainda no ano de 2024 nas clínicas já contratadas com SMS. A **TABELA I**, em SEI (099510934) deste processo, mostra as estimativas de aumento, físico e financeiro, dos procedimentos necessários para atender os novos pacientes, considerando a média mensal da produção verificada no ano de 2023. Em que pese ser, o procedimento de Credenciamento, de caráter permanente, estima-se que para o ano de 2024, os recursos orçamentários para atender os pacientes hoje em programa de TRS e os 300 novos deverão onerar a Fonte 02 (Transferência Federal) e Fonte 03 (Transferência

Estadual). Isso porque, a partir de janeiro de 2024, passou a vigor a Tabela SUS Paulista, com a Resolução SS nº 198, de 29/12/2023, com pagamentos diferenciados aos procedimentos elencados na **TABELA I**.

Assim, estima-se que **R\$ 25.165.028,32** (vinte e cinco milhões, cento e sessenta e cinco mil e vinte e oito reais e trinta e dois centavos) deverão ser cobertos pelo Fundo Nacional de Saúde- FNS, cabendo ao Fundo Estadual de Saúde - FUNDES arcar com **R\$ 6.602.809,26** (seis milhões, seiscentos e dois mil oitocentos e nove reais e vinte e seis centavos), referentes às diferenças de valores estabelecidos na Tabela SUS Paulista. Todos os procedimentos elencados são referenciados no **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP** estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Além da necessidade premente de aumento de oferta nas clínicas já contratadas, espera-se que com o pagamento diferenciado estabelecido pela Tabela SUS Paulista novas clínicas venham a ser credenciadas nos próximos anos. Além disso, há necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça linha de cuidados integrais no manejo de pessoas que necessitem de cuidados em atendimento especializado, conforme normas definidoras no SUS e nos direitos e garantias fundamentais da cidadania, assegurados pela Constituição Federal/1988. Uma maior integração entre a rede de Atenção Primária, os ambulatórios de especialidades, os serviços de TRS e a rede hospitalar, inclusive os hospitais habilitados para transplantes renais, poderia levar a uma menor demanda por serviços de TRS, contribuindo para um maior equilíbrio entre oferta e demanda. Dados levantados pela Central de Regulação de TRS/Coordenadoria de Regulação junto às clínicas contratadas pela SMS indicam que a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou o “Diabetes mellitus” são responsáveis por cerca de 70% dos casos de Doença Renal Crônica em tratamento dialítico. A grande maioria desses casos, poderiam ter melhores prognósticos com ações mais integrais, em cada nível de atenção e mais integradas entre serviços de saúde atuando em rede.

### **1. DO OBJETO**

O presente EDITAL 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, por intermédio das ações de regulação de acesso realizadas pela Coordenadoria de Regulação do SUS.

### **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 Terapia Renal Substitutiva -TRS 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, definidas na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, na forma e condições a seguir elencadas, considerando:

**a.** 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 as **Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, ambas de 28/09/2017** com suas atualizações posteriores ou outras que venham substituí-las e;

**b.** 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 de Consolidação nº 2, de 28/09/2017, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS** e na **Portaria de Consolidação Nº 1, também de 28/09/2017, que estabelece a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)** no âmbito do SUS, ou outras normas que venham substituí-las.

### **2.2. CONCEITOS TÉCNICOS**

**a.** Consideram-se pacientes sem hepatite viral B os casos em que a sorologia apresentar resultado com HBsAg não reagente;

**b.** Pacientes com marcadores sorológicos HBsAg não reagente, Anti-HBc reagente e anti HBs reagente ou não reagente, interpreta-se como paciente tendo tido contato prévio com o vírus da Hepatite B (VHB) com resolução da doença aguda, portanto não tendo mais a Hepatite B;

**c.** Pacientes com marcadores HBsAg e anti HBc não reagentes é indicada a vacina de Hepatite B para obter proteção contra o VHB e níveis de antiHBs maior que 10UI/L;

**d.** Não existe indicação de realização de carga viral para o Vírus da Hepatite B (VHB) na “Portaria GM/MS nº 1.675, de 7 de junho de 2018 e RDC ANVISA nº 11 de 2014”, ambas em vigor;

**e.** As vagas de pediatria se referem a crianças de 0-14 anos, acompanhadas por nefropediatras e em tratamento dialítico em aparelhos adequados para a faixa etária e peso;

**f.** As vagas para as mulheres gestantes se referem às pacientes que necessitem de tratamento dialítico sendo estas acompanhadas em Pré Natal em unidades especializadas de gestação de alto risco no SUS.

### 3. DAS DIRETRIZES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS

As Instituições interessadas em participar do presente EDITAL deverão:

**3.1.** Manterem-se localizadas no município de São Paulo e submeterem-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** com suas atualizações posteriores 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 nº 11, de 13/03/2014** com suas alterações posteriores 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, **Resolução RDC nº 63 de 25/11/2011** com suas alterações posteriores ou outra que vier a substituí-la, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde e dá outras providências e **Resolução RDC nº 36 de 25/07/2013** com suas alterações posteriores ou outra que vier a substituí-la, que Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

**3.3.** Atender às diretrizes da **Portaria de Consolidação nº 3 e nº 6, de 03/10/2017** com atualizações posteriores, 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 à Coordenadoria de Regulação do SUS;

**3.4.** Realizar os serviços, objeto deste Edital, com rigorosa observância das especificações técnicas, com médico certificado como responsável técnico perante o Conselho Regional de Medicina (CRM) e Vigilância Sanitária e dos demais profissionais de saúde registrados e regularizados junto aos seus Conselhos de Classe;

**3.5.** Disponibilizar a qualquer momento, mediante solicitação da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, informações adicionais necessárias à execução de políticas de saúde previstas em leis ou regulamentos, obedecidas as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados.

**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 o Consolidado (BPA), Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), ou outro instrumento de coleta de dados implantado pelo Ministério da Saúde, à SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE;

**3.8.** Permitir que os serviços executados sejam supervisionados por técnicos e fiscais designados pela SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE;

**3.9.** Responsabilizar-se por todos os encargos e obrigações concernentes a legislações sociais, trabalhistas, tributárias, fiscais, comerciais, securitárias, previdenciária decorrentes dos serviços prestados, assim como, despesas de eventuais trabalhos não previstos, mas indispensáveis à execução das atividades;

**3.10.** Gerenciar e providenciar o descarte dos resíduos provenientes do objeto da contratação, de acordo com a **RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018**, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

**3.11.** Enviar mensalmente para SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS os ANEXOS de indicadores de acompanhamento e regulação, integrantes da Minuta de CONTRATO e abaixo relacionadas, bem como alimentar banco de dados de Sistema de Regulação de TRS que venha a ser adotado pela SMS:

a. ANEXO A: SOLICITAÇÃO TRS – DIÁLISE;

b. ANEXO B: AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE;

c. ANEXO C: ALTERAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DE DIÁLISE;

d. ANEXO D: CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SUS - REG SUS/CENTRAL DE REGULAÇÃO DE NEFROLOGIA;

e. ANEXO E: CAPACIDADE OPERACIONAL E CENSO;

f. ANEXO F: INDICADORES MENSIS DE QUALIDADE;

g. ANEXO G: INDICADORES TRIMESTRAIS DE QUALIDADE;

h. ANEXO H: RELATÓRIO MENSAL DE SAÍDA.

**3.12.** Aceitar os valores constantes para prestação dos serviços, objeto do presente certame, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, podendo ser complementados por Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES e, por Portarias da SMS, atinentes ao tema, ficando esclarecido que a Administração não admitirá qualquer alegação posterior que vise o ressarcimento de custos não considerados nos preços.

#### **4. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL**

**4.1.** Qualquer pessoa, física ou jurídica, é parte legítima para solicitar esclarecimentos em relação a este EDITAL ou, ainda, para impugná-lo, desde que o faça em até 03 (três) dias úteis após a data de sua publicação;

**4.2.** As impugnações ou pedidos de esclarecimentos sobre o EDITAL deverão ser dirigidos à **COMISSÃO EXAMINADORA DE CREDENCIAMENTO - TRS** instituída pela Portaria 797/2023 –

SMS.G e protocolados em dias úteis, das 09h00m às 17h00m, na Rua Doutor Siqueira Campos nº 176, 8º andar, Liberdade, São Paulo/SP;

**4.3.** A **COMISSÃO EXAMINADORA DE CREDENCIAMENTO - TRS** deverá decidir sobre a impugnação no prazo de 05 (cinco) 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 nova convocação;

**4.5.** A solicitação de esclarecimento ou impugnação deverá, obrigatoriamente, estar acompanhada de cópia de CPF ou RG, em se tratando de pessoa física, e de CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica, 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**, 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 licitar e 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 enquadrada nas disposições impeditivas da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, regulamentada pelo Decreto Nº 62.100 de 27 de dezembro de 2022 que dispõe sobre normas de licitação e contratos administrativos para a Administração Pública direta, autárquica e fundacional do Município de São Paulo;

**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.** As entidades somente serão credenciadas se apresentarem A **COMISSÃO EXAMINADORA DE CREDENCIAMENTO - TRS** licenças, certidões e documentos fiscais comprobatórios de regularidade dentro do prazo de validade, não sendo aceitos protocolos desses documentos;

**6.3.** A **COMISSÃO EXAMINADORA DE CREDENCIAMENTO - TRS** analisará o conjunto da documentação no prazo de até 07 (sete) dias úteis, contados da entrega do envelope contendo os documentos relacionados no item 7 e, publicará o resultado do credenciamento no Diário Oficial da Cidade de São Paulo – DOC/SP e no Boletim de Serviço Eletrônico – BSE, do Sistema Eletrônico de Informações - SEI;

**6.4.** As Instituições que não atenderem aos requisitos exigidos pelo presente EDITAL serão consideradas inabilitadas;

**6.5.** A **COMISSÃO EXAMINADORA DE CREDENCIAMENTO - TRS**, se entender necessário, poderá solicitar vistoria à instituição, com emissão de relatório da visita.

### 7. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Os interessados deverão entregar cópias dos documentos abaixo relacionados diretamente na SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, situada na Rua Doutor Siqueira Campos nº 176, 8º andar, Liberdade – São Paulo/SP, 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 interessada, 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 interessada deverá relacionar os documentos enviados;

**b.** O Ofício deverá conter e-mail e telefones do responsável legal.

**7.2.** Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) – Site:

[https://solucoes.receita.fazenda.gov.br/Servicos/cnpjreva/Cnpjreva\\_Solicitacao.asp](https://solucoes.receita.fazenda.gov.br/Servicos/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp);

**7.3.** CONTRATO ou Estatuto Social, última alteração devidamente registrada;

**7.4.** Ata de eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social;

**7.5.** Documento de identidade com foto do Responsável Legal pela Instituição;

**7.6.** 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**);

**7.7.** Declaração de inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a administração pública (**ANEXO V**);

**7.8.** 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**;



**7.9.** Declaração do representante legal, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas, conforme art. 63 da Lei n.º 14.133, de 01 de abril de 2021. (**ANEXO VII**)

**7.10.** 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**); **7.11.**

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 da Saúde;

**7.12.** Certificado de Registro da instituição no Conselho Regional de Medicina do (CRM);

**7.13.** Documento de Identidade com foto do RESPONSÁVEL TÉCNICO pela instituição;

**7.14.** Inscrição no Conselho Regional de Medicina do RESPONSÁVEL TÉCNICO pela instituição;

**7.15.** Licença de Funcionamento Sanitária ou relatório de inspeção expedido pela Vigilância Sanitária competente (SIVISA – ESTADUAL ou Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde (CMVS) – MUNICIPAL).;

**7.16.** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES com dados devidamente atualizados dos equipamentos e dos recursos humanos que atuam na Instituição;

**7.17.** Certificado de Instituição Beneficente de Assistência Social – CEBAS ou a Certidão de validade emitida pelo CNAS, se aplicável;

**7.18.** Cadastro Único das Entidades Parceiras do Terceiro Setor - CENTS (Lei nº 14.469 de 05/07/2007, no caso de Instituições sem fins lucrativos);

**7.19.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) – Site: <http://www.tst.jus.br/certidao>;

**7.20.** Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia (CRFG) – Site:

<https://consulta-crf.caixa.gov.br/consultacrf/pages/consultaEmpregador.jsf>;

**7.21.** Certidão Conjunta Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União, expedido pelo Ministério da Fazenda – Site:

<https://solucoes.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CertidaoInternet/PJ/Consultar/>;

**7.22.** Certidão Negativa de Débitos Tributários não inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo:

<https://www10.fazenda.sp.gov.br/CertidaoNegativaDeb/Pages/EmissaoCertidaoNegativa.aspx>;

**7.23.** Certidão Negativa de Débitos Tributários inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo –

Site: <https://www.dividaativa.pge.sp.gov.br/sc/pages/consultas/consultarDebito.jsf>;

**7.24.** Certidão Negativa de Tributos Mobiliários da PMSP ou sua isenção – Site:

[https://duc.prefeitura.sp.gov.br/certidoes/forms\\_anonimo/frmConsultaEmissaoCertificado.aspx](https://duc.prefeitura.sp.gov.br/certidoes/forms_anonimo/frmConsultaEmissaoCertificado.aspx);

**7.25.** Comprovante de regularidade junto ao Cadastro Informativo Municipal (CADIN) – Site:

[http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadin/Pesq\\_Deb.aspx](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadin/Pesq_Deb.aspx);

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

**7.27.** Balanço patrimonial e demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios 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;

**7.28.** Relação de Apenados pela Prefeitura do Município de São Paulo – Site:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/coordenadoria\\_de\\_bens\\_e\\_servicos\\_cobes/empresas\\_punidas/index.php?p=9255](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/coordenadoria_de_bens_e_servicos_cobes/empresas_punidas/index.php?p=9255);

**7.29.** Certidão de Apenados Estado de São Paulo – Site:

[https://www.bec.sp.gov.br/Sancoes\\_ui/asp/sancoes.aspx](https://www.bec.sp.gov.br/Sancoes_ui/asp/sancoes.aspx);

**7.30.** Sistemas Federais:

**a.** Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF) – Site:

<https://www3.comprasnet.gov.br/sicafweb/public/pages/consultas/consultarRestricaoContratarAdministracaoPublica.jsf>;

**b.** Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos (CADICON): Lista de Inidôneos do Tribunal de Contas da União – Site:

<https://contas.tcu.gov.br/ords/f?p=704144:3:110741602484081::NO:3,4,6>;

**c.** Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS): Empresas e pessoas físicas impedidas de participar de licitações ou de celebrar contratos com a Administração, em todas as esferas e nos três Poderes – Site:

<https://portaldatransparencia.gov.br/sancoes/consulta?cadastro=1>;

**d.** Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade (CNIA) – Site: [https://www.cnj.jus.br/improbidade\\_adm/consultar\\_requerido.php](https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php);

**7.31.** Instituições optantes pelo “Simples Nacional”:

**7.31.1.** 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;

**7.31.2.** De acordo com o art. 27 da Lei Complementar Federal nº 123, de 14 de dezembro de 2006 prevê a opção, por parte das microempresas e empresas de pequeno porte, optantes pelo Simples Nacional, de adotar contabilidade simplificada para os registros e controles das operações realizadas;

**7.31.3.** De acordo com o inc. I do art. 45 da Lei Federal nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995, a pessoa jurídica habilitada à opção pelo regime de tributação com base no Lucro Presumido deverá manter escrituração contábil nos termos da legislação comercial;

**7.31.4.** Deverão apresentar balanço e demonstrações contábeis do último exercício.

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

**7.32.1.** 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.

**7.32.2.** Por faixa etária (crianças e/ou adultos).

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

**7.33.** 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.

**7.34.** Os documentos deverão ser produzidos por escrito, com data e local de sua realização e assinatura dos responsáveis, cumprindo com a recomendação do inc. I do art. 12 da Lei Federal 14.133 de 2021.

## **8. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

**8.1.** Até 03 (três) 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 Doutor Siqueira Campos, nº 176, 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;

**8.5.** O recurso será julgado pela Comissão Examinadora e o resultado será publicado no Diário Oficial da Cidade de São Paulo;

**8.6.** 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;

**8.7.** A Instituição que for considerada inabilitada terá o prazo de 03 (três) dias úteis contados a partir da data de publicação no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, para recorrer quanto a sua inabilitação, conforme o estabelecido no **Artigo 165 da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021** e suas alterações posteriores;

**8.8.** 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 credenciadas ocorrerá em até 05 dias úteis a partir da data de publicação do resultado no Diário Oficial da Cidade e no Boletim de Serviço Eletrônico – BSE, do Sistema Eletrônico de Informações – SEI.

Ademais, em conformidade com o caput do art. 54 da Lei Federal 14.133 de 2021, o presente Edital de Credenciamento e seus anexos serão publicados na íntegra no Portal Nacional das Contratações Públicas – PNCP.

O prazo de validade do CREDENCIAMENTO das entidades será de até 02 (dois) anos, a contar da data de publicação no Diário Oficial da Cidade, caso não se efetue a contratação e, às entidades contratadas até o término do contrato.

### **10. DA CONTRATAÇÃO**

A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE celebrará CONTRATO de prestação de serviço com as Instituições credenciadas pelo presente Edital, 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.** Na hipótese de haver dois ou mais interessados, com oferta total superior aos quantitativos máximos estimados para o período e limitações financeiro-orçamentárias, terão preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (CF, Art. 199, §1.º), observado o quantitativo disponível para contratação por ocasião da proposta.

**10.2.1.** Caso a sobreposição de ofertas ocorra entre interessados com a mesma natureza jurídica, os interessados habilitados junto ao Ministério da Saúde como Unidade de Alta Complexidade em Nefrologia terão preferência.

**10.2.2.** Caso a sobreposição de ofertas ocorra entre interessados com a mesma natureza jurídica, será adotado o critério cronológico de apresentação da proposta, preservando-se ao interessado preterido a possibilidade de contratação em caso de demanda superveniente.

**10.2.3.** Caso ocorra a apresentação simultânea de propostas por interessados com a mesma natureza jurídica, considerada a simultaneidade a apresentação ocorrida no mesmo dia, será feita a divisão do quantitativo de procedimentos e ações de saúde entre os credenciados na mesma proporção.

**10.2.4.** Serão consideradas simultâneas, ainda, para fins de aplicação das regras de repartição do objeto ora previstas, as propostas recebidas no prazo de 15 (quinze) dias após a publicação deste Edital.

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

**10.4.** Por ocasião da assinatura do CONTRATO as Instituições credenciadas deverão comprovar a regularidade e a vigência da documentação apresentada no credenciamento, além de:

**a.** 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;

**b.** Certidão de QUITAÇÃO Eleitoral do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição, emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – Site: <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>;

**c.** Certidão negativa de CRIMES Eleitorais do RESPONSÁVEL LEGAL pela Instituição, emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral – Site: <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais>;

**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.

**10.6.** Ao fim do CONTRATO a Instituição que tiver interesse em nova contratação deverá solicitar novamente credenciamento.

### **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.

**11.2.** Os procedimentos TRS, objeto do presente, poderão sofrer aumento de valores, em caso de legislação que venha a ser editada por Estado e/ou Município que verse sobre a complementação de preços estabelecidos pelo Ministério da 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 à SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE a produção de acordo com o cronograma estabelecido, 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.

**11.4.1.** Após o processamento da produção apresentada mensalmente pelos sistemas do Ministério da Saúde, o valor aprovado será informado pela **Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar - CACAC** 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 (artigo 155 da Lei Federal nº 14.133/2021), autorizará a CONTRATANTE a aplicar-lhe as sanções previstas nos artigos 156 e seguintes, da Lei Federal nº 14.133, de 2021, ou seja:

**12.1.1.** Advertência;

**12.1.2.** Multa;

**12.1.3.** Impedimento de licitar e contratar por até 2 (dois) anos;

**12.1.4.** 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, não justificados, multa de 1% (um por cento) sobre o valor estimado dos serviços em atraso até o 30º 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 nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada as circunstâncias objetivas de cada ocorrência.

**12.2.7.** As sanções previstas nos itens **12.1.1**, **12.1.2**, **12.1.3** desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com multa.

**12.2.8.** A CONTRATADA terá o prazo de 15 (quinze) 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 de a 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 poderão ser obtidos mediante solicitação por escrito junto à COMISSÃO EXAMINADORA DE CREDENCIAMENTO - TRS

**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 DA SAÚDE a faculdade de revogar o CREDENCIAMENTO, de acordo com a oportunidade e conveniência da Administração, sem assistir às Instituições interessadas qualquer direito à indenização;

**13.4.** O credenciado poderá solicitar seu descredenciamento a qualquer tempo, mediante solicitação escrita ao órgão ou entidade contratante, que deliberará no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

**13.5.** Será descredenciada, a critério da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, a qualquer tempo, a Instituição que não mantiver as condições exigidas para credenciamento durante o curso do CONTRATO, bem como 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;

**13.6.** A documentação recepcionada no presente EDITAL será totalmente digitalizada conforme Portaria SMG/SMIT nº 1 de 26 de abril de 2018, que requer a obrigação de digitalização no art. 31;

**13.7.** Por meio de celebração de Termo Aditivo a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE poderá:

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

**13.7.2.** Redefinir os quantitativos físico-financeiros em decorrência da revisão da demanda;

**13.7.3.** 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, relacionados a linha de cuidados aos portadores de Doença Renal Crônica

**13.8.** Fica eleito o foro da Capital, por mais privilegiado que outro seja, para dirimir as questões que não puderem ser, amigavelmente, resolvidas pelas partes.

São Paulo, ..... de ..... de 2024

---

**PRESIDENTE DA COMISSÃO**



## ANEXO I

### MINUTA DO CONTRATO Nº ...../ 202.../SMS.G.SERMAP

**PROCESSO SEI Nº:** 6018.202 / \_\_\_\_\_ - \_

**CONTRATANTE:** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE

**CONTRATADA:** \_\_\_\_\_

**OBJETO DO CONTRATO:** Assistência à saúde da pessoa com Doença Renal Crônica em unidade de alta complexidade em Nefrologia

**VALOR ANUAL ESTIMADO:** R\$

**VALOR MENSAL ESTIMADO:** R\$

**DOTAÇÃO:** 84.10.10 - Fonte de Recurso 02

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE, com sede na Rua Doutor Siqueira Campos, nº 176, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado pelo Sr. \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, CNES de 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 à 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, a Lei Municipal nº 13.317/02 e, ainda, seu credenciamento no Edital de Credenciamento de Unidades de Alta Complexidade em Nefrologia Nº 001/2024-CACAC/SMS.G, 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 **Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, ambas de 28/09/2017**, 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 Licença Sanitária/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 GM/MS 1.675/2018(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 e RDC/ANVISA nº 63, de 25/11/2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde e dá outras providências das qual quais 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 implante de cateter para Diálise Peritoneal;
- d. A sala para atendimento aos pacientes “HbsAg+” será opcional, somente em caso de o Contratado formalize contrato/convênio com outro serviço para o atendimento desses pacientes, em conformidade com o artigo 68 da Portaria GM/MS 1.675/2018;
- e. Realizar periodicamente, em seus pacientes, os exames definidos nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;
- f. Dispor de equipamentos compatíveis e com registro na Anvisa com a demanda prevista e com os protocolos assistenciais para seu funcionamento;
- g. 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;
- h. Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise e garantir a estabilização do paciente;
- i. Serviço de enfermagem com enfermeiro especialista em Nefrologia;
- j. Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo e outros quando indicadas;
- k. Mecanismos que garantam a continuidade da atenção, quando houver necessidade de remoção;
- l. Procedimentos de trabalhos descritos e em conformidades com as legislações vigentes e pertinentes à atividade, que garantam qualidade e rastreabilidade dos serviços ofertados tais como, tratamento de água, processamento de dialisadores, dentre outros, de forma a se eliminar/minimizar a exposição dos pacientes a riscos sanitários;
- m. Enviar mensalmente para **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. Gratuidade das ações e dos serviços de saúde ao usuário executados no âmbito deste CONTRATO;
- c. Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;
- d. Considerando a importância de estabelecer diretrizes claras para lidar com os resultados das sorologias das hepatites virais, em conformidade com as legislações aplicáveis, em especial Portaria GM/MS 1.675/2018 e RDC 11/2014. Nos casos de soroconversão, que consiste na mudança dos marcadores sorológicos de anti-HCV ou HBsAg de não reagente para reagente, é obrigatório comunicar de maneira adequada o departamento responsável pela Vigilância Epidemiológica (Doenças de Notificação Compulsória) por meio de notificação SINAN e inserção na planilha mensal de Infecção Hospitalar. Também notificar imediatamente a Central de TRS (Triagem, Regulação e Serviços) para as medidas para autorização de capilar de uso único;
- 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;
- j. 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).

#### **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 à assistência aos pacientes, serão cumpridas as seguintes normas:

- a. Será vedada cobrança por serviços médicos, ambulatoriais e outros complementares da assistência devida à pacientes;
- b. A CONTRATADA responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita a paciente ou a seu representante por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do objeto deste CONTRATO.

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

**Parágrafo oitavo** 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 1.675/2018.

**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 TRS);
- 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 para o endereço eletrônico: [divisaodecontrole@prefeitura.sp.gov.br](mailto:divisaodecontrole@prefeitura.sp.gov.br), até o 10º dia útil, para o Divisão de Controle da Assistência Complementar as seguintes planilhas: Capacidade Operacional e Censo Mensal, Indicadores Mensais e Trimestrais de Qualidade, Relatório Mensal de Saída (**ANEXOS E, F, G, H**).

**Parágrafo dez** 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** Na hipótese de vir a ocorrer atraso superior a 90 (noventa) dias nos pagamentos devidas pelo poder público, a CONTRATADA ficará obrigada a prestar o atendimento aos usuários do SUS, até 90 (noventa) dias, ressalvadas as 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), conforme definido pela RDC 11/2014 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 02/2010, ou a que venha substituí-la, desde o planejamento e entrada do produto no estabelecimento de saúde, até sua utilização e descarte”.

a. 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. **Resolução RDC nº 63 de 25/11/2011** com suas alterações posteriores ou outra que vier a substituí-la, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde e dá outras providências;
- d. **Resolução RDC nº 36 de 25/07/2013** com suas alterações posteriores ou outra que vier a substituí-la, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- e. Portaria GM/MS nº 1.675/2018 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);
- f. Portaria nº GM/MS nº 1.675/2018, 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;
- g. Identificar o paciente por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- h. Atualizar mensalmente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- i. Manter atualizada a Licença Sanitária emitida pela Vigilância em Saúde competente;
- j. 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;
- k. Obriga-se a apresentar relatórios de atividades sempre que solicitado pelo gestor;
- l. Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;
- m. 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 do credenciamento durante todo o período contratual.

**Parágrafo vinte seis** Observar os princípios e requisitos das legislações de proteção de Dados Pessoais vigentes, incluindo, mas não se limitando, à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - LGPD, em relação às atividades de tratamento e processamento de dados pessoais, incluindo categorias especiais de dados.

**Parágrafo vinte sete** Cumprir com as exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz (inc. XVII do art. 92 da Lei Federal nº 14.133 de 2021), quando for o caso.



### **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, apresentados, processados e aprovados pelos sistemas do SUS, 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.

a. Os procedimentos TRS, objeto do presente, poderão sofrer aumento de valores, em caso de legislação que venha a ser editada por Estado e/ou Município que verse sobre a complementação de preços estabelecidos pelo Ministério da 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 o artigo 136 da Lei Federal nº 14.133, de 2021, 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** 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), Agência ....., Conta Corrente nº .....**, 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.

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 DÉCIMA – 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, inclusive eventual fornecimento “in loco” de dados médicos de pacientes assistidos pela CONTRATADA, especialmente, para o exercício regular de direitos em processo judicial quando a CONTRATANTE figura como ré (Fundamento legal: Inciso VI, Art. 7º, LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018)"

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES**

A inobservância pela CONTRATADA de cláusula ou obrigação constante do CONTRATO ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente (artigo 155 da Lei Federal nº 14.133/2021), autorizará a CONTRATANTE a aplicar-lhe as sanções previstas nos artigos 156 e seguintes, da Lei Federal nº 14.133, de 2021, ou seja:

- a. Advertência;
- b. Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 2 (dois) anos;
- c. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a administração dos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;
- d. Multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:
  - i) Pela inexecução total do objeto CONTRATO, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;
  - ii) Pelo retardamento no início da prestação dos serviços contratados, não justificados, multa de 1% (um por cento) sobre o valor estimado dos serviços em atraso até o 30º dia, data a partir da qual se caracterizará o inadimplemento absoluto;
  - iii) Pela inexecução parcial, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor correspondente à parcela dos serviços executados ou não executados em desacordo com o presente CONTRATO ou com as normas legais e infra legais, aplicáveis à espécie;

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

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

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

**Parágrafo segundo** As sanções previstas nos incisos **a**, **b** e **c** desta CLÁUSULA poderão ser aplicadas juntamente com multa.

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

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

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

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA ANTICORRUPÇÃO**

Para a execução deste Contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra

forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO**

A rescisão deste CONTRATO obedecerá às disposições da Lei Federal nº 14.133/2021.

**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 180 (cento e oitenta) 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, mediante notificação prévia devidamente motivada, em caso de descumprimento das obrigações da CONTRATANTE, em especial no caso de atraso superior a 3 (três) meses dos pagamentos devidos, devendo a contratação permanecer, por até 90 (noventa) dias, contados 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 DÉCIMA QUARTA – DOS PRAZOS RECURSAIS**

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste CONTRATO ou de sua rescisão, cabe recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis a contar da intimação do ato, exceto quanto ao **item c** da Cláusula Décima Primeira, referente à inidoneidade para licitar ou contratar com a administração. Neste caso, deverá ser observado o estabelecido no Artigo 167 da Lei Federal Nº 14.133, de 01/04/2021.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA**

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

**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 DÉCIMA SEXTA – 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 DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO**

O presente CONTRATO será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município e no Boletim de Serviço Eletrônico – BSE, do Sistema Eletrônico de Informações - SEI, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – 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 2.024

---

**CONTRATANTE**

---

**CONTRATADA**

TESTEMUNHAS:

**ANEXO II**

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO**

Nome da Instituição

Processo SEI nº.....

CONTRATO ..... / 20... / SMS.G.SERMAP

<b>Código</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>Físico</b>	<b>Vi. Unit. (R\$)</b>	<b>Vi. Total (R\$)</b>
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)			
202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA			
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS			
202010694	DOSAGEM DE UREIA			
202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXI VITAMINA D			
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			
<b>TOTAL FINANCIAMENTO BLOCO DE CUSTEIO / AT. MÉDIA COMPLEXIDADE</b>				
305010093	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)			
305010107	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)			
305010115	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE SOROLOGIA POSITIVA (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)			
305010123	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE SOROLOGIA POSITIVA (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)			
305010212	IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DILÍTICO EM TRÂNSITO			
418010013	CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)			
418010021	CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO			
418010030	CONFECÇÃO 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			
<b>TOTAL FINANCIAMENTO FAEC - NEFRO</b>				
<b>RESUMO FINANCEIRO</b>				
<b>MEDIA COMPLEXIDADE</b>				
<b>FAEC/ TRS FPO</b>				
<b>TOTAL</b>				

## ANEXO III

### MODELO DE ENVELOPE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/ CACAC – SMS.G  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM  
NEFROLOGIA – TRS Nº 001/2024**  
Rua Siqueira Campos nº 176, 8º andar - Liberdade – CEP 01509-020  
São Paulo - SP  
**(NOME DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA)**

**ANEXO IV**

**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**

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

Nos termos do artigo 14 da **Lei nº 14.133/2021**, 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 - SP, 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), independentemente da posição ocupada por este(s) nos quadros do funcionalismo municipal.

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Nome completo

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO LEGAL PARA LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

À

SECRETARIA MUNICIPAL DA 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 DE NÃO INCORRÊNCIA DAS HIPÓTESES DE INELEGIBILIDADE

**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 04/06/2010, 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**

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 63, DA LEI FEDERAL Nº 14.133 de 2021

(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, do disposto no  
inciso VI do art. 63 da Lei n.º 14.133, de 01 de Abril de 2021, que cumpre as exigências de reserva  
de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e  
em outras normas específicas.

São Paulo, de de 2024

---

Representante Legal/Procurador

### ANEXO VIII

#### 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**, do disposto no  
inciso VI do art. 68 da Lei n.º 14.133, de 01 de Abril de 2021, c/c pela Lei n.º 9.854, de 27 de outubro  
de 1.999, 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 2024

\_\_\_\_\_  
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:		
Telefone:	CNES:	
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 ( )	Filantropico ( )	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**

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 ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço de Assistência Social Nome/CRESS/carga horária	Vínculo CLT ( ) Autônomo ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço de Psicologia Nome/CRP/carga horária	Vínculo CLT ( ) Autônomo ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço que realiza Fístula Arteriovenosa	Vínculo CLT ( ) Autônomo ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço que instala Cateter para DPAC	Vínculo CLT ( ) Autônomo ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Laboratório de Análises Clínicas	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Laboratório de Histocompatibilidade	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Laboratório de Microbiologia	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço de Manutenção de Equipamentos	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço de Manutenção do Tratamento d'Água	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço de Análise d'Água	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ___/___/___ Vencimento: ___/___/___ Indet. ( )
Serviço de Manutenção do Gerador de Energia	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b>

	Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ____/____/____ Vencimento: ____/____/____ Indet. ( )
Outros Serviços	Próprio ( ) Empresa contratada ( )
	<b>Se terceirizado:</b> Empresa: CNPJ/CPF: _____ Início: ____/____/____ Vencimento: ____/____/____ Indet. ( )

**IX. OUTROS SERVIÇOS**

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 ( )
Atende ao estabelecido na RDC 50/2002	SIM ( )	NÃO ( )
Eletrocardiógrafo	SIM ( )	NÃO ( )
Carro de emergência com monitor cardíaco e desfibrilador	SIM ( )	NÃO ( )
Ambú com reservatório	SIM ( )	NÃO ( )
Material completo para intubação endotraqueal	SIM ( )	NÃO ( )
Medicamentos para atendimento de Emergência	SIM ( )	NÃO ( )
Aparelho de Ventilação pulmonar mecânica	SIM ( )	NÃO ( )
Aspirador de secreções portátil	SIM ( )	NÃO ( )
Aspirador de secreções	SIM ( )	NÃO ( )

**XII. CAPACIDADE INSTALADA**

<b>1. Hemodiálise - HD</b>	
Última visita da COVISA / SIVISA: ____/____/____	Há pendência? SIM ( ) NÃO ( )
Capacidade instalada de HD (Nº de pontos de água x Nº turno x 2 grupos de sessões):	_____ pacientes
Capacidade instalada HD atual (Nº de máquinas x Nº turno x 2 grupos de sessões):	_____ pacientes
Previsão de oferta para o SUS para HD:	_____ pacientes

<b>2. Diálise Peritoneal: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – CAPD e Diálise Peritoneal Automática – DPA</b>	
CAPD:	SIM ( ) NÃO ( )
DPA:	SIM ( ) NÃO ( )
Sala de Treinamento:	SIM ( ) NÃO ( )
Previsão de oferta para o SUS para CAPD:	_____ pacientes
Previsão de oferta para o SUS para DPA:	_____ pacientes

**XIII. EQUIPAMENTOS PARA HEMODIALISE**

Distribuição de máquinas por sala de Hemodiálise		
1. Sala HbsAg negativo: SIM ( ) NÃO ( )		
Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

2. Sala HbsAg positivo SIM ( ) NÃO ( )		
Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos

3. Sala HCV positivo SIM ( ) NÃO ( )		
Nº de pontos	Nº de máquinas	Nº de turnos
Paciente recém-admitido com sorologia desconhecida para hepatite B, dialisa em máquina exclusiva? SIM ( ) NÃO ( )		
Nº de Máquinas de reserva:                      máquinas		
Atende pacientes com sorologia:		
HCV (+)                      SIM ( ) ou NÃO ( )		
HIV (+) SIM ( ) ou NÃO ( )		

4. Nº de Sala de reuso de capilar exclusiva para pacientes soronegativos: Retirar as colunas para pacientes soropositivos, pois a RDC 11/2014 somente prevê o reuso para pacientes negativos		
HbsAg (-) e HCV (-)	HbsAg (+)	HCV (+)

**XIV. TRATAMENTO DE ÁGUA**

<b>1. Água de Abastecimento</b>		
Rede Pública ( )	Poço artesiano ( )	Ambos ( )
Se utilizar água do poço artesiano, existe Outorga?		
NÃO ( )	SIM ( )	Data de validade:    /    /
<b>2. Registro diário da atividade de monitoração da qualidade da água tratada segundo (RDC/ANVISA 11 de 13/3/04)?</b> SIM ( ) NÃO ( )		
Justificar se NÃO:		
<b>3. Laudo das análises da água potável e tratada seguem padrão preconizado na RS RDC/ANVISA nº 11 de 13/3/04 de 13/3/04 e Portaria GM/MS nº 888 de 04/05/2021?</b> 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 DIÁLISE**

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:    /    / 202...

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico

## ANEXO X

### RECURSOS HUMANOS

#### I. 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 ( )

#### II. EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

#### III. OUTROS ENFERMEIROS

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

#### PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - 1º TURNO

Nome	COREN	Assinalar com "X"	
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )

#### Profissional de Enfermagem exclusivo para o reuso SIM ( ) NÃO ( )

Nome:	COREN	Assinalar com "X"	
Nome:		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )

#### PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - 2º TURNO

Nome	COREN	Assinalar com "X"	
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )

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

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - 3º TURNO			
Nome	COREN	Assinalar com "X"	
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )
		Técnico ( )	Auxiliar ( )

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

**IV. OUTROS PROFISSIONAIS**

Nome	Categoria	Nº Conselho de Classe
1.	Assistente Social	
2.	Psicólogo	
3.	Nutricionista	
4.	Farmacêutico	
5.		
Funcionário exclusivo para limpeza	SIM ( )	NÃO ( )

Data:     /     / 202...

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Responsável Técnico

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### ANEXO A

Coordenadoria de Regulação do SUS - REG SUS  
Central de Regulação de Nefrologia  
SOLICITAÇÃO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – DIÁLISE

#### DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

Hospital/Clínica:	Tel:
Cidade:	UF: Natureza:
Tipo de Solicitação:	Período (apenas se trânsito):
E-mail:	Data da solicitação: / /

#### DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente:
Sexo: Tel. do paciente:
CPF: Cartão SUS:
Nome da mãe:
End. residência:
Nº: CEP: Bairro: Cidade/Estado:
End. de destino:
Nº: CEP: Bairro: Cidade/Estado:
Responsável (familiar):
Observações:

#### RESUMO CLÍNICO

Diagnóstico de base:	CID 10:
Tratamento conservador (local):	Data de início:
Tratamento dialítico (local):	Acesso:
Observações:	
Transplante anterior:	Se sim, informar a data do transplante: / /
Modalidade solicitada:	Se internado, está em condições de alta hospitalar: / /
Mudança de tratamento (apenas p/ a mesma clínica):	Anterior: Solicitado:
Justificativa:	
Patologias associadas:	
Sangramentos:	Condições hemodinâmicas: PA:
Medicações:	
Ureia: Creatinina: Potássio: Glicemia: Clearance:	
Sorologias: HBV: (HBsAg, Anti HBs, Anti HBc) HIV: HCV:	
Local de preferência (clínica):	
Médico Responsável: CRM:	

#### CONCLUSÃO (uso exclusivo da Central de Regulação, favor não preencher)

Solicitação:	
Data da resolução: / / Código TRS:	
Se cancelada, motivo:	Nº do prontuário TRS:
Autorização para Unidade de Diálise:	Data de triagem: / /
Médico Autorizador:	CRM:

**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:
CPF:	Estado civil:	Idade:
Endereço:		
Bairro:	Cidade/Estado:	Tel.:
Responsável:		

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Observação:

Conclusão:	Modalidade:	Mudança de modalidade:
Justificativa:		
Código da autorização:		
Unidade de diálise:		Nº do prontuário:
Médico avaliador:		CRM:
E-mail:		Data:    /    /

## 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 DO 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 de Regulação via e-mail na ocasião das alterações dos programas de diálise, sendo seu envio obrigatório para liberação de vagas**

Responsabilizo-me pelas informações acima contidas:	
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:
E-mail:

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 de ocupação peritoneal	0
Total disponíveis hemodiálise	0
Total disponíveis peritoneal	0

Médico responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

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

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### ANEXO E

#### CAPACIDADE OPERACIONAL E CENSO

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

CAPACIDADE OPERACIONAL	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número de pontos												
Número de máquinas de reserva												
Número total de máquinas (inclui máquinas de reserva)												
Número de turnos												

ENTRADA DE PACIENTES - CENSO	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número de pacientes novos SUS admitidos no mês (não incluir pacientes em trânsito)												
Número de pacientes novos não SUS admitidos no mês (não incluir pacientes em trânsito)												
ENTRADA DE PACIENTES NO SERVIÇO - TOTAL												

PACIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO POR MODALIDADE DE TRATAMENTO	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
HD SUS - nº de pacientes em tratamento dialítico existente no mês												
DPA e DPAC SUS - nº de pacientes em tratamento dialítico existente no mês												
HD NÃO SUS - nº de pacientes em tratamento dialítico existente no mês												
DPA e DPAC NÃO SUS - nº de pacientes em tratamento dialítico existente no mês												
NÚMERO DE PACIENTES EM TRS NO MÊS - TOTAL												

SAÍDA DE PACIENTES DO SERVIÇO	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número total de óbitos												
Número de óbitos de pacientes com mais de 3 meses de TRS												
Número de transplantes												
Número de abandonos de tratamento												
Número de transferências para outro serviço												
Número de transferências de SUS para convênio												
Número de transferências de convênio para SUS												
Número de recuperação da função renal												
SAÍDA DE PACIENTES NO MÊS - TOTAL												

INTERCORRÊNCIAS E OUTROS DADOS PARA CÁLCULO DOS INDICADORES DE QUALIDADE	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Pacientes em HD hospitalizados por intercorrência clínica												
Pacientes em DPA e DPAC hospitalizados por intercorrência clínica												
Número de pacientes em HD com infecção da via de acesso												
Número de pacientes em HD com Cateter Venoso Central de curta duração por mais de 3 meses												
Número de pacientes em DPA e DPAC com peritonite												
Número absoluto de pacientes com soro conversão positiva para Hepatite C em pacientes em HD												
Número de pacientes HCV positivos em HD												
Número de pacientes com KTV maior ou igual 1,2												
Número de pacientes em tratamento dialítico com HB maior que 10 g/dl												
Número de pacientes em tratamento dialítico com dosagem de fósforo (P) entre 3,5 e 5,5 mg/dl												
Número total de pacientes em HD com FAV												
Número de pacientes com FAV confeccionadas no mês												
Número de pacientes com FAV maturadas no mês												
Número de pacientes aptos para o transplante e com mais de 6 meses de tratamento dialítico, inscritos na CNCDO												
Número total de pacientes aptos para transplante, com mais de 6 meses de tratamento dialítico												
Número de pacientes com albumina maior ou igual 3,0 mg/dl												
Número de pacientes com PTH maior que 600 pg/ml												

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### 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:	Tel. (fixo e celular, se houver):

CAPACIDADE OPERACIONAL	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número de pontos												
Número de máquinas de reserva												
Número total de máquinas (inclui máquinas de reserva)												
Número de turnos												

PACIENTES	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Número de pacientes em HD												
Número de pacientes em DP												
Número de transplantes												

AVALIAÇÃO MENSAL DO SERVIÇO DE DIÁLISE - Portaria GM nº 389 de 13/03/ 2014												
INDICADORES DE QUALIDADE	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Taxa de mortalidade [%]												
Taxa de hospitalização dos pacientes em HD [%]												
Taxa de hospitalização dos pacientes em DPA e DPAC [%]												
Proporção de paciente em uso de Cateter Venoso Central por > 3 meses [%]												
Incidência de Peritonite em pacientes em DPA e DPAC [%]												
Número de soro conversão para Hepatite C positiva em pacientes em tratamento dialítico												
Proporção de confecção de Fístula Arteriovenosa - FAV maturadas [%]												
Proporção de pessoas em diálise peritoneal [%]												
Proporção de pacientes com Hemoglobina > 10 g/dl, em tratamento dialítico [%]												
Proporção de pacientes com Fósforo entre 3,5 a 5,5 mg/dl [%]												
Proporção de pacientes em HD com KTV igual ou maior que 1,2 [%]												
Proporção de pacientes aptos para o transplante e com mais de 6 meses de tratamento dialítico, inscritos na CNCDO [%]												

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### ANEXO G

#### INDICADORES TRIMESTRAIS DE QUALIDADE

Nome da instituição:	
CNPJ:	
CNES:	
Endereço com CEP:	
Diretor:	E-mail:
Responsável técnico:	E-mail:
Responsável pela informação	E-mail: <span style="float: right;">Tel. (fixo e celular, se houver):</span>

AVALIAÇÃO TRIMESTRAL DO SERVIÇO DE DIÁLISE - Portaria GM nº 389 de 13/03/ 2014																				
Indicadores de qualidade	Jan.	Fev.	Mar.	Total Pacientes em HD em março	1º tri.	Abr.	Mai.	Jun.	Total Pacientes em HD em junho	2º tri.	Jul.	Ago.	Set.	Total Pacientes em HD em setembro	3º tri.	Out.	Nov.	Dez.	Total Pacientes em HD em dezembro	4º tri.
Proporção de pacientes com Albumina >3,0 mg/dl																				
Proporção de pacientes com PTH >600g/ml																				

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### ANEXO H

### RELATÓRIO MENSAL DE SAÍDAS

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

Nome Completo (sem abreviar)	Data de Nascimento	Nº do CNS	Nº da APAC	Data de início da TRS	Data de Saída	Motivo da Saída
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	
	__/__/__			__/__/__	__/__/__	