

**CONTRATO Nº 17/SMS. G/2019**

**PROCESSO SEI:** 6018.2019/0077332-0

**CONTRATANTE:** SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**CONTRATADA:** SAMARIM ASSISTENCIA NEFROLOGICA LTDA

**OBJETO DO CONTRATO:** ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA

**DOTAÇÃO:** 84.10.10.302.3003.4113.3390.3900.02

O **MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado por **EDSON APARECIDO DOS SANTOS**, Secretário Municipal da Saúde, doravante designada simplesmente por **CONTRATANTE**, e **SAMARIM ASSISTENCIA NEFROLOGICA LTDA** com sede em São Paulo, na Rua Conselheiro Brotero, nº 1.486, Santa Cecília, CEP: 01232-010, inscrita no CNPJ sob o nº 59.277.806/0001-74, com seu contrato social protocolado na JUCESP nº 0.809.227/19-8 em 08/08/2019, com registro no Conselho Regional de Medicina (CREMESP) sob o nº 909632, CNES: 2077728, neste ato representado por seus administradores **EDSON PEREIRA DA SILVA**, portador da cédula de identidade RG 18.892.661-6 inscrito no CPF/MF sob o nº 128.101.488-56 e **EUFRONIO JOSÉ D'ALMEIDA FILHO**, portador da cédula de identidade RG nº 52.40076-9/RJ, inscrito no CPF sob o nº 638.147.577-34 adiante designada como **CONTRATADA** e considerando o disposto no art. 199, § 1º, da Constituição da República, art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Município, e artigos 4º, § 2º e 24 a 26, a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990, em especial o disposto no art. 9º sobre a Direção Única do SUS que deve ser exercida em cada esfera de governo sendo que, no âmbito dos Municípios, por sua **SECRETARIA** da Saúde ou órgão competente e a Lei Municipal nº 13.317/02 resolvem celebrar o **CONTRATO** consubstanciado no presente instrumento, cujas cláusulas seguem abaixo.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente **CONTRATO** tem por objeto a integração da **CONTRATADA** na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de acordo com as diretrizes do SUS estabelecidas na Portaria nº



AW

389, de 13/03/2014, ou outra que venha a substituí-la e que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).

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

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

**Parágrafo segundo.** Os Serviços serão executados por **SAMARIM ASSISTENCIA NEFROLOGICA LTDA** com sede em São Paulo, na Rua Conselheiro Brotero, nº 1.486, Santa Cecília, CEP: 01232-010, com Alvará Sanitário/Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, sob o nº 355030890-864-011467-1-8 sob a responsabilidade técnica da **Dra. Vanda Jorgetti**, registrado no Conselho Regional de Medicina sob o nº 28713.

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

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

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

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA**

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



*Handwritten initials and signature.*

- 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. Confecção da fístula arteriovenosa de acesso a Hemodiálise ou o implante de cateter para Diálise Peritoneal.
- d. Realizar uma ou mais modalidades de TRS para tratamento da pessoa com DRC.
- e. Na impossibilidade de realização de TRS para pacientes com sorologias positivas, a **CONTRATADA** deverá possuir convênio ou CONTRATO formal com outro serviço, conforme Art. 11 da Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014.
- f. Realizar periodicamente, em seus pacientes, os exames definidos nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.
- g. Dispor de equipamentos compatíveis com a demanda prevista e com os protocolos assistenciais para seu funcionamento.
- h. Dispor de materiais e equipamentos para o atendimento de emergência, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso, em plenas condições de funcionamento.
- i. Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise e garantir a estabilização do paciente.
- j. Serviço de enfermagem com enfermeiro especialista em Nefrologia.
- k. Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo e outros quando indicadas.
- l. Mecanismos que garantam a continuidade da atenção, quando houver necessidade de remoção.
- m. Enviar mensalmente par a **CONTRATANTE** os seguintes relatórios e planilhas:
  - i. ANEXO A: SOLICITAÇÃO TRS - DIÁLISE
  - ii. ANEXO B: AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE
  - iii. ANEXO C: ALTERAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DE DIÁLISE
  - iv. ANEXO D: CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SUS- REG SUS/CENTRAL DE REGULAÇÃO DE NEFROLOGIA
  - v. ANEXO E: CAPACIDADE OPERACIONAL E CENSO
  - vi. ANEXO F: INDICADORES MENSAIS DE QUALIDADE
  - vii. ANEXO G: INDICADORES TRIMESTRAIS DE QUALIDADE
  - viii. ANEXO H: RELATÓRIO MENSAL DE SAÍDA
- n. Anualmente, até o 15º dia útil de janeiro, enviar as planilhas da Capacidade Operacional e Censo Mensal, dos Indicadores de Qualidade Mensais e Trimestrais preenchidas de janeiro a



A 9 ✓

dezembro, impressas e devidamente assinadas pelo Diretor, Responsável Técnico e Responsável pelo envio mensal das informações.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DO ATENDIMENTO**

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

- a. O acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas Unidades Básicas de Saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência.
- b. Encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência do Sistema Único de Saúde (SUS) e sem prejuízo da observância das ações da Coordenadoria de Regulação do SUS/SP - REGSUS deste Município, utilizando os seguintes formulários:
  - i. SOLICITAÇÃO TRS - DIÁLISE (ANEXO A)
  - ii. AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE (ANEXO B)
- c. Gratuidade das ações e dos serviços de saúde ao usuário executados no âmbito deste CONTRATO.
- d. Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS.
- e. Contribuir para a elaboração e implementação de protocolos técnicos de atendimento e de encaminhamento para as ações de saúde.
- f. Estabelecimento de metas quantitativas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes desse CONTRATO.
- g. Educação permanente de recursos humanos.
- h. Aprimoramento da atenção à saúde.
- i. A prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações aprovadas pela Comissão de Ética Médica.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

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



*[Handwritten signature]*

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

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

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

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

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

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

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

- 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 389, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la).

**Parágrafo nono.** A **CONTRATADA** obriga-se a informar a Coordenadoria de Regulação do Município – REG SUS com a periodicidade estabelecida pela Central de Regulação de Nefrologia/Disque Diálise, os seguintes dados necessários para atualização do sistema:



- a. Número de vagas disponíveis (**ANEXO D - CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SUS- REG SUS/CENTRAL DE REGULAÇÃO DE NEFROLOGIA**)
- b. Horário da agenda para avaliação de pacientes encaminhados, que não poderá ultrapassar 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de liberação da vaga pela Central
- c. A aceitação ou recusa do paciente encaminhado em impresso próprio da Central de Regulação de Nefrologia - **AValiação para ingresso em programa de diálise (ANEXO B)** e, no caso da recusa do encaminhamento pelo **CONTRATADA**, o mesmo deverá ser justificado.
- d. Encaminhar mensalmente por e-mail, até o 10º dia útil, para o Departamento de Contratos Assistenciais Complementares as seguintes planilhas: Capacidade Operacional e Censo Mensal, Indicadores Mensais e Trimestrais de Qualidade, Relatório Mensal de Saída (**ANEXOS E, F, G, H**).
  - i. Anualmente, até o 15º dia útil de janeiro, encaminhar as planilhas impressas devidamente preenchidas e assinadas à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

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

**Parágrafo onze.** Notificar a **CONTRATANTE** de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos registrados junto à JUCESP (Junta Comercial do Estado de São Paulo) e com a devida atualização do CNPJ.

**Parágrafo doze.** A **CONTRATADA** ficará exonerada de responsabilidade pelo não atendimento de usuários do SUS, na hipótese de vir a ocorrer atraso superior a 90 (noventa) dias nos pagamentos devidas pelo poder público, ressalvadas situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna, e situações de urgência ou emergência.

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

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

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

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



*[Handwritten signature]*

**Parágrafo dezessete.** A CONTRATADA obriga-se a justificar a pacientes ou a seus representantes, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste CONTRATO.

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

**Parágrafo vinte.** A CONTRATADA obriga-se a respeitar a decisão de paciente e/ou responsáveis legais, ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo em casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

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

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

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

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

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

*"Esta conta deverá ser paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada a cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título".*

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



W

- a. Resolução RDC/ANVISA nº 50, de 21 /02/ 2002, ou outra que venha substituí-la, quanto às normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária em vigor, com vistas a garantir as condições físicas adequadas ao atendimento da clientela.
- b. RDC ANVISA nº 11, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências.
- c. Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014 (ou outra que vier a substituí-la) que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).
- d. Portaria GM/MS nº 1.535, de 23/07/2014, que altera os incisos I e II do art. 27 e acresce inciso XII ao art. 15 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.
- e. Identificar o paciente por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- f. Atualizar mensalmente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- g. Manter atualizado o Alvará Sanitário emitido pela Vigilância em Saúde competente.
- h. Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) estabelecido pela Portaria GM/MS nº 382, de 10/03/2005 ou outra que venha a substituí-la.
- i. Submeter-se à Política de Regulação do Gestor dispondo a totalidade dos serviços contratados para a Central de Regulação de Nefrologia do Complexo Regulador Municipal, observadas as normas, fluxos e protocolos pré-definidos.
- j. Obriga-se a apresentar relatórios de atividades sempre que solicitado pelo gestor.
- k. Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização.
- l. Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), principalmente quanto a:
  - i. Redução das filas e do tempo de espera para atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco.
  - ii. Que todo usuário do SUS saiba nomear quem são os profissionais que cuidam da sua saúde.

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



A W



**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, processados e aprovados nos Sistemas de Informações oficiais do Ministério da Saúde, de acordo com os valores unitários de cada procedimento previsto na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utilizando os recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde – FMS, pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS.

**Parágrafo primeiro.** As despesas decorrentes de atendimento ambulatorial e SADT consignados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) tem valor estimado anual de **R\$ 530.294,16** (quinhentos e trinta mil duzentos e noventa e quatro reais e dezesseis centavos) correspondendo a **R\$ 44.191,18** (quarenta e quatro mil cento e noventa e um reais e dezoito centavos) mensais, conforme estimativa físico-financeira constante na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) parte integrante deste Termo, sendo a estimativa de **R\$ 42.499,85** (quarenta e dois mil quatrocentos e noventa e nove reais e oitenta e cinco centavos) mensais para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações



A ✓

Estratégicas e Compensação (FAEC) e o limite de R\$ 1.691,33 (um mil seiscentos e noventa e um reais e trinta e três centavos) mensais para os procedimentos de Média Complexidade da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que serão custeados pela CONTRATANTE, com recurso repassado mensalmente ao Fundo Municipais de Saúde (FMS) pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) classificado como Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

**Parágrafo segundo.** Os valores acima estipulados serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde podendo ser registrados por simples apostila, dispensando a celebração de aditamento em conformidade com § 8º do art.65 da Lei Federal nº 8.666, de 1993, ou outra que venha a substituí-la.

**Parágrafo terceiro.** As despesas decorrentes deste CONTRATO correrão, no presente exercício a conta de dotação nº 84.10.10.302.3003.4113.3390.3900.02

**Parágrafo quarto.** Os recursos financeiros necessários para a celebração deste CONTRATO estão incluídos no teto financeiro do município de SÃO PAULO, referentes ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), além dos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

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

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

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

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

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

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

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

**Parágrafo quarto.** A CONTRATANTE, após a revisão dos documentos, efetuará o pagamento do valor finalmente apurado e aprovado, depositando-o na conta da CONTRATADA no **BANCO DO BRASIL (001) Conta Corrente nº 102.191-5, Agência 4328-1**, a partir da data em que se efetivar o crédito financeiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS) no Fundo Municipal de Saúde (FMS).

**Parágrafo quinto.** As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados ou pela conferência técnica e administrativa serão devolvidas à CONTRATADA para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela CONTRATANTE, representada pela Divisão de Sistemas de Produção e Cadastro do SUS, obedecendo ao cronograma do Ministério da Saúde disponibilizado pela CONTRATANTE.

**Parágrafo sexto.** Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas por culpa da CONTRATANTE, esta garantirá à CONTRATADA o pagamento, no prazo avançado neste CONTRATO, do valor correspondente ao mês imediatamente anterior, acertando eventuais diferenças no pagamento seguinte, ficando, contudo, exonerada do pagamento de multa ou de quaisquer outras sanções e encargos financeiros.

- i. As contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria do SUS, a qualquer tempo.

#### **CLÁUSULA NONA - DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR**

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

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

#### **CLÁUSULA DEZ - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO**

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

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



**Parágrafo segundo.** A CONTRATANTE poderá realizar a qualquer tempo visita técnica às instalações da CONTRATADA para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste CONTRATO.

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

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

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

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

#### CLÁUSULA ONZE - DAS PENALIDADES

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

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



*[Handwritten signature]*

- d) Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto do CONTRATO, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados.
- e) Pela rescisão do CONTRATO por culpa da **CONTRATADA**, multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados.

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

**Parágrafo segundo.** As sanções previstas nos incisos I, II e III desta CLÁUSULA poderão ser aplicadas juntamente com multa.

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA DOZE - DA RESCISÃO**

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



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

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

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

#### **CLÁUSULA TREZE - DOS PRAZOS RECURSAIS**

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

#### **CLÁUSULA QUATORZE - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O prazo de vigência do presente CONTRATO será de 60 (sessenta) meses, tendo **por termo inicial dia 15/11/2019**.

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

#### **CLÁUSULA QUINZE - DAS ALTERAÇÕES**

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

#### **CLÁUSULA DEZESSEIS - ANTI CORRUPÇÃO**

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 DEZESSETE - DA PUBLICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA DEZOITO - 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 01 (uma) via de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, 15 de novembro de 2.019



**EDSON APARECIDO DOS SANTOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**EDSON PEREIRA DA SILVA**

**SAMARIM ASSISTENCIA NEFRÓLOGICA LTDA**

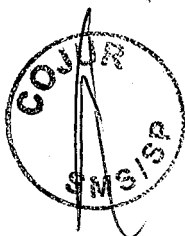


**EUERÔNIO JOSÉ D'ALMEIDA FILHO**

TESTEMUNHAS:

*conferimento SEI*

**MARIA DE LOURDES BAVILLAS**  
Assistente do Grupo Política Pública  
RF: 633.272.301



Coordenadoria de  
Regulação do SUS - REG  
SUS



Central de Regulação de  
Nefrologia

**SOLICITAÇÃO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – DIÁLISE**  
DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

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

**DADOS DO PACIENTE**

|                         |              |                   |  |
|-------------------------|--------------|-------------------|--|
| Nome do paciente:       |              |                   |  |
| Nome da mãe:            |              |                   |  |
| Nascimento:             | Sexo:        | Tel. do paciente: |  |
| CPF:                    | Cartão SUS:  |                   |  |
| End. residência:        | Nº:          | CE P:             |  |
| Bairro:                 | Cidade:      | Estado:           |  |
| End. de destino:        | Nº:          | CE P:             |  |
| Bairro:                 | Cidade:      | Estado:           |  |
| Responsável (familiar): | Observações: |                   |  |

**RESUMO CLÍNICO**

|                                 |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| Diagnóstico de Base:            | CID 10:         |
| Tratamento Conservador (local): | Data de início: |
| Tratamento Dialítico (local):   | Acesso:         |



W



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: \_\_\_\_\_

Uréia: \_\_\_\_\_ Creatinina: \_\_\_\_\_ Potássio: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Clearance: \_\_\_\_\_

Sorologias: HBV (HBs Ag \_\_\_\_\_) Anti HBs \_\_\_\_\_ Anti HCV \_\_\_\_\_ HI \_\_\_\_\_ V: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_



Handwritten initials: **AW**

ANEXO B



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



**AVALIAÇÃO PARA INGRESSO EM PROGRAMA DE DIÁLISE**

DADOS DO PACIENTE

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

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

|                   |
|-------------------|
| _____             |
| _____             |
| _____             |
| _____             |
| _____             |
| _____             |
| Observação: _____ |
| _____             |

|                     |       |                        |       |                        |       |
|---------------------|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| CONCLUSÃO:          | _____ | Modalidade:            | _____ | Mudança de Modalidade: | _____ |
| Justificativa:      | _____ |                        |       |                        |       |
| _____               |       |                        |       |                        |       |
| Unidade de Diálise: | _____ | CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO: | _____ |                        |       |
| Médico Avaliador:   | _____ | Nº DO PRONTUÁRIO:      | _____ |                        |       |
| E-mail:             | _____ | CRM:                   | _____ |                        |       |
|                     |       | Data:                  | _____ |                        |       |



*[Handwritten initials]*

ANEXO C



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



|                     |       |          |       |
|---------------------|-------|----------|-------|
| Unidade de Diálise: | _____ | TEL/FAX: | _____ |
| E-mail da unidade:  | _____ |          | _____ |

|  |                |                   |       |
|--|----------------|-------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE:  | _____          | TEL:              | _____ |
| Desligamento de programa de diálise na unidade:  | _____          |                   |       |
| Motivo:  | _____          |                   |       |
| Data:  | _____          | SAÍDA POR:        | _____ |
| Observação:  | _____<br>_____ |                   |       |
| CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO TRS DA REGULAÇÃO:  | _____          | Nº DO PRONTUÁRIO: | _____ |
| Este impresso deverá ser preenchido e enviado à Central Reguladora, via E-MAIL na ocasião das alterações dos programas de diálise, sendo seu envio obrigatório para liberação das vagas. |                |                   |       |
| Responsabilizo-me pelas informações acima contidas (responsável técnico):  |                |                   |       |
| MÉDICO:  | _____          | CRM:              | _____ |

|                     |                         |                        |       |                        |       |
|---------------------|-------------------------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| CONCLUSÃO:          | _____                   | Modalidade:            | _____ | Mudança de Modalidade: | _____ |
| Justificativa:      | _____<br>_____<br>_____ |                        |       |                        |       |
| Unidade de Diálise: | _____                   | CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO: | _____ | Nº DO PRONTUÁRIO:      | _____ |
| Médico Avaliador:   | _____                   | CRM:                   | _____ | Data:                  | _____ |
| E-mail:             | _____                   |                        |       |                        |       |

   
w

ANEXO D



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



UNIDADE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

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

TOTAL DE OCUPAÇÃO HEMODIÁLISE: 0

TOTAL OCUPAÇÃO PERITONIAL: 0

TOTAL DISPONÍVEIS HEMODIÁLISE: 0

TOTAL DISPONÍVEIS PERITONIAL: 0

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

**ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO:**

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



*Handwritten initials and signature*

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:

Tels. (fixo e celular se houver):

| CAPACIDADE OPERACIONAL                                | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº 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. |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº pacientes novos SUS admitidos no mês (não incluir pacientes em trânsito)     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº pacientes novos não SUS admitidos no mês (não incluir pacientes em trânsito) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>ENTRADA DE PACIENTES NO SERVIÇO - TOTAL</b>                                  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |



AW

| PACIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO POR MODALIDADE DE TRATAMENTO                 | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| HD SUS - n.º de pacientes em tratamento dialítico existente no mês             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| DPA e DPAC SUS - n.º de pacientes em tratamento dialítico existente no mês     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| HD NÃO SUS - n.º de pacientes em tratamento dialítico existente no mês         |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| DPA e DPAC NÃO SUS - n.º de pacientes em tratamento dialítico existente no mês |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>N.º DE PACIENTES EM TRS NO MÊS - TOTAL</b>                                  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>SAÍDA DE PACIENTES DO SERVIÇO</b>   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º <u>total</u> de óbitos   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º de óbitos de pacientes com <b>mais de 3 meses</b> de TRS                   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º de transplantados  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º abandonos de tratamento  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º de transferências para outro serviço                                       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º de transferências de <b>SUS</b> para convênio                              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º de transferências de <b>convênio</b> para SUS                              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| N.º de recuperação da função renal   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>N.º DE SAÍDA DE PACIENTES NO MÊS - TOTAL</b>                                |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |



A

W

| 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  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes em HD com infecção da via de acesso  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes em HD com Cateter Venoso Central de curta duração por mais de 3 meses                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes em DPA e DPAC com peritonite   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº <u>absoluto</u> de pacientes com soro conversão positiva para Hepatite C em pacientes em HD                           |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes HCV positivos em HD  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes com Ktv maior ou igual 1,2.  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº pacientes em tratamento dialítico com Hb maior que 10 g/dl  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº pacientes em tratamento dialítico com dosagem de fósforo (P) entre 3,5 e 5,5 mg/dl                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº total de pacientes em HD com FAV  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes com FAV confeccionadas no mês  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes com FAV maduras no mês   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes <u>aptos</u> para o transplante e com mais de 6 meses de tratamento dialítico, <u>inscritos na CNCDO</u> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº <u>total</u> de pacientes aptos para transplante, com mais de 6 meses de tratamento dialítico                         |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes com albumina maior ou igual 3,0 mg/dl  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes com PTH maior que 600 pg/ml  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |



✶

W

**- Indicadores Mensais de Qualidade**

Nome da Instituição \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

Endereço com CEP: \_\_\_\_\_

Diretor: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Responsável técnico: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Responsável pela informação: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tels. (fixo e celular se houver): \_\_\_\_\_

| CAPACIDADE OPERACIONAL                                | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº de pontos  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Número total de máquinas (Inclui máquinas de reserva) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Número de máquinas de reserva                         |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Número de turnos                                      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

| PACIENTES                  | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº de pacientes em HD      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº Pacientes em DP         |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de pacientes em Diálise |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

| SAÍDAS DE PACIENTES                                  | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Número total de óbitos                               |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Nº de óbitos de pacientes com mais de 3 meses de TRS |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Número de transplantados                             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |



A

S



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. |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1. Taxa de mortalidade [%]  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 2. Taxa de hospitalização dos pacientes em HD [%]   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 3. Taxa de hospitalização dos pacientes em DPA e DPAC [%]   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 4. Proporção de pac. em uso de Cateter Venoso Central por > 3 meses. [%]  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 5. Incidência de Peritonite em pacientes em DPA e DPAC [%]  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 6. Nº de soro conversão para Hepatite C positiva em pacientes em tratamento dialítico                                     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 9. Proporção de confecção de Fístula arterio venosa- FAV maturadas [%]  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 10. Proporção de pessoas em diálise peritoneal [%]  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 11. Proporção de pacientes com Hemoglobina > 10 g/dl, em tratamento dialítico [%]   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 12. Proporção de pacientes com Fósforo entre 3,5 a 5,5 mg/dl [%]  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 13. Proporção de pacientes em HD com Ktv igual ou maior que 1,2 [%]   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 14. Proporção de pacientes aptos para o transplante e com mais de 6 meses de tratamento dialítico, inscritos na CNCDO [%] |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |



A

9



# SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO G

## Indicadores Trimestrais de Qualidade

Nome da Instituição

CNPJ:

CNES:

Endereço com CEP:

Diretor:

E-mail:

E-mail:

Tels. (fixo e celular se houver):

E-mail:

Responsável pela informação:

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

| Indicadores de qualidade                       | 1º tri |     | 2º tri |                          | 3º tri |     | Total |                          |     |     |     |                             |     |     |     |                             |       |  |
|--|--------|-----|--------|--------------------------|--------|-----|-------|--------------------------|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|-----------------------------|-------|--|
|  | Jan    | Fev | Mar    | Pacientes em HD em março | Abr    | Mai | Jun   | Pacientes em HD em junho | Jul | Ago | Set | Pacientes em HD em setembro | Out | Nov | Dez | Pacientes em HD em dezembro | Total |  |
| Proporção de pacientes com Albumina >3,0 mg/dl |        |     |        |                          |        |     |       |                          |     |     |     |                             |     |     |     |                             |       |  |
| Proporção de pacientes com PTH >600g/ml        |        |     |        |                          |        |     |       |                          |     |     |     |                             |     |     |     |                             |       |  |



*[Handwritten signature]*



| Códigos                         | Procedimentos  | Físico     | VI Unit | VI Total        |
|---------------------------------|--|------------|---------|-----------------|
| 202010023                       | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO   | 10         | 2,01    | 20,10           |
| 202010210                       | DOSAGEM DE CALCIO  | 10         | 1,85    | 18,50           |
| 202010279                       | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL  | 4          | 3,51    | 14,04           |
| 202010287                       | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL  | 4          | 3,51    | 14,04           |
| 202010295                       | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL  | 4          | 1,85    | 7,40            |
| 202010317                       | DOSAGEM DE CREATININA  | 10         | 1,85    | 18,50           |
| 202010384                       | DOSAGEM DE FERRITINA   | 10         | 15,59   | 155,90          |
| 202010392                       | DOSAGEM DE FERRO SERICO  | 10         | 3,51    | 35,10           |
| 202010422                       | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA  | 10         | 2,01    | 20,10           |
| 202010430                       | DOSAGEM DE FOSFORO   | 10         | 1,85    | 18,50           |
| 202010473                       | DOSAGEM DE GLICOSE   | 10         | 1,85    | 18,50           |
| 202010503                       | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA   | 10         | 7,86    | 78,60           |
| 202010600                       | DOSAGEM DE POTASSIO  | 10         | 1,85    | 18,50           |
| 202010627                       | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES  | 10         | 1,85    | 18,50           |
| 202010635                       | DOSAGEM DE SODIO   | 10         | 1,85    | 18,50           |
| 202010651                       | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)                                       | 10         | 2,01    | 20,10           |
| 202010767                       | DOSAGEM DE 25 HIDROXI VITAMINA D   | 5          | 15,24   | 76,20           |
| 202010660                       | DOSAGEM DE TRANSFERRINA  | 10         | 4,12    | 41,20           |
| 202010678                       | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS  | 4          | 3,51    | 14,04           |
| 202010694                       | DOSAGEM DE UREA  | 20         | 1,85    | 37,00           |
| 202020304                       | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA   | 10         | 1,53    | 15,30           |
| 202020371                       | HEMATOCRITO  | 10         | 1,53    | 15,30           |
| 202020380                       | HEMOGRAMA COMPLETO   | 10         | 4,11    | 41,10           |
| 202030300                       | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)                                      | 1          | 10,00   | 10,00           |
| 202030636                       | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | 3          | 18,55   | 55,65           |
| 202030679                       | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                         | 2          | 18,55   | 37,10           |
| 202030784                       | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DA HEPATITE B (ANTI HBC - IGG)      | 1          | 18,55   | 18,55           |
| 202030890                       | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC)   | 1          | 18,55   | 18,55           |
| 202030970                       | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                      | 3          | 18,55   | 55,65           |
| 202060250                       | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)   | 4          | 8,96    | 35,84           |
| 202060276                       | DOSAGEM DE PARATORMONIO  | 10         | 43,13   | 431,30          |
| 202060373                       | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)   | 4          | 8,76    | 35,04           |
| 202070085                       | DOSAGEM DE ALUMINIO  | 4          | 27,50   | 110,00          |
| 202080072                       | BACTERIOSCOPIA (GRAM)  | 2          | 2,80    | 5,60            |
| 202080080                       | CULTURA DE BACTERIAS PARA IDENTIFICACAO  | 2          | 5,62    | 11,24           |
| 202080153                       | HEMOCULTURA  | 2          | 11,49   | 22,98           |
| 202090183                       | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS                    | 2          | 1,89    | 3,78            |
| 204030153                       | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)   | 1          | 9,50    | 9,50            |
| 205020046                       | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL  | 1          | 37,95   | 37,95           |
| 205020054                       | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO  | 1          | 24,20   | 24,20           |
| 211020036                       | ELETROCARDIOGRAMA  | 4          | 5,15    | 20,60           |
| 211080020                       | GASOMETRIA   | 1          | 2,78    | 2,78            |
| 301010072                       | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA   | 1          | 10,00   | 10,00           |
| <b>Total Média Complexidade</b> |  | <b>261</b> |         | <b>1.691,33</b> |



*A*

*E*

| Códigos                   | Procedimentos  | Físico     | VI Unit  | VI Total         |
|---------------------------|--|------------|----------|------------------|
| 305010093                 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                          | 40         | 194,20   | 7.768,00         |
| 305010107                 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)  | 130        | 194,20   | 25.246,00        |
| 305010115                 | HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                         | 12         | 265,41   | 3.184,92         |
| 305010123                 | HEMODIÁLISE EM PORTADOR DO HIV (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSAO / SEMANA)         | 4          | 265,41   | 1.061,64         |
| 305010166                 | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC             | 0          | 358,06   | 0,00             |
| 305010182                 | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)           | 0          | 55,13    | 0,00             |
| 305010204                 | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                | 0          | 353,88   | 0,00             |
| 418010013                 | CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)      | 1          | 1.453,85 | 1.453,85         |
| 418010021                 | CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO                              | 1          | 685,53   | 685,53           |
| 418010030                 | CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                                   | 1          | 600,00   | 600,00           |
| 418010048                 | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                              | 1          | 200,00   | 200,00           |
| 418010064                 | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE  | 1          | 115,81   | 115,81           |
| 418010080                 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC                            | 0          | 400,00   | 0,00             |
| 418020019                 | INTERVENCAO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA  | 1          | 600,00   | 600,00           |
| 418020027                 | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA   | 1          | 600,00   | 600,00           |
| 418020035                 | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA                    | 1          | 400,00   | 400,00           |
| 702100013                 | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE  | 1          | 482,34   | 482,34           |
| 702100021                 | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                      | 1          | 64,76    | 64,76            |
| 702100030                 | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                | 0          | 149,75   | 0,00             |
| 702100048                 | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA C    | 0          | 2.511,49 | 0,00             |
| 702100056                 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE-15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICI | 0          | 1.255,74 | 0,00             |
| 702100064                 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 12C   | 0          | 1.893,68 | 0,00             |
| 702100072                 | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS) CORRESF | 0          | 609,39   | 0,00             |
| 702100080                 | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                   | 0          | 946,84   | 0,00             |
| 702100099                 | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN   | 1          | 21,59    | 21,59            |
| 702100102                 | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                   | 1          | 15,41    | 15,41            |
| <b>Total FAEC - Nefro</b> |  | <b>198</b> |          | <b>42.499,85</b> |

| RESUMO FINANCEIRO  | MENSAL (R\$)     | ANUAL (R\$)       |
|--------------------|------------------|-------------------|
| MEDIA COMPLEXIDADE | 1.691,33         | 20.295,96         |
| FAEC/ TRS FPO      | 42.499,85        | 509.998,20        |
| <b>TOTAL</b>       | <b>44.191,18</b> | <b>530.294,16</b> |



A      E