



Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

ADENDO

EDITAL DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 68/2021/CEL/SUPEL/RO

PROCESSO Nº 0036.335877/2019-20

**OBJETO:** Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.

RETIFICAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA SESAU-GEComp (0020484932):

Os itens abaixo passarão a dispor da seguinte redação:

2.5 DEFINIÇÃO DOS LOTES E SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS E METODOLOGIA DE CÁLCULO

Em consonância com o disposto na Informação 78 (0022884918).

Oportuno registrar que a **METODOLOGIA DE CÁLCULO** para definição dos lotes foram efetuados utilizando-se como base de dados as Produções Física e Financeira informadas nos autos pela SESAU-CRECS conforme Docs. Id 0022845731 e 0022845828.

Cabendo também informar a exclusão dos lotes que descreviam serviços para a MACROREGIÃO II, devido a descentralização da competência de gestão estadual para as sedes das municipais das regiões CONESUL, CAFÉ e CENTRAL (Vide Portaria GM nº 3.152, de 1º de outubro de 2018).

Portanto, a tabela abaixo terá como referência a MACROREGIÃO I, estando a sede das empresas preferencialmente na cidade de Porto Velho em complementação as unidades hospitalares estaduais de alta complexidade em nefrologia, como segue:

2.5.1 MODALIDADE INTRA-HOSPITALAR

|                                                                                      |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|--|
| Assunto: Termo de Referência - Contratação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva |                                                                                                                                      |                | VALOR TOTAL       |                  |  |
| DEFINIÇÃO DE LOTES - MODALIDADE INTRA HOSPITALAR - ADULTO / PEDIÁTRICO / NEO NATAL   |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| LOTE 01 - INTRA-HOSPITALAR (ADULTO / PEDIÁTRICO / NEO NATAL)                         |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| CODIGO DO SUS                                                                        | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |  |
| 030501003-4                                                                          | DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAI AGUDOS                                                                                         | R\$ 111,42     | 145               | 1.740            |  |
| 041801007-2                                                                          | IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER)                                                | R\$ 206,80     | 11                | 132              |  |
| TOTAL                                                                                |                                                                                                                                      |                | 156               | 1.872            |  |
| DEFINIÇÃO DE LOTES - MODALIDADE AMBULATORIAL - ADULTO                                |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| LOTE 02 - HEMODIÁLISE                                                                |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                                               |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| CODIGO DO SUS                                                                        | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |  |
| 03.01.01.004-8                                                                       | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA(EXCETO MÉDICO)                                                  | R\$ 6,30       | 5.161             | 61.932           |  |
| 03.01.01.007-2                                                                       | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                             | R\$ 10,00      | 2.011             | 24.132           |  |
| 03.01.10.001-2                                                                       | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                               | R\$ 0,63       | 31.507            | 378.084          |  |
| 05.06.01.002-3                                                                       | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS                  | R\$ 135,00     | 3                 | 36               |  |
| TOTAL                                                                                |                                                                                                                                      |                | 38.682            | 464.184          |  |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                                             |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| CODIGO DO SUS                                                                        | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |  |
| 03.05.01.009-3                                                                       | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA-EXCEPCIONALIDADE                                                                             | R\$ 194,20     | 49                | 588              |  |
| 03.05.01.010-7                                                                       | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                            | R\$ 194,20     | 3.855             | 46.260           |  |
| 03.05.01.011-5                                                                       | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                | R\$ 265,41     | 295               | 3.540            |  |
| 03.05.01.012-3                                                                       | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA | R\$ 265,41     | 4                 | 48               |  |
| 03.05.01.020-4                                                                       | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                | R\$ 353,88     | 8                 | 96               |  |
| 03.05.01.017-4                                                                       | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO ( POR DIA ) - HOSPITALAR                             | R\$ 80,77      | 205               | 2.460            |  |
| TOTAL                                                                                |                                                                                                                                      |                | 4.416             | 52.992           |  |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                                                  |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| CODIGO DO SUS                                                                        | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |  |
| 04.18.01.003-0                                                                       | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIÁLISE                                                                                   | R\$ 600,00     | 22                | 264              |  |
| 04.18.01.004-8                                                                       | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIÁLISE                                                                              | R\$ 200,00     | 2                 | 24               |  |
| 04.18.01.006-4                                                                       | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIÁLISE                                                                                        | R\$ 115,81     | 29                | 348              |  |
| 04.18.02.002-7                                                                       | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                                                                                   | R\$ 600,00     | 1                 | 12               |  |
| TOTAL                                                                                |                                                                                                                                      |                | 54                | 648              |  |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA                    |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| CODIGO DO SUS                                                                        | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |  |
| 07.02.10.010-2                                                                       | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                   | R\$ 15,41      | 29                | 348              |  |
| 07.02.10.002-1                                                                       | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIÁLISE                                                                                      | R\$ 64,76      | 29                | 348              |  |
| 07.02.10.001-3                                                                       | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIÁLISE                                                                                          | R\$ 482,34     | 2                 | 24               |  |
| 07.02.10.009-9                                                                       | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                         | R\$ 21,59      | 29                | 348              |  |
| TOTAL                                                                                |                                                                                                                                      |                | 89                | 1.068            |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                          |                                                                                                                                      |                |                   |                  |  |
| CODIGO DO SUS                                                                        | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |  |
| 0.202.010.02-3                                                                       | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO                                                                                       | R\$ 2,01       | 69                | 828              |  |
| 0.202.010.04-0                                                                       | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)                                                                                         | R\$ 3,63       | 1                 | 12               |  |
| 0.202.010.11-2                                                                       | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO                                                                                                           | R\$ 2,01       | 1                 | 12               |  |
| 0.202.010.12-0                                                                       | DOSAGEM DE ACIDO URICO                                                                                                               | R\$ 1,85       | 55                | 660              |  |
| 0.202.010.16-3                                                                       | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                                                                                                | R\$ 3,68       | 1                 | 12               |  |
| 0.202.010.18-0                                                                       | DOSAGEM DE AMILASE                                                                                                                   | R\$ 2,25       | 1                 | 12               |  |
| 0.202.010.20-1                                                                       | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                                                                               | R\$ 2,01       | 2                 | 24               |  |
| 0.202.010.21-0                                                                       | DOSAGEM DE CALCIO                                                                                                                    | R\$ 1,85       | 416               | 4.992            |  |
| 0.202.010.22-8                                                                       | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                                                                                                          | R\$ 3,51       | 2                 | 24               |  |
| 0.202.010.26-0                                                                       | DOSAGEM DE CLORETO                                                                                                                   | R\$ 1,85       | 2                 | 24               |  |
| 0.202.010.27-9                                                                       | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                                                                                                            | R\$ 3,51       | 91                | 1.092            |  |
| 0.202.010.28-7                                                                       | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                                                                                                            | R\$ 3,51       | 90                | 1.080            |  |
| 0.202.010.29-5                                                                       | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                                                                                                          | R\$ 1,85       | 98                | 1.176            |  |
| 0.202.010.31-7                                                                       | DOSAGEM DE CREATININA                                                                                                                | R\$ 1,85       | 434               | 5.208            |  |
| 0.202.010.32-5                                                                       | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                                                                                                | R\$ 3,68       | 2                 | 24               |  |
| 0.202.010.33-3                                                                       | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                                                                                            | R\$ 4,12       | 1                 | 12               |  |
| 0.202.010.36-8                                                                       | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                                                                                                      | R\$ 3,68       | 1                 | 12               |  |
| 0.202.010.38-4                                                                       | DOSAGEM DE FERRITINA                                                                                                                 | R\$ 15,59      | 139               | 1.668            |  |
| 0.202.010.39-2                                                                       | DOSAGEM DE FERRO SERICO                                                                                                              | R\$ 3,51       | 90                | 1.080            |  |

|                |                                                                                                  |           |     |       |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-------|
| 0.202.010.40-6 | DOSAGEM DE FOLATO                                                                                | R\$ 15,65 | 1   | 12    |
| 0.202.010.42-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                                                                    | R\$ 2,01  | 119 | 1.428 |
| 0.202.010.43-0 | DOSAGEM DE FOSFORO                                                                               | R\$ 1,85  | 409 | 4.908 |
| 0.202.010.46-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                                                   | R\$ 3,51  | 4   | 48    |
| 0.202.010.47-3 | DOSAGEM DE GLICOSE                                                                               | R\$ 1,85  | 224 | 2.688 |
| 0.202.010.48-1 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                                                       | R\$ 3,68  | 1   | 12    |
| 0.202.010.49-0 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA                                                                          | R\$ 3,68  | 1   | 12    |
| 0.202.010.50-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                                                               | R\$ 7,86  | 98  | 1.176 |
| 0.202.010.53-8 | DOSAGEM DE LACTATO                                                                               | R\$ 3,68  | 1   | 12    |
| 0.202.010.55-4 | DOSAGEM DE LIPASE                                                                                | R\$ 2,25  | 1   | 12    |
| 0.202.010.56-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO                                                                              | R\$ 2,01  | 9   | 108   |
| 0.202.010.60-0 | DOSAGEM DE POTASSIO                                                                              | R\$ 1,85  | 436 | 5.232 |
| 0.202.010.61-9 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                                                                      | R\$ 1,40  | 1   | 12    |
| 0.202.010.62-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES                                                            | R\$ 1,85  | 134 | 1.608 |
| 0.202.010.63-5 | DOSAGEM DE SODIO                                                                                 | R\$ 1,85  | 358 | 4.296 |
| 0.202.010.64-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)                                              | R\$ 2,01  | 165 | 1.980 |
| 0.202.010.65-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)                                                 | R\$ 2,01  | 388 | 4.656 |
| 0.202.010.66-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                                                          | R\$ 4,12  | 120 | 1.440 |
| 0.202.010.67-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                                                        | R\$ 3,51  | 97  | 1.164 |
| 0.202.010.69-4 | DOSAGEM DE UREIA                                                                                 | R\$ 1,85  | 754 | 9.048 |
| 0.202.010.70-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12                                                                          | R\$ 15,24 | 1   | 12    |
| 0.202.010.72-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS                                                                        | R\$ 4,42  | 1   | 12    |
| 0.202.010.73-2 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )                               | R\$ 15,65 | 5   | 60    |
| 0.202.010.75-9 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS                                          | R\$ 6,55  | 58  | 696   |
| 0.202.010.76-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                                                  | R\$ 15,24 | 50  | 600   |
| 0.202.020.02-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS                                                                            | R\$ 2,73  | 1   | 12    |
| 0.202.020.03-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS                                                                        | R\$ 2,73  | 1   | 12    |
| 0.202.020.05-3 | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)                                                    | R\$ 2,73  | 2   | 24    |
| 0.202.020.07-0 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO                                                              | R\$ 2,73  | 1   | 12    |
| 0.202.020.09-6 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE                                                       | R\$ 2,73  | 1   | 12    |
| 0.202.020.10-0 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY                                                      | R\$ 9,00  | 1   | 12    |
| 0.202.020.13-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)                            | R\$ 5,77  | 2   | 24    |
| 0.202.020.14-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                                           | R\$ 2,73  | 4   | 48    |
| 0.202.020.15-0 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                                            | R\$ 2,73  | 5   | 60    |
| 0.202.020.29-0 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                                                                          | R\$ 4,60  | 1   | 12    |
| 0.202.020.30-4 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                                                                           | R\$ 1,53  | 96  | 1.152 |
| 0.202.020.36-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)                                              | R\$ 2,73  | 71  | 852   |
| 0.202.020.37-1 | HEMATOCRITO                                                                                      | R\$ 1,53  | 29  | 348   |
| 0.202.020.38-0 | HEMOGRAMA COMPLETO                                                                               | R\$ 4,11  | 352 | 4.224 |
| 0.202.020.39-8 | LEUCOGRAMA                                                                                       | R\$ 2,73  | 3   | 36    |
| 0.202.020.49-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO                                                                     | R\$ 2,73  | 1   | 12    |
| 0.202.020.50-9 | PROVA DO LACO                                                                                    | R\$ 2,73  | 1   | 12    |
| 0.202.020.54-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)                                                       | R\$ 2,73  | 1   | 12    |
| 0.202.030.06-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)                                                               | R\$ 9,25  | 1   | 12    |
| 0.202.030.08-3 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA                                                  | R\$ 9,25  | 1   | 12    |
| 0.202.030.10-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                                                  | R\$ 16,42 | 7   | 84    |
| 0.202.030.12-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                                                                        | R\$ 17,16 | 3   | 36    |
| 0.202.030.13-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                                                                        | R\$ 17,16 | 3   | 36    |
| 0.202.030.14-8 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA                                                                        | R\$ 2,83  | 1   | 12    |
| 0.202.030.20-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                                                                    | R\$ 2,83  | 5   | 60    |
| 0.202.030.25-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                                                       | R\$ 10,00 | 1   | 12    |
| 0.202.030.26-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA                                                       | R\$ 10,00 | 1   | 12    |
| 0.202.030.27-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                                                                  | R\$ 8,67  | 2   | 24    |
| 0.202.030.29-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)                                                 | R\$ 85,00 | 1   | 12    |
| 0.202.030.30-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)                                                | R\$ 10,00 | 51  | 612   |
| 0.202.030.31-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                                                      | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.030.34-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM                                                                   | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.35-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)                                                            | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.030.36-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)                                                            | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.030.47-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)                                               | R\$ 2,83  | 1   | 12    |
| 0.202.030.55-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS                                                           | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.59-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO                                                                | R\$ 17,16 | 3   | 36    |
| 0.202.030.62-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA                                                        | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.63-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)           | R\$ 18,55 | 73  | 876   |
| 0.202.030.64-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)                       | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.030.67-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                                   | R\$ 18,55 | 70  | 840   |
| 0.202.030.74-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$ 11,00 | 1   | 12    |
| 0.202.030.76-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$ 16,97 | 1   | 12    |
| 0.202.030.77-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$ 9,25  | 1   | 12    |
| 0.202.030.78-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ 18,55 | 25  | 300   |
| 0.202.030.79-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$ 30,00 | 1   | 12    |
| 0.202.030.80-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                                | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.030.81-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.83-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.84-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES                                         | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.85-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$ 11,61 | 1   | 12    |
| 0.202.030.87-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.030.88-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$ 9,25  | 1   | 12    |
| 0.202.030.89-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)         | R\$ 18,55 | 2   | 24    |
| 0.202.030.90-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$ 20,00 | 1   | 12    |
| 0.202.030.91-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                                | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.030.92-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.94-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.95-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES                                         | R\$ 17,16 | 1   | 12    |
| 0.202.030.97-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                                | R\$ 18,55 | 75  | 900   |
| 0.202.030.98-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                            | R\$ 18,55 | 1   | 12    |
| 0.202.031.00-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS                                                                       | R\$ 2,83  | 1   | 12    |
| 0.202.031.03-9 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA                                           | R\$ 9,25  | 1   | 12    |
| 0.202.031.04-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)                                           | R\$ 10,00 | 1   | 12    |
| 0.202.031.11-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                                                     | R\$ 2,83  | 3   | 36    |
| 0.202.031.20-9 | DOSAGEM DE TROPONINA                                                                             | R\$ 9,00  | 1   | 12    |
| 0.202.040.06-2 | PESQUISA DE EOSINOFILOS                                                                          | R\$ 1,65  | 1   | 12    |
| 0.202.040.09-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES                                                                 | R\$ 1,65  | 1   | 12    |
| 0.202.040.10-0 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                                                                  | R\$ 1,65  | 5   | 60    |
| 0.202.040.12-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                                                           | R\$ 1,65  | 2   | 24    |
| 0.202.040.14-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                                                              | R\$ 1,65  | 1   | 12    |
| 0.202.050.01-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA                                    | R\$ 3,70  | 54  | 648   |
| 0.202.050.02-5 | CLEARANCE DE CREATININA                                                                          | R\$ 3,51  | 15  | 180   |
| 0.202.050.04-1 | CLEARANCE DE UREIA                                                                               | R\$ 3,51  | 4   | 48    |
| 0.202.050.08-4 | DOSAGEM DE CITRATO                                                                               | R\$ 2,01  | 1   | 12    |
| 0.202.050.09-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                                                                | R\$ 8,12  | 6   | 72    |
| 0.202.050.10-6 | DOSAGEM DE OXALATO                                                                               | R\$ 3,68  | 1   | 12    |

|                                                                   |                                                                                                                             |                |                   |                  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|
| 0.202.050.11-4                                                    | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                                                                                    | R\$ 2,04       | 20                | 240              |
| 0.202.060.12-8                                                    | DOSAGEM DE CALCITONINA                                                                                                      | R\$ 14,38      | 3                 | 36               |
| 0.202.060.13-6                                                    | DOSAGEM DE CORTISOL                                                                                                         | R\$ 9,86       | 1                 | 12               |
| 0.202.060.15-2                                                    | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                                                                                         | R\$ 11,71      | 1                 | 12               |
| 0.202.060.16-0                                                    | DOSAGEM DE ESTRADIOL                                                                                                        | R\$ 10,15      | 1                 | 12               |
| 0.202.060.21-7                                                    | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)                                                                   | R\$ 7,85       | 2                 | 24               |
| 0.202.060.23-3                                                    | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)                                                                              | R\$ 7,89       | 1                 | 12               |
| 0.202.060.24-1                                                    | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                                                                                       | R\$ 8,97       | 1                 | 12               |
| 0.202.060.25-0                                                    | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                                                                                  | R\$ 8,96       | 23                | 276              |
| 0.202.060.26-8                                                    | DOSAGEM DE INSULINA                                                                                                         | R\$ 10,17      | 1                 | 12               |
| 0.202.060.27-6                                                    | DOSAGEM DE PARATORMONIO                                                                                                     | R\$ 43,13      | 120               | 1.440            |
| 0.202.060.29-2                                                    | DOSAGEM DE PROGESTERONA                                                                                                     | R\$ 10,22      | 1                 | 12               |
| 0.202.060.30-6                                                    | DOSAGEM DE PROLACTINA                                                                                                       | R\$ 10,15      | 1                 | 12               |
| 0.202.060.34-9                                                    | DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                                                                                     | R\$ 10,43      | 1                 | 12               |
| 0.202.060.35-7                                                    | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                                                                                               | R\$ 13,11      | 1                 | 12               |
| 0.202.060.37-3                                                    | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                                                                                    | R\$ 8,76       | 13                | 156              |
| 0.202.060.38-1                                                    | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                                                                                        | R\$ 11,60      | 10                | 120              |
| 0.202.060.39-0                                                    | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                                                                                             | R\$ 8,71       | 6                 | 72               |
| 0.202.060.47-0                                                    | PESQUISA DE MACROPROLACTINA                                                                                                 | R\$ 12,15      | 1                 | 12               |
| 0.202.070.08-5                                                    | DOSAGEM DE ALUMINIO                                                                                                         | R\$ 27,50      | 29                | 348              |
| 0.202.070.18-2                                                    | DOSAGEM DE CICLOSPORINA                                                                                                     | R\$ 58,61      | 1                 | 12               |
| 0.202.080.01-3                                                    | ANTIBIOGRAMA                                                                                                                | R\$ 4,98       | 41                | 492              |
| 0.202.080.04-8                                                    | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)                                                                       | R\$ 4,20       | 1                 | 12               |
| 0.202.080.07-2                                                    | BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                                                                                       | R\$ 2,80       | 4                 | 48               |
| 0.202.080.08-0                                                    | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO                                                                                       | R\$ 5,62       | 38                | 456              |
| 0.202.080.13-7                                                    | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS                                                                                        | R\$ 4,19       | 1                 | 12               |
| 0.202.080.15-3                                                    | HEMOCULTURA                                                                                                                 | R\$ 11,49      | 4                 | 48               |
| 0.202.090.12-4                                                    | DOSAGEM DE GLUCOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                                                           | R\$ 1,89       | 7                 | 84               |
| 0.202.090.13-2                                                    | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                                                         | R\$ 1,89       | 1                 | 12               |
| 0.202.090.30-2                                                    | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE                                                                              | R\$ 1,89       | 1                 | 12               |
| 0.202.120.02-3                                                    | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO                                                                                  | R\$ 1,37       | 9                 | 108              |
| 0.202.120.08-2                                                    | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                                                                                       | R\$ 1,37       | 9                 | 108              |
| 0.202.120.09-0                                                    | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)                                                                                | R\$ 2,73       | 1                 | 12               |
| 0.203.010.03-5                                                    | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)                                                                       | R\$ 20,96      | 4                 | 48               |
| 0.214.010.07-4                                                    | TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS                                                                                                   | R\$ 1,00       | 1                 | 12               |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                | 6.313             | 75.756           |
| LOTE 03 - DIÁLISE PERITONEAL                                      |                                                                                                                             |                |                   |                  |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          |                                                                                                                             |                |                   |                  |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |
| 03.05.01.001-8                                                    | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA -EXCEPCIONALIDADE)                                                 | R\$ 121,74     | 1                 | 12               |
| 03.05.01.002-6                                                    | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)                                                            | R\$ 121,51     | 1                 | 12               |
| 03.05.01.016-6                                                    | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC                                                    | R\$ 358,06     | 32                | 384              |
| 03.05.01.018-2                                                    | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                  | R\$ 55,13      | 1                 | 12               |
| 03.05.01.017-4                                                    | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO ( POR DIA ) - HOSPITALAR                    | R\$ 80,77      | 1                 | 12               |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                | 36                | 432              |
| CIRURGIA EM NEFROLOGIA                                            |                                                                                                                             |                |                   |                  |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |
| 04.18.01.008-0                                                    | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC                                                                   | R\$ 400,00     | 6                 | 72               |
| 04.18.01.009-9                                                    | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI                                                                          | R\$ 110,29     | 1                 | 12               |
| 04.18.02.003-5                                                    | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILIAR DE LONGA PERMANENCIA                                                          | R\$ 400,00     | 2                 | 24               |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                | 9                 | 108              |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA |                                                                                                                             |                |                   |                  |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | QUANTIDADE ANUAL |
| 07.02.10.003-0                                                    | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                       | R\$ 149,75     | 6                 | 72               |
| 07.02.10.004-8                                                    | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                  | R\$ 2.511,49   | 31                | 372              |
| 07.02.10.005-6                                                    | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE- 15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA) | R\$ 1.255,74   | 1                 | 12               |
| 07.02.10.006-4                                                    | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE- MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                | R\$ 1.893,68   | 1                 | 12               |
| 07.02.10.007-2                                                    | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                    | R\$ 609,39     | 1                 | 12               |
| 07.02.10.008-0                                                    | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                                          | R\$ 946,84     | 1                 | 12               |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                | 41                | 492              |

4. DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO, RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS E SOBRE O CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

4.1 LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1.1 Em consonância com o Adendo SESAU-CAIS (0023056440), os serviços de Terapia Renal Substitutiva em **regime Hospitalar** serão prestados nas instalações dos Hospitais próprios da Secretaria de Estado de Saúde - SESAU do Estado do Rondônia, à saber:

- a) Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP);
- b) Hospital e Pronto Socorro João Paulo - II (HEPSJP/II);
- c) Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD);
- d) Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON);
- e) Assistência Médica Intensiva 24 horas (AMI);

4.1.2 Os serviços de Terapia Renal Substitutiva em **regime Ambulatorial** serão realizados **nas dependências da CREDENCIADA, QUE DEVERÁ POSSUIR PREFERENCIALMENTE UMA SEDE** no município polo da Macrorregião I do ESTADO DE RONDÔNIA, garantindo facilidade de acesso do usuário, tendo em vista mitigar os custos oriundos dos deslocamentos até a unidade da credenciada:

- a) Região **Madeira Mamoré**: Município polo Porto Velho;
- b) Região de Saúde **Vale do Jamari** : Município polo Ariquemes\*.

\* O serviço a ser credenciado para o município de Ariquemes será apenas o serviço de diálise peritoneal, tendo como serviço de retaguarda para terapia em modalidade hemodíalise o Centro de Diálise de Ariquemes-CDA .

**NOTA:** De acordo com o Despacho SESAU-DE (0010521712), Cabe aos municípios que já ofertam a Terapia Renal Substitutiva às Regiões de Saúde, manterem integralmente a oferta do serviço.

4.7 Metodologia detalhada da execução dos serviços:

Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar:

- A unidade de referência para realização da **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** será o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), através da CREDENCIADA. Pacientes que necessitem desta modalidade que tenham sido absorvidos em outras unidades deverão ser regulados ao referido nosocômio;
- Os pacientes de **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** deverão ser assistidos integralmente pela equipe de saúde da CREDENCIADA em todas as etapas da oferta da TRS, inclusive com atuação multidisciplinar quando o caso requerer, incluindo equipe técnica de enfermagem capacitada e habilitada para tal, em todas as etapas da oferta da TRS, não necessitando da equipe médica, pois o estado fornece pediatra nefrologista.
- A implantação do Cateter de Tenckhoff nos pacientes de tiverem indicação para **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar**, será realizada através do serviço próprio do Estado de Rondônia.

- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- Os serviços de **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** que serão realizados através da CREDENCIADA deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESAU/RO, através do SISREG.

**Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar:**

- A Terapia Renal Substitutiva na modalidade de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-Hospitalar**, serão realizados através da credenciada dependências do Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD). Pacientes que necessitem desta modalidade que tenham sido absorvidos em outras unidades deverão ser regulados ao referido nosocômio;
- A unidade de referência para realização da **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-Hospitalar** será o Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD), através da CREDENCIADA. Pacientes que necessitem desta modalidade que tenham sido absorvidos em outras unidades deverão ser regulados ao referido nosocômio;
- Os pacientes de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar** deverão ser assistidos integralmente pela equipe de saúde da credenciada em todas as etapas da oferta da TRS, inclusive com atuação multidisciplinar quando o caso requerer.
- A implantação do Cateter de Tenckhoff nos pacientes de tiverem indicação para **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar**, será realizada através do serviço próprio do Estado de Rondônia.
- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar** é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- Os serviços de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar** que serão realizados através da CREDENCIADA deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESAU/RO, através do SISREG.

**Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar:**

- A realização da **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** ocorrerá através da CREDENCIADA nas dependências das unidades hospitalares próprias do Estado, a saber:  
  
Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HB);  
Hospital e Pronto Socorro João Paulo Segundo (HPSJ);  
Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON);  
Assistência Médica Intensiva 24 horas (AMI);
- Os pacientes de **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** deverão ser assistidos integralmente pela equipe de saúde da CREDENCIADA em todas as etapas da oferta da TRS, inclusive com atuação multidisciplinar quando o caso requerer.
- A implantação do Cateter de Tenckhoff nos pacientes de tiverem indicação para **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar**, será realizada através do serviço próprio do Estado de Rondônia.
- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- Os serviços de **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** que serão realizados através da CREDENCIADA deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESAU/RO, através do SISREG.

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

- Pacientes doentes renais crônicos internados nas unidades Hospitalares próprias do Estado de Rondônia que esteja em programa dialítico na modalidade de **Hemodiálise Ambulatorial (Pediátrica e Adulta)**, com quadro clínico estável conforme avaliação multidisciplinar, deverão ser submetidos à TRS nas dependências da CREDENCIADA a qual o usuário esta cadastrado. Sendo de responsabilidade das unidades hospitalares de origem o transporte do paciente.

**NOTA:** Pacientes internados que forem encaminhados para a realização da TRS nas dependências da CREDENCIADA que apresentem instabilidade de quadro clínico durante o programa dialítico, necessitando de internação em Unidade Terapia Intensiva, serão removidos pelas equipes de transporte/remoção das unidade hospitalares próprias do Estado de Rondônia.

- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de Diálise Peritoneal é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- O volume de pacientes inseridos em programa de Diálise Peritoneal deverá no mínimo atender ao preconizado pelo Ministério da saúde através das portarias vigentes.
- Os pacientes que receberem alta hospitalar e que apresentarem avaliação da nefrologia de RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL, serão regulados via SISREG, para realização de consultas/acompanhamento em ambulatório especializado estadual, não havendo assim necessidade de tomada dos serviços da credenciada, conforme fluxo de atendimento aos pacientes doentes renais do Estado de Rondônia anexo ao processo.
- Os pacientes renais agudos que evoluírem para condição crônica da doença renal que no momento da alta hospitalar apresentarem avaliação da nefrologia indicando a CONTINUIDADE de TRS, deverão ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESAU/RO, através do SISREG para a CREDENCIADA detentora do lote correspondente à localização da residência do paciente ou a mais próxima, que dará continuidade ao tratamento dialítico.
- Os pacientes DRCs, ao receberem alta hospitalar voltarão a ser atendidos na unidade de atendimento ao paciente crônico de origem.
- Os exames laboratoriais necessários aos pacientes serão de responsabilidade da credenciada através de laboratórios próprios e/ou contratado".

**IMPLANTE DE TENCKOFF:**

**Macrorregião1:**

De acordo com o despacho nº 9140555, o procedimento esta a cargo do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro.

**7. ESTIMATIVA DE DESPESA**

No que tange o valor a ser estimado para o referido credenciamento, serão os previstos na Tabela SUS editada pelo Ministério da Saúde, e também a orientação estabelecida nos autos do processo SEI nº0036.580340/2021-37 e aprovada pelo gestor da pasta, cito Informação 260 (0022991212).

Segue estimativa para a Contratação em referência:

| DEFINIÇÃO DE LOTES - MODALIDADE INTRA HOSPITALAR - ADULTO / PEDIÁTRICO / NEO NATAL |                                                                                       |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|------------|--------------------|-----------|-------------------|
| LOTE 01 - INTRA-HOSPITALAR (ADULTO / PEDIÁTRICO / NEO NATAL)                       |                                                                                       |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                                             |                                                                                       |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CODIGO DO SUS                                                                      | PROCEDIMENTO                                                                          | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL | VALOR TOTAL MENSAL | QTE ANUAL | VALOR TOTAL ANUAL |
| 030501003-4                                                                        | DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAIIS AGUDOS                                        | R\$ 111,42         | 58,63%      | R\$ 65,33       | R\$ 176,75                  | 145        | R\$ 25.628,10      | 1.740     | R\$ 307.537,25    |
| 041801007-2                                                                        | IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER) | R\$ 206,80         | 58,63%      | R\$ 121,25      | R\$ 328,05                  | 11         | R\$ 3.608,52       | 132       | R\$ 43.302,18     |
|                                                                                    | TOTAL                                                                                 |                    |             |                 |                             | 156        | R\$ 29.236,62      | 1.872     | R\$ 350.839,43    |
|                                                                                    |                                                                                       |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| DEFINIÇÃO DE LOTES - MODALIDADE AMBULATORIAL - ADULTO                              |                                                                                       |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| LOTE 02 - HEMODIÁLISE                                                              |                                                                                       |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                                             |                                                                                       |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CODIGO DO SUS                                                                      | PROCEDIMENTO                                                                          | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL | VALOR TOTAL MENSAL | QTE ANUAL | VALOR TOTAL ANUAL |
| 03.01.01.004-8                                                                     | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA(EXCETO MÉDICO)   | R\$ 6,30           | 58,63%      | R\$ 3,69        | R\$ 9,99                    | 5.161      | R\$ 51.577,43      | 61.932    | R\$ 618.929,21    |

|                                                                   |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|------------|--------------------|-----------|-------------------|
| 03.01.01.007-2                                                    | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                             | R\$ 10,00          | 58,63%      | R\$ 5,86        | R\$ 15,86                   | 2.011      | R\$ 31.900,49      | 24.132    | R\$ 382.805,92    |
| 03.01.10.001-2                                                    | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                               | R\$ 0,63           | 58,63%      | R\$ 0,37        | R\$ 1,00                    | 31.507     | R\$ 31.487,12      | 378.084   | R\$ 377.845,43    |
| 05.06.01.002-3                                                    | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS                  | R\$ 135,00         | 58,63%      | R\$ 79,15       | R\$ 214,15                  | 3          | R\$ 642,45         | 36        | R\$ 7.709,42      |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             | 38.682     | R\$ 115.607,50     | 464.184   | R\$ 1.387.289,97  |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL | VALOR TOTAL MENSAL | QTE ANUAL | VALOR TOTAL ANUAL |
| 03.05.01.009-3                                                    | HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA-EXCEPCIONALIDADE                                                                             | R\$ 194,20         | 58,63%      | R\$ 113,86      | R\$ 308,06                  | 49         | R\$ 15.094,91      | 588       | R\$ 181.138,96    |
| 03.05.01.010-7                                                    | HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                            | R\$ 194,20         | 58,63%      | R\$ 113,86      | R\$ 308,06                  | 3.855      | R\$ 1.187.569,22   | 46260     | R\$ 14.250.830,62 |
| 03.05.01.011-5                                                    | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                | R\$ 265,41         | 58,63%      | R\$ 155,61      | R\$ 421,02                  | 295        | R\$ 124.200,87     | 3540      | R\$ 1.490.410,39  |
| 03.05.01.012-3                                                    | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA | R\$ 265,41         | 58,63%      | R\$ 155,61      | R\$ 421,02                  | 4          | R\$ 1.684,08       | 48        | R\$ 20.208,95     |
| 03.05.01.020-4                                                    | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                | R\$ 353,88         | 58,63%      | R\$ 207,48      | R\$ 561,36                  | 8          | R\$ 4.490,88       | 96        | R\$ 53.890,55     |
| 03.05.01.017-4                                                    | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO ( POR DIA ) - HOSPITALAR                             | R\$ 80,77          | 58,63%      | R\$ 47,36       | R\$ 128,13                  | 205        | R\$ 26.265,72      | 2460      | R\$ 315.188,61    |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             | 4.416      | R\$ 1.359.305,67   | 52.992    | R\$ 16.311.668,08 |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL | VALOR TOTAL MENSAL | QTE ANUAL | VALOR TOTAL ANUAL |
| 04.18.01.003-0                                                    | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                                                                                   | R\$ 600,00         | 58,63%      | R\$ 351,78      | R\$ 951,78                  | 22         | R\$ 20.939,16      | 264       | R\$ 251.269,92    |
| 04.18.01.004-8                                                    | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                              | R\$ 200,00         | 58,63%      | R\$ 117,26      | 317,26                      | 2          | R\$ 634,52         | 24        | R\$ 7.614,24      |
| 04.18.01.006-4                                                    | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE                                                                                        | R\$ 115,81         | 58,63%      | R\$ 67,90       | R\$ 183,71                  | 29         | R\$ 5.327,57       | 348       | R\$ 63.930,87     |
| 04.18.02.002-7                                                    | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                                                                                   | R\$ 600,00         | 58,63%      | R\$ 351,78      | R\$ 667,90                  | 1          | R\$ 667,90         | 12        | R\$ 8.014,79      |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             | 54         | R\$ 27.569,15      | 648       | R\$ 330.829,83    |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL | VALOR TOTAL MENSAL | QTE ANUAL | VALOR TOTAL ANUAL |
| 07.02.10.010-2                                                    | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                   | R\$ 15,41          | 58,63%      | R\$ 9,03        | R\$ 24,44                   | 29         | R\$ 708,90         | 348       | R\$ 8.506,82      |
| 07.02.10.002-1                                                    | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                                      | R\$ 64,76          | 58,63%      | R\$ 37,97       | R\$ 102,73                  | 29         | R\$ 2.979,13       | 348       | R\$ 35.749,62     |
| 07.02.10.001-3                                                    | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                          | R\$ 482,34         | 58,63%      | R\$ 282,80      | R\$ 765,14                  | 2          | R\$ 1.530,27       | 24        | R\$ 18.363,26     |
| 07.02.10.009-9                                                    | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                         | R\$ 21,59          | 58,63%      | R\$ 12,66       | R\$ 34,25                   | 29         | R\$ 993,20         | 348       | R\$ 11.918,38     |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                                      |                    |             | R\$ 0,00        | R\$ 0,00                    | 89         | R\$ 6.211,51       | 1068      | R\$ 74.538,08     |
| DIAGNÓSTICO                                                       |                                                                                                                                      |                    |             |                 |                             |            |                    |           |                   |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                         | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL | VALOR TOTAL MENSAL | QTE ANUAL | VALOR TOTAL ANUAL |
| 0.202.010.02-3                                                    | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO                                                                                       | R\$ 2,01           | 58,63%      | R\$ 1,18        | R\$ 3,19                    | 69         | R\$ 220,00         | 828       | R\$ 2.640,05      |
| 0.202.010.04-0                                                    | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)                                                                                         | R\$ 3,63           | 58,63%      | R\$ 2,13        | R\$ 5,76                    | 1          | R\$ 5,76           | 12        | R\$ 69,10         |
| 0.202.010.11-2                                                    | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO                                                                                                           | R\$ 2,01           | 58,63%      | R\$ 1,18        | R\$ 3,19                    | 1          | R\$ 3,19           | 12        | R\$ 38,26         |
| 0.202.010.12-0                                                    | DOSAGEM DE ACIDO URICO                                                                                                               | R\$ 1,85           | 58,63%      | R\$ 1,08        | R\$ 2,93                    | 55         | R\$ 161,41         | 660       | R\$ 1.936,87      |
| 0.202.010.16-3                                                    | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                                                                                                | R\$ 3,68           | 58,63%      | R\$ 2,16        | R\$ 5,84                    | 1          | R\$ 5,84           | 12        | R\$ 70,05         |
| 0.202.010.18-0                                                    | DOSAGEM DE AMILASE                                                                                                                   | R\$ 2,25           | 58,63%      | R\$ 1,32        | R\$ 3,57                    | 1          | R\$ 3,57           | 12        | R\$ 42,83         |
| 0.202.010.20-1                                                    | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                                                                               | R\$ 2,01           | 58,63%      | R\$ 1,18        | R\$ 3,19                    | 2          | R\$ 6,38           | 24        | R\$ 76,52         |
| 0.202.010.21-0                                                    | DOSAGEM DE CALCIO                                                                                                                    | R\$ 1,85           | 58,63%      | R\$ 1,08        | R\$ 2,93                    | 416        | R\$ 1.220,82       | 4992      | R\$ 14.649,80     |
| 0.202.010.22-8                                                    | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                                                                                                          | R\$ 3,51           | 58,63%      | R\$ 2,06        | R\$ 5,57                    | 2          | R\$ 11,14          | 24        | R\$ 133,63        |
| 0.202.010.26-0                                                    | DOSAGEM DE CLORETO                                                                                                                   | R\$ 1,85           | 58,63%      | R\$ 1,08        | R\$ 2,93                    | 2          | R\$ 5,87           | 24        | R\$ 70,43         |
| 0.202.010.27-9                                                    | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                                                                                                            | R\$ 3,51           | 58,63%      | R\$ 2,06        | R\$ 5,57                    | 91         | R\$ 506,68         | 1092      | R\$ 6.080,16      |
| 0.202.010.28-7                                                    | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                                                                                                            | R\$ 3,51           | 58,63%      | R\$ 2,06        | R\$ 5,57                    | 90         | R\$ 501,11         | 1080      | R\$ 6.013,35      |
| 0.202.010.29-5                                                    | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                                                                                                          | R\$ 1,85           | 58,63%      | R\$ 1,08        | R\$ 2,93                    | 98         | R\$ 287,60         | 1176      | R\$ 3.451,15      |
| 0.202.010.31-7                                                    | DOSAGEM DE CREATININA                                                                                                                | R\$ 1,85           | 58,63%      | R\$ 1,08        | R\$ 2,93                    | 434        | R\$ 1.273,64       | 5208      | R\$ 15.283,68     |
| 0.202.010.32-5                                                    | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                                                                                                | R\$ 3,68           | 58,63%      | R\$ 2,16        | R\$ 5,84                    | 2          | R\$ 11,68          | 24        | R\$ 140,10        |
| 0.202.010.33-3                                                    | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                                                                                            | R\$ 4,12           | 58,63%      | R\$ 2,42        | R\$ 6,54                    | 1          | R\$ 6,54           | 12        | R\$ 78,43         |
| 0.202.010.36-8                                                    | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                                                                                                      | R\$ 3,68           | 58,63%      | R\$ 2,16        | R\$ 5,84                    | 1          | R\$ 5,84           | 12        | R\$ 70,05         |
| 0.202.010.38-4                                                    | DOSAGEM DE FERRITINA                                                                                                                 | R\$ 15,59          | 58,63%      | R\$ 9,14        | R\$ 24,73                   | 139        | R\$ 3.437,53       | 1668      | R\$ 41.250,34     |
| 0.202.010.39-2                                                    | DOSAGEM DE FERRO SERICO                                                                                                              | R\$ 3,51           | 58,63%      | R\$ 2,06        | R\$ 5,57                    | 90         | R\$ 501,11         | 1080      | R\$ 6.013,35      |
| 0.202.010.40-6                                                    | DOSAGEM DE FOLATO                                                                                                                    | R\$ 15,65          | 58,63%      | R\$ 9,18        | R\$ 24,83                   | 1          | R\$ 24,83          | 12        | R\$ 297,91        |
| 0.202.010.42-2                                                    | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                                                                                                        | R\$ 2,01           | 58,63%      | R\$ 1,18        | R\$ 3,19                    | 119        | R\$ 379,43         | 1428      | R\$ 4.553,13      |
| 0.202.010.43-0                                                    | DOSAGEM DE FOSFORO                                                                                                                   | R\$ 1,85           | 58,63%      | R\$ 1,08        | R\$ 2,93                    | 409        | R\$ 1.200,27       | 4908      | R\$ 14.403,29     |
| 0.202.010.46-5                                                    | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                                                                                       | R\$ 3,51           | 58,63%      | R\$ 2,06        | R\$ 5,57                    | 4          | R\$ 22,27          | 48        | R\$ 267,26        |
| 0.202.010.47-3                                                    | DOSAGEM DE GLICOSE                                                                                                                   | R\$ 1,85           | 58,63%      | R\$ 1,08        | R\$ 2,93                    | 224        | R\$ 657,36         | 2688      | R\$ 7.888,35      |
| 0.202.010.48-1                                                    | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                                                                                           | R\$ 3,68           | 58,63%      | R\$ 2,16        | R\$ 5,84                    | 1          | R\$ 5,84           | 12        | R\$ 70,05         |

|                  |                                                                       |                               |        |           |            |     |              |      |               |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|-----------|------------|-----|--------------|------|---------------|
| 27/12/2021 08:36 |                                                                       | SEI/ABC - 0023070459 - Adendo |        |           |            |     |              |      |               |
| 0.202.010.49-0   | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA                                               | R\$ 3,68                      | 58,63% | R\$ 2,16  | R\$ 5,84   | 1   | R\$ 5,84     | 12   | R\$ 70,05     |
| 0.202.010.50-3   | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                                    | R\$ 7,86                      | 58,63% | R\$ 4,61  | R\$ 12,47  | 98  | R\$ 1.221,90 | 1176 | R\$ 14.662,74 |
| 0.202.010.53-8   | DOSAGEM DE LACTATO                                                    | R\$ 3,68                      | 58,63% | R\$ 2,16  | R\$ 5,84   | 1   | R\$ 5,84     | 12   | R\$ 70,05     |
| 0.202.010.55-4   | DOSAGEM DE LIPASE                                                     | R\$ 2,25                      | 58,63% | R\$ 1,32  | R\$ 3,57   | 1   | R\$ 3,57     | 12   | R\$ 42,83     |
| 0.202.010.56-2   | DOSAGEM DE MAGNESIO                                                   | R\$ 2,01                      | 58,63% | R\$ 1,18  | R\$ 3,19   | 9   | R\$ 28,70    | 108  | R\$ 344,35    |
| 0.202.010.60-0   | DOSAGEM DE POTASSIO                                                   | R\$ 1,85                      | 58,63% | R\$ 1,08  | R\$ 2,93   | 436 | R\$ 1.279,51 | 5232 | R\$ 15.354,11 |
| 0.202.010.61-9   | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                                           | R\$ 1,40                      | 58,63% | R\$ 0,82  | R\$ 2,22   | 1   | R\$ 2,22     | 12   | R\$ 26,65     |
| 0.202.010.62-7   | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES                                 | R\$ 1,85                      | 58,63% | R\$ 1,08  | R\$ 2,93   | 134 | R\$ 393,24   | 1608 | R\$ 4.718,93  |
| 0.202.010.63-5   | DOSAGEM DE SODIO                                                      | R\$ 1,85                      | 58,63% | R\$ 1,08  | R\$ 2,93   | 358 | R\$ 1.050,61 | 4296 | R\$ 12.607,28 |
| 0.202.010.64-3   | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)                   | R\$ 2,01                      | 58,63% | R\$ 1,18  | R\$ 3,19   | 165 | R\$ 526,10   | 1980 | R\$ 6.313,16  |
| 0.202.010.65-1   | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)                      | R\$ 2,01                      | 58,63% | R\$ 1,18  | R\$ 3,19   | 388 | R\$ 1.237,12 | 4656 | R\$ 14.845,48 |
| 0.202.010.66-0   | DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                               | R\$ 4,12                      | 58,63% | R\$ 2,42  | R\$ 6,54   | 120 | R\$ 784,27   | 1440 | R\$ 9.411,20  |
| 0.202.010.67-8   | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                             | R\$ 3,51                      | 58,63% | R\$ 2,06  | R\$ 5,57   | 97  | R\$ 540,09   | 1164 | R\$ 6.481,05  |
| 0.202.010.69-4   | DOSAGEM DE UREA                                                       | R\$ 1,85                      | 58,63% | R\$ 1,08  | R\$ 2,93   | 754 | R\$ 2.212,73 | 9048 | R\$ 26.552,76 |
| 0.202.010.70-8   | DOSAGEM DE VITAMINA B12                                               | R\$ 15,24                     | 58,63% | R\$ 8,94  | R\$ 24,18  | 1   | R\$ 24,18    | 12   | R\$ 290,10    |
| 0.202.010.72-4   | ELETROFORESE DE PROTEINAS                                             | R\$ 4,42                      | 58,63% | R\$ 2,59  | R\$ 7,01   | 1   | R\$ 7,01     | 12   | R\$ 84,14     |
| 0.202.010.73-2   | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )    | R\$ 15,65                     | 58,63% | R\$ 9,18  | R\$ 24,83  | 5   | R\$ 124,13   | 60   | R\$ 1.489,54  |
| 0.202.010.75-9   | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS               | R\$ 6,55                      | 58,63% | R\$ 3,84  | R\$ 10,39  | 58  | R\$ 602,64   | 696  | R\$ 7.231,62  |
| 0.202.010.76-7   | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | R\$ 15,24                     | 58,63% | R\$ 8,94  | R\$ 24,18  | 50  | R\$ 1.208,76 | 600  | R\$ 14.505,13 |
| 0.202.020.02-9   | CONTAGEM DE PLAQUETAS                                                 | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 1   | R\$ 4,33     | 12   | R\$ 51,97     |
| 0.202.020.03-7   | CONTAGEM DE RETICULOCITOS                                             | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 1   | R\$ 4,33     | 12   | R\$ 51,97     |
| 0.202.020.05-3   | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)                         | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 2   | R\$ 8,66     | 24   | R\$ 103,93    |
| 0.202.020.07-0   | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO                                   | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 1   | R\$ 4,33     | 12   | R\$ 51,97     |
| 0.202.020.09-6   | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE                            | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 1   | R\$ 4,33     | 12   | R\$ 51,97     |
| 0.202.020.10-0   | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY                           | R\$ 9,00                      | 58,63% | R\$ 5,28  | R\$ 14,28  | 1   | R\$ 14,28    | 12   | R\$ 171,32    |
| 0.202.020.13-4   | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R\$ 5,77                      | 58,63% | R\$ 3,38  | R\$ 9,15   | 2   | R\$ 18,31    | 24   | R\$ 219,67    |
| 0.202.020.14-2   | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 4   | R\$ 17,32    | 48   | R\$ 207,87    |
| 0.202.020.15-0   | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                 | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 5   | R\$ 21,65    | 60   | R\$ 259,84    |
| 0.202.020.29-0   | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                                               | R\$ 4,60                      | 58,63% | R\$ 2,70  | R\$ 7,30   | 1   | R\$ 7,30     | 12   | R\$ 87,56     |
| 0.202.020.30-4   | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                                                | R\$ 1,53                      | 58,63% | R\$ 0,90  | R\$ 2,43   | 96  | R\$ 233,00   | 1152 | R\$ 2.795,95  |
| 0.202.020.36-3   | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)                   | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 71  | R\$ 307,47   | 852  | R\$ 3.689,67  |
| 0.202.020.37-1   | HEMATOCRITO                                                           | R\$ 1,53                      | 58,63% | R\$ 0,90  | R\$ 2,43   | 29  | R\$ 70,38    | 348  | R\$ 844,61    |
| 0.202.020.38-0   | HEMOGRAMA COMPLETO                                                    | R\$ 4,11                      | 58,63% | R\$ 2,41  | R\$ 6,52   | 352 | R\$ 2.294,93 | 4224 | R\$ 27.539,18 |
| 0.202.020.39-8   | LEUCOGRAMA                                                            | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 3   | R\$ 12,99    | 36   | R\$ 155,90    |
| 0.202.020.49-5   | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO                                          | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 1   | R\$ 4,33     | 12   | R\$ 51,97     |
| 0.202.020.50-9   | PROVA DO LACO                                                         | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 1   | R\$ 4,33     | 12   | R\$ 51,97     |
| 0.202.020.54-1   | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)                            | R\$ 2,73                      | 58,63% | R\$ 1,60  | R\$ 4,33   | 1   | R\$ 4,33     | 12   | R\$ 51,97     |
| 0.202.030.06-7   | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)                                    | R\$ 9,25                      | 58,63% | R\$ 5,42  | R\$ 14,67  | 1   | R\$ 14,67    | 12   | R\$ 176,08    |
| 0.202.030.08-3   | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA                       | R\$ 9,25                      | 58,63% | R\$ 5,42  | R\$ 14,67  | 1   | R\$ 14,67    | 12   | R\$ 176,08    |
| 0.202.030.10-5   | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                       | R\$ 16,42                     | 58,63% | R\$ 9,63  | R\$ 26,05  | 7   | R\$ 182,33   | 84   | R\$ 2.187,95  |
| 0.202.030.12-1   | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                                             | R\$ 17,16                     | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22  | 3   | R\$ 81,66    | 36   | R\$ 979,95    |
| 0.202.030.13-0   | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                                             | R\$ 17,16                     | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22  | 3   | R\$ 81,66    | 36   | R\$ 979,95    |
| 0.202.030.14-8   | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA                                             | R\$ 2,83                      | 58,63% | R\$ 1,66  | R\$ 4,49   | 1   | R\$ 4,49     | 12   | R\$ 53,87     |
| 0.202.030.20-2   | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                                         | R\$ 2,83                      | 58,63% | R\$ 1,66  | R\$ 4,49   | 5   | R\$ 22,45    | 60   | R\$ 269,35    |
| 0.202.030.25-3   | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                            | R\$ 10,00                     | 58,63% | R\$ 5,86  | R\$ 15,86  | 1   | R\$ 15,86    | 12   | R\$ 190,36    |
| 0.202.030.26-1   | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA                            | R\$ 10,00                     | 58,63% | R\$ 5,86  | R\$ 15,86  | 1   | R\$ 15,86    | 12   | R\$ 190,36    |
| 0.202.030.27-0   | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                                       | R\$ 8,67                      | 58,63% | R\$ 5,08  | R\$ 13,75  | 2   | R\$ 27,51    | 24   | R\$ 330,08    |
| 0.202.030.29-6   | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)                      | R\$ 85,00                     | 58,63% | R\$ 49,84 | R\$ 134,84 | 1   | R\$ 134,84   | 12   | R\$ 1.618,03  |
| 0.202.030.30-0   | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)                     | R\$ 10,00                     | 58,63% | R\$ 5,86  | R\$ 15,86  | 51  | R\$ 809,01   | 612  | R\$ 9.708,16  |
| 0.202.030.31-8   | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                           | R\$ 18,55                     | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43  | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.030.34-2   | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM                                        | R\$ 17,16                     | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22  | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.35-0   | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)                                 | R\$ 18,55                     | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43  | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.030.36-9   | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)                                 | R\$ 18,55                     | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43  | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.030.47-    | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)                     | R\$ 2,83                      | 58,63% | R\$ 1,66  | R\$ 4,49   | 1   | R\$ 4,49     | 12   | R\$ 53,87     |

|                |                                                                                                  |           |        |           |           |     |              |      |               |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----------|-----------|-----|--------------|------|---------------|
| 4              |                                                                                                  |           |        |           |           |     |              |      |               |
| 0.202.030.55-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS                                                           | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.59-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO                                                                | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 3   | R\$ 81,66    | 36   | R\$ 979,95    |
| 0.202.030.62-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA                                                        | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.63-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)           | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 73  | R\$ 2.148,09 | 876  | R\$ 25.777,06 |
| 0.202.030.64-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)                       | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.030.67-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                                   | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 70  | R\$ 2.059,81 | 840  | R\$ 24.717,73 |
| 0.202.030.74-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$ 11,00 | 58,63% | R\$ 6,45  | R\$ 17,45 | 1   | R\$ 17,45    | 12   | R\$ 209,39    |
| 0.202.030.76-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$ 16,97 | 58,63% | R\$ 9,95  | R\$ 26,92 | 1   | R\$ 26,92    | 12   | R\$ 323,03    |
| 0.202.030.77-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$ 9,25  | 58,63% | R\$ 5,42  | R\$ 14,67 | 1   | R\$ 14,67    | 12   | R\$ 176,08    |
| 0.202.030.78-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 25  | R\$ 735,65   | 300  | R\$ 8.827,76  |
| 0.202.030.79-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$ 30,00 | 58,63% | R\$ 17,59 | R\$ 47,59 | 1   | R\$ 47,59    | 12   | R\$ 571,07    |
| 0.202.030.80-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                                | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.030.81-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.83-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.84-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS                                         | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.85-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$ 11,61 | 58,63% | R\$ 6,81  | R\$ 18,42 | 1   | R\$ 18,42    | 12   | R\$ 221,00    |
| 0.202.030.87-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.030.88-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$ 9,25  | 58,63% | R\$ 5,42  | R\$ 14,67 | 1   | R\$ 14,67    | 12   | R\$ 176,08    |
| 0.202.030.89-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)         | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 2   | R\$ 58,85    | 24   | R\$ 706,22    |
| 0.202.030.90-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$ 20,00 | 58,63% | R\$ 11,73 | R\$ 31,73 | 1   | R\$ 31,73    | 12   | R\$ 380,71    |
| 0.202.030.91-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                                | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.030.92-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.94-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.95-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS                                         | R\$ 17,16 | 58,63% | R\$ 10,06 | R\$ 27,22 | 1   | R\$ 27,22    | 12   | R\$ 326,65    |
| 0.202.030.97-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                                | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 75  | R\$ 2.206,94 | 900  | R\$ 26.483,28 |
| 0.202.030.98-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                            | R\$ 18,55 | 58,63% | R\$ 10,88 | R\$ 29,43 | 1   | R\$ 29,43    | 12   | R\$ 353,11    |
| 0.202.031.00-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS                                                                       | R\$ 2,83  | 58,63% | R\$ 1,66  | R\$ 4,49  | 1   | R\$ 4,49     | 12   | R\$ 53,87     |
| 0.202.031.03-9 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA                                           | R\$ 9,25  | 58,63% | R\$ 5,42  | R\$ 14,67 | 1   | R\$ 14,67    | 12   | R\$ 176,08    |
| 0.202.031.04-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)                                           | R\$ 10,00 | 58,63% | R\$ 5,86  | R\$ 15,86 | 1   | R\$ 15,86    | 12   | R\$ 190,36    |
| 0.202.031.11-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                                                     | R\$ 2,83  | 58,63% | R\$ 1,66  | R\$ 4,49  | 3   | R\$ 13,47    | 36   | R\$ 161,61    |
| 0.202.031.20-9 | DOSAGEM DE TROPONINA                                                                             | R\$ 9,00  | 58,63% | R\$ 5,28  | R\$ 14,28 | 1   | R\$ 14,28    | 12   | R\$ 171,32    |
| 0.202.040.06-2 | PESQUISA DE EOSINOFILOS                                                                          | R\$ 1,65  | 58,63% | R\$ 0,97  | R\$ 2,62  | 1   | R\$ 2,62     | 12   | R\$ 31,41     |
| 0.202.040.09-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES                                                                 | R\$ 1,65  | 58,63% | R\$ 0,97  | R\$ 2,62  | 1   | R\$ 2,62     | 12   | R\$ 31,41     |
| 0.202.040.10-0 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                                                                  | R\$ 1,65  | 58,63% | R\$ 0,97  | R\$ 2,62  | 5   | R\$ 13,09    | 60   | R\$ 157,04    |
| 0.202.040.12-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                                                           | R\$ 1,65  | 58,63% | R\$ 0,97  | R\$ 2,62  | 2   | R\$ 5,23     | 24   | R\$ 62,82     |
| 0.202.040.14-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                                                              | R\$ 1,65  | 58,63% | R\$ 0,97  | R\$ 2,62  | 1   | R\$ 2,62     | 12   | R\$ 31,41     |
| 0.202.050.01-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA                                    | R\$ 3,70  | 58,63% | R\$ 2,17  | R\$ 5,87  | 54  | R\$ 316,94   | 648  | R\$ 3.803,31  |
| 0.202.050.02-5 | CLEARANCE DE CREATININA                                                                          | R\$ 3,51  | 58,63% | R\$ 2,06  | R\$ 5,57  | 15  | R\$ 83,52    | 180  | R\$ 1.002,22  |
| 0.202.050.04-1 | CLEARANCE DE UREIA                                                                               | R\$ 3,51  | 58,63% | R\$ 2,06  | R\$ 5,57  | 4   | R\$ 22,27    | 48   | R\$ 267,26    |
| 0.202.050.08-4 | DOSAGEM DE CITRATO                                                                               | R\$ 2,01  | 58,63% | R\$ 1,18  | R\$ 3,19  | 1   | R\$ 3,19     | 12   | R\$ 38,26     |
| 0.202.050.09-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                                                                | R\$ 8,12  | 58,63% | R\$ 4,76  | R\$ 12,88 | 6   | R\$ 77,28    | 72   | R\$ 927,41    |
| 0.202.050.10-6 | DOSAGEM DE OXALATO                                                                               | R\$ 3,68  | 58,63% | R\$ 2,16  | R\$ 5,84  | 1   | R\$ 5,84     | 12   | R\$ 70,05     |
| 0.202.050.11-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                                                         | R\$ 2,04  | 58,63% | R\$ 1,20  | R\$ 3,24  | 20  | R\$ 64,72    | 240  | R\$ 776,65    |
| 0.202.060.12-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA                                                                           | R\$ 14,38 | 58,63% | R\$ 8,43  | R\$ 22,81 | 3   | R\$ 68,43    | 36   | R\$ 821,20    |
| 0.202.060.13-6 | DOSAGEM DE CORTISOL                                                                              | R\$ 9,86  | 58,63% | R\$ 5,78  | R\$ 15,64 | 1   | R\$ 15,64    | 12   | R\$ 187,69    |
| 0.202.060.15-2 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                                                              | R\$ 11,71 | 58,63% | R\$ 6,87  | R\$ 18,58 | 1   | R\$ 18,58    | 12   | R\$ 222,91    |
| 0.202.060.16-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL                                                                             | R\$ 10,15 | 58,63% | R\$ 5,95  | R\$ 16,10 | 1   | R\$ 16,10    | 12   | R\$ 193,21    |
| 0.202.060.21-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)                                        | R\$ 7,85  | 58,63% | R\$ 4,60  | R\$ 12,45 | 2   | R\$ 24,90    | 24   | R\$ 298,86    |
| 0.202.060.23-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)                                                   | R\$ 7,89  | 58,63% | R\$ 4,63  | R\$ 12,52 | 1   | R\$ 12,52    | 12   | R\$ 150,19    |
| 0.202.060.24-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                                                            | R\$ 8,97  | 58,63% | R\$ 5,26  | R\$ 14,23 | 1   | R\$ 14,23    | 12   | R\$ 170,75    |
| 0.202.060.25-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                                                       | R\$ 8,96  | 58,63% | R\$ 5,25  | R\$ 14,21 | 23  | R\$ 326,90   | 276  | R\$ 3.922,86  |
| 0.202.060.26-8 | DOSAGEM DE INSULINA                                                                              | R\$ 10,17 | 58,63% | R\$ 5,96  | R\$ 16,13 | 1   | R\$ 16,13    | 12   | R\$ 193,59    |
| 0.202.060.27-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO                                                                          | R\$ 43,13 | 58,63% | R\$ 25,29 | R\$ 68,42 | 120 | R\$ 8.210,05 | 1440 | R\$ 98.520,65 |

|                                                                   |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| 0.202.060.29-2                                                    | DOSAGEM DE PROGESTERONA                                                                                                     | R\$ 10,22          | 58,63%      | R\$ 5,99        | R\$ 16,21                   | 1                  | R\$ 16,21          | 12                | R\$ 194,54        |
| 0.202.060.30-6                                                    | DOSAGEM DE PROLACTINA                                                                                                       | R\$ 10,15          | 58,63%      | R\$ 5,95        | R\$ 16,10                   | 1                  | R\$ 16,10          | 12                | R\$ 193,21        |
| 0.202.060.34-9                                                    | DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                                                                                     | R\$ 10,43          | 58,63%      | R\$ 6,12        | R\$ 16,55                   | 1                  | R\$ 16,55          | 12                | R\$ 198,54        |
| 0.202.060.35-7                                                    | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                                                                                               | R\$ 13,11          | 58,63%      | R\$ 7,69        | R\$ 20,80                   | 1                  | R\$ 20,80          | 12                | R\$ 249,56        |
| 0.202.060.37-3                                                    | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                                                                                    | R\$ 8,76           | 58,63%      | R\$ 5,14        | R\$ 13,90                   | 13                 | R\$ 180,65         | 156               | R\$ 2.167,77      |
| 0.202.060.38-1                                                    | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                                                                                        | R\$ 11,60          | 58,63%      | R\$ 6,80        | R\$ 18,40                   | 10                 | R\$ 184,01         | 120               | R\$ 2.208,13      |
| 0.202.060.39-0                                                    | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                                                                                             | R\$ 8,71           | 58,63%      | R\$ 5,11        | R\$ 13,82                   | 6                  | R\$ 82,90          | 72                | R\$ 994,80        |
| 0.202.060.47-0                                                    | PESQUISA DE MACROPROLACTINA                                                                                                 | R\$ 12,15          | 58,63%      | R\$ 7,12        | R\$ 19,27                   | 1                  | R\$ 19,27          | 12                | R\$ 231,28        |
| 0.202.070.08-5                                                    | DOSAGEM DE ALUMINIO                                                                                                         | R\$ 27,50          | 58,63%      | R\$ 16,12       | R\$ 43,62                   | 29                 | R\$ 1.265,07       | 348               | R\$ 15.180,89     |
| 0.202.070.18-2                                                    | DOSAGEM DE CICLOSPORINA                                                                                                     | R\$ 58,61          | 58,63%      | R\$ 34,36       | R\$ 92,97                   | 1                  | R\$ 92,97          | 12                | R\$ 1.115,68      |
| 0.202.080.01-3                                                    | ANTIBIOGRAMA                                                                                                                | R\$ 4,98           | 58,63%      | R\$ 2,92        | R\$ 7,90                    | 41                 | R\$ 323,89         | 492               | R\$ 3.886,69      |
| 0.202.080.04-8                                                    | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)                                                                       | R\$ 4,20           | 58,63%      | R\$ 2,46        | R\$ 6,66                    | 1                  | R\$ 6,66           | 12                | R\$ 79,95         |
| 0.202.080.07-2                                                    | BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                                                                                       | R\$ 2,80           | 58,63%      | R\$ 1,64        | R\$ 4,44                    | 4                  | R\$ 17,77          | 48                | R\$ 213,20        |
| 0.202.080.08-0                                                    | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO                                                                                       | R\$ 5,62           | 58,63%      | R\$ 3,30        | R\$ 8,92                    | 38                 | R\$ 338,77         | 456               | R\$ 4.065,24      |
| 0.202.080.13-7                                                    | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS                                                                                        | R\$ 4,19           | 58,63%      | R\$ 2,46        | R\$ 6,65                    | 1                  | R\$ 6,65           | 12                | R\$ 79,76         |
| 0.202.080.15-3                                                    | HEMOCULTURA                                                                                                                 | R\$ 11,49          | 58,63%      | R\$ 6,74        | R\$ 18,23                   | 4                  | R\$ 72,91          | 48                | R\$ 874,88        |
| 0.202.090.12-4                                                    | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                                                           | R\$ 1,89           | 58,63%      | R\$ 1,11        | R\$ 3,00                    | 7                  | R\$ 20,99          | 84                | R\$ 251,84        |
| 0.202.090.13-2                                                    | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                                                         | R\$ 1,89           | 58,63%      | R\$ 1,11        | R\$ 3,00                    | 1                  | R\$ 3,00           | 12                | R\$ 35,98         |
| 0.202.090.30-2                                                    | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE                                                                              | R\$ 1,89           | 58,63%      | R\$ 1,11        | R\$ 3,00                    | 1                  | R\$ 3,00           | 12                | R\$ 35,98         |
| 0.202.120.02-3                                                    | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO                                                                                  | R\$ 1,37           | 58,63%      | R\$ 0,80        | R\$ 2,17                    | 9                  | R\$ 19,56          | 108               | R\$ 234,71        |
| 0.202.120.08-2                                                    | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                                                                                       | R\$ 1,37           | 58,63%      | R\$ 0,80        | R\$ 2,17                    | 9                  | R\$ 19,56          | 108               | R\$ 234,71        |
| 0.202.120.09-0                                                    | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)                                                                                | R\$ 2,73           | 58,63%      | R\$ 1,60        | R\$ 4,33                    | 1                  | R\$ 4,33           | 12                | R\$ 51,97         |
| 0.203.010.03-5                                                    | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)                                                                       | R\$ 20,96          | 58,63%      | R\$ 12,29       | R\$ 33,25                   | 4                  | R\$ 133,00         | 48                | R\$ 1.595,94      |
| 0.214.010.07-4                                                    | TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS                                                                                                   | R\$ 1,00           | 58,63%      | R\$ 0,59        | R\$ 1,59                    | 1                  | R\$ 1,59           | 12                | R\$ 19,04         |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | 6.313              | R\$ 46.365,46      | 75.756            | R\$ 556.385,46    |
| VALOR TOTAL DO LOTE R\$                                           |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | 49.554             | R\$ 1.555.059,28   | 49.554            | R\$ 18.660.711,41 |
| LOTE 03 - DIÁLISE PERITONEAL                                      |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL         | VALOR TOTAL MENSAL | QUANTIDADE ANUAL  | VALOR TOTAL ANUAL |
| 03.05.01.001-8                                                    | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA -EXCEPCIONALIDADE)                                                 | R\$ 121,74         | 58,63%      | R\$ 71,38       | R\$ 193,12                  | 1                  | R\$ 193,12         | 12                | R\$ 2.317,39      |
| 03.05.01.002-6                                                    | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)                                                            | R\$ 121,51         | 58,63%      | R\$ 71,24       | R\$ 192,75                  | 1                  | R\$ 192,75         | 12                | R\$ 2.313,02      |
| 03.05.01.016-6                                                    | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC                                                    | R\$ 358,06         | 58,63%      | R\$ 209,93      | R\$ 567,99                  | 32                 | R\$ 18.175,70      | 384               | R\$ 218.108,38    |
| 03.05.01.018-2                                                    | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                  | R\$ 55,13          | 58,63%      | R\$ 32,32       | R\$ 87,45                   | 1                  | R\$ 87,45          | 12                | R\$ 1.049,43      |
| 03.05.01.017-4                                                    | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO ( POR DIA ) - HOSPITALAR                    | R\$ 80,77          | 58,63%      | R\$ 47,36       | R\$ 128,13                  | 1                  | R\$ 128,13         | 12                | R\$ 1.537,51      |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | 36                 | R\$ 18.777,14      | 432               | R\$ 225.325,73    |
| CIRURGIA EM NEFROLOGIA                                            |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL         | VALOR TOTAL MENSAL | QUANTIDADE ANUAL  | VALOR TOTAL ANUAL |
| 04.18.01.008-0                                                    | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC                                                                   | R\$ 400,00         | 58,63%      | R\$ 234,52      | R\$ 634,52                  | 6                  | R\$ 3.807,12       | 72                | R\$ 45.685,44     |
| 04.18.01.009-9                                                    | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI                                                                          | R\$ 110,29         | 58,63%      | R\$ 64,66       | R\$ 174,95                  | 1                  | R\$ 174,95         | 12                | R\$ 2.099,44      |
| 04.18.02.003-5                                                    | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILIAR DE LONGA PERMANENCIA                                                          | R\$ 400,00         | 58,63%      | R\$ 234,52      | R\$ 634,52                  | 2                  | R\$ 1.269,04       | 24                | R\$ 15.228,48     |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | 9                  | R\$ 5.251,11       | 108               | R\$ 63.013,36     |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
| CODIGO DO SUS                                                     | PROCEDIMENTO                                                                                                                | VALOR UNITÁRIO SUS | PORCENTAGEM | VALOR INCENTIVO | VALOR TOTAL DO PROCEDIMENTO | QTE MENSAL         | VALOR TOTAL MENSAL | QUANTIDADE ANUAL  | VALOR TOTAL ANUAL |
| 07.02.10.003-0                                                    | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                       | R\$ 149,75         | 58,63%      | R\$ 87,80       | R\$ 237,55                  | 6                  | R\$ 1.425,29       | 72                | R\$ 17.103,49     |
| 07.02.10.004-8                                                    | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                  | R\$ 2.511,49       | 58,63%      | R\$ 1.472,49    | R\$ 3.983,98                | 31                 | R\$ 123.503,27     | 372               | R\$ 1.482.039,29  |
| 07.02.10.005-6                                                    | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE- 15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA) | R\$ 1.255,74       | 58,63%      | R\$ 736,24      | R\$ 1.991,98                | 1                  | R\$ 1.991,98       | 12                | R\$ 23.903,76     |
| 07.02.10.006-4                                                    | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE- MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                | R\$ 1.893,68       | 58,63%      | R\$ 1.110,26    | R\$ 3.003,94                | 1                  | R\$ 3.003,94       | 12                | R\$ 36.047,34     |
| 07.02.10.007-2                                                    | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                    | R\$ 609,39         | 58,63%      | R\$ 357,29      | R\$ 966,68                  | 1                  | R\$ 966,68         | 12                | R\$ 11.600,10     |
| 07.02.10.008-0                                                    | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                                          | R\$ 946,84         | 58,63%      | R\$ 555,13      | R\$ 1.501,97                | 1                  | R\$ 1.501,97       | 12                | R\$ 18.023,67     |
| TOTAL                                                             |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | 41                 | R\$ 132.393,14     | 492               | R\$ 1.588.717,65  |
| VALOR TOTAL DO LOTE                                               |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | 86                 | R\$ 156.421,39     | 1032              | R\$ 1.877.056,73  |
|                                                                   |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
|                                                                   |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
|                                                                   |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
|                                                                   |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             |                    |                    |                   |                   |
| VALOR TOTAL DOS LOTES                                             |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | VALOR TOTAL MENSAL |                    | VALOR TOTAL ANUAL |                   |
| LOTE 01 - INTRA-HOSPITALAR (ADULTO / PEDIÁTRICO / NEO NATAL)      |                                                                                                                             |                    |             |                 |                             | R\$                |                    | R\$               |                   |

|                              |  |  |  |  |                  |                   |
|------------------------------|--|--|--|--|------------------|-------------------|
|                              |  |  |  |  | 29.236,62        | 350.839,43        |
| LOTE 02 - HEMODIÁLISE        |  |  |  |  | R\$ 1.555.059,28 | R\$ 18.660.711,41 |
| LOTE 03 - DIÁLISE PERITONEAL |  |  |  |  | R\$ 156.421,39   | R\$ 1.877.056,73  |
| TOTAL GERAL DOS LOTES        |  |  |  |  | R\$ 1.740.717,30 | R\$ 20.888.607,58 |

⇒ **Estimativa Total mensal:** R\$ 1.740.717,30 (um milhão, setecentos e quarenta mil setecentos e dezessete reais e trinta centavos)  
⇒ **Estimativa Total Anual:** R\$ 20.888.607,58 (vinte milhões, oitocentos e oitenta e oito mil seiscentos e sete reais e cinquenta e oito centavos)

7.1. DO PREÇO

Os parâmetros usados para fixar o preço dos serviços serão os previstos na Tabela SUS editada pelo Ministério da Saúde, e também a orientação estabelecida nos autos do processo SEI nº0036.580340/2021-37 e aprovada pelo gestor da pasta, cito Informação 260 (0022991212), que se refere ao estabelecimento de valor complementar a tabela SUS, oportunamente proferida pelo Procurador do Estado:

- a) O serviço de terapia renal substitutiva é proveniente de fonte federal sendo destinada ao custeio do serviço de acordo com a Tabela SUS;
- b) O Estado tem legitimidade para complementar com recurso próprio o valor da Tabela SUS, com manifestação ainda que *ad referendum* do Conselho Estadual de Saúde, o qual também pode ser pactuada em CIB;
- c) O valor da complementação deve estar de acordo com aquele praticado no mercado;
- d) Não existem diretrizes legais para estabelecer qual a forma de aferir o valor da complementação a ser custeada pelo recurso da fonte estadual;
- e) Considerando o pedido da empresa interessada e o cenário de brevidade do encerramento do contrato, não há óbice legal para o gestor adotar a aplicação do valor do contrato vigente, isto é, ao valor da Tabela SUS e considerando o índice de correção aplicado nesse período, além do reajuste aplicado nos últimos 12 (doze) meses;
- f) Como o critério utilizado pela Secretaria não é o da Tabela SUS, mas sim um valor com complementação, é conveniente que no decorrer da vigência dos contratos celebrados a partir do credenciamento seja avaliado: 1) outros parâmetros para aferição do valor de mercado para fins de complementação, sugerindo-se um estudo de mercado; 2) como há complementação do valor da Tabela SUS, se o mercado da prestação de serviço de saúde na área de nefrologia será melhor atendido com o credenciamento ou com uma licitação em um cenário de competitividade entre os prestadores.
- g) Havendo decisão do Gestor pela inclusão de complementação, conforme os critérios acima apontados, não há impedimento para alterar o Chamamento Público nº 68/2021.

7.2 O valor estimado para os contratos provenientes deste Termo de Referência, não implicará nenhuma previsão de crédito em favor da CREDENCIADA que somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente encaminhados, autorizados pela Secretaria Estadual de Saúde e efetivamente prestados pelo Prestador.

Porto Velho, 23 de dezembro de 2021.

CARLA DE SOUZA ALVES RIBEIRO  
Gerente de Compras  
SESAU-GEComp

ANGELICA SILVA DOS SANTOS  
Agente em Atividades Administrativas  
SESAU-GEComp

MÁRCIA ROCHA DE OLIVEIRA FRANCELINO  
Gerente Administrativa - GAD/SESAU

(Assinado Eletronicamente)

Secretário de Estado da Saúde de Rondônia

SESAU-RO



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Souza Alves Ribeiro**, Gerente, em 24/12/2021, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARCIA ROCHA DE OLIVEIRA FRANCELINO**, Gerente, em 24/12/2021, às 14:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **NELIO DE SOUZA SANTOS**, Secretário(a) Adjunto(a), em 24/12/2021, às 16:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Angelica Silva dos Santos**, Auxiliar Administrativo, em 24/12/2021, às 18:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0023070459** e o código CRC **798B4F04**.

**SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL**  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

**AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 068/2021/CEL/SUPEL/RO**

A **Superintendência Estadual de Licitações - SUPEL**, por meio da Comissão Especial de Licitação, nomeada por força das disposições contidas na **Portaria nº 94 de 10/08/2021**, torna público que se encontra autorizada, a realização da licitação na modalidade **CHAMAMENTO PÚBLICO**, sob o Nº. **068/2021/CEL/SUPEL/RO**, tendo por finalidade a Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia, tendo como interessada a **Secretaria de Estado de Saúde - SESAU**.

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.: 0036.335877/2019-20**

**OBJETO:** Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.

**PROGRAMA DE TRABALHO: 10.122.2034.4009 e 10.302.2034.4004.**

**NATUREZA DE DESPESA: 33.90.30 e 33.90.39.**

**FONTE DE RECURSO: 0100; 0110; 0209; 0261; 0300; 0310; 0609 e 0661.**

**DATA DE ABERTURA DOS PRIMEIROS ENVELOPES APRESENTADOS: 05.10.2021 às 09h00min (HORÁRIO DE RONDÔNIA)**

**OBSERVAÇÃO:** Os Licitantes que desejarem participar da sessão de abertura, deverão estar na recepção do edifício sede da SUPEL até às 08h:30min, para fins de credenciamento.

O Instrumento Convocatório e todos os elementos integrantes encontram-se disponíveis para consulta e retirada no endereço eletrônico acima mencionado, e, ainda, no site [www.supel.ro.gov.br](http://www.supel.ro.gov.br).

Maiores informações e esclarecimentos sobre o certame serão prestados pelo Pregoeiro e Equipe de Apoio designados, na Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL/RO, sito a Av. Farquar, nº 2.986 - Bairro Pedrinhas (Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos - 2º Andar) Telefone (69) 3212-9269 – CEP: 76.801-470 – Porto Velho – RO, ou e-mail: [celsupelchamamentos@gmail.com](mailto:celsupelchamamentos@gmail.com).

Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a abertura do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e locais estabelecidos no preâmbulo do Edital, desde que não haja comunicação do Pregoeiro em contrário.

**Porto Velho/RO, 13 de setembro de 2021.**

**EVERSON LUCIANO G. DA SILVA**

Presidente - Comissão Especial de Licitação – CEL/SUPEL/RO

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 068/2021/CEL/SUPEL/RO**

**S  
U  
P  
E  
L**

**AVISO**

**Recomendamos aos Licitantes a leitura atenta às condições/exigências expressas neste edital e seus anexos, notadamente quanto ao credenciamento, formulação das propostas de preços, e documentos de habilitação, objetivando uma perfeita participação no certame.**

**Dúvidas: (69) 3212-9269 ou  
celsupelchamamentos@gmail.com**

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 068/2021/CEL/SUPEL/RO**

**PREÂMBULO:**

A Superintendência Estadual de Compras e Licitações - SUPEL, através da Comissão Especial de Licitação, designada por força das disposições contidas na **Portaria nº 94 de 10/08/2021**, torna público aos interessados que se encontra autorizado e aberto, através do **processo no sistema eletrônico nº: 0036.335877/2019-20**, cujo objeto é a Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia, tendo como interessado a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESAU**.

**O Edital e seus anexos poderá ser retirado** gratuitamente no endereço eletrônico [www.rondonia.ro.gov.br/supel](http://www.rondonia.ro.gov.br/supel) ou **das 07h:30min. às 13h:30min., de segunda a sexta-feira**, na Sede da SUPEL situada na Avenida Farquar, nº 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, Bairro Pedrinhas, CEP. 76.801-976, Porto Velho/RO, mediante apresentação do comprovante de depósito bancário dos custos de reprodução no valor de **R\$ 30,00 (trinta reais)**, não reembolsável, a favor do GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, **Conta nº. 10.000-5, Banco do BRASIL S.A., Agência 2757-X**, através da Guia de Recolhimento **DARE – Documento de Arrecadação Estadual**.

Os invólucros contendo os documentos de habilitação e qualificação técnica deverão ser entregues diretamente no Protocolo desta SUPEL ou via correios pela modalidade SEDEX, no endereço supracitado, até a data e horário estipulados na forma prevista neste Edital, quando se dará início a Sessão inaugural do procedimento licitatório, com a abertura dos respectivos envelopes.

**1. DO OBJETO:**

- 1.1 Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.

**2. DO OBJETIVO:**

- 2.1 Os seguintes objetivos conforme descritos no **Termo de Referencia - Anexo I do Edital** são:

- Regularizar os parâmetros utilizados para a compra dos serviços mencionados com a iniciativa privada para todo prestador que se enquadrar nas exigências deste Termo de Referência dentro dos limites do Estado de Rondônia;
- Organizar a rede de assistência em Terapia Renal Substitutiva, com enfoque na regionalização, estabelecendo métodos, critérios e parâmetros, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde em tela, em todos os níveis da assistência de forma adequada, equânime, qualificada, e o mais próximo possível de sua residência;

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

- 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 o acesso dos pacientes à Terapia Renal Substitutiva;

3. **ESPECIFICAÇÃO E ESTIMATIVA DOS PROCEDIMENTOS:**

3.1 Conforme disposto no item 2.5 do Termo de Referência.

4. **LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

4.1 Conforme disposto no item 4.1 do Termo de Referência

5. **PRAZO PARA INÍCIO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

5.1 Conforme disposto no item 4.2 e subitens do Termo de Referência

6. **DO RECEBIMENTO DO SERVIÇO:**

6.1 Conforme disposto no item 4.3 do Termo de Referência

7. **DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO E IMPUGNAÇÃO:**

7.1 Até 05 (cinco) dias úteis antes da data fixada para a realização da sessão pública poderão ser solicitados esclarecimentos e/ou impugnações por escrito ou e-mail, cabendo a resposta à Comissão de Seleção que deverá prestar as informações também no prazo de até 03 dias úteis antes da data fixada para a realização da sessão pública. Os esclarecimentos poderão ser solicitados via e-mail ([celsupelchamamentos@gmail.com](mailto:celsupelchamamentos@gmail.com)) aos cuidados da Comissão de Seleção e/ou protocolados na Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, situado na Av. Farquar, nº 2.986, Bairro Pedrinhas, CEP 76.820-470, Porto Velho – RO, das 07h30min às 13h30min.

8. **DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:**

8.1 A apresentação dos documentos de habilitação e qualificação técnica que se dará em uma única etapa com entrega de 02 (dois) envelopes, opacos, lacrados e rotulados, sendo o “Envelope 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO” e “Envelope 02 –” DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA” diretamente no Protocolo da Superintendência Estadual de Compras e Licitação – SUPEL ou apresentar a comissão, situada à Av. Farquar nº 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, Bairro Pedrinhas, Cidade de Porto Velho, ou via correios pela modalidade SEDEX encaminhado para o endereço acima citado, até 1 (uma) hora antes da Data de Primeira Abertura dos Envelopes nº 1 e nº 2 contendo Documentos de Habilitação e Documentos de Qualificação Técnica. Os envelopes deverão estar rotulados externamente com os seguintes informes:

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

**ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 068/2021/CEL/SUPEL/RO – Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.  
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE

**ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 068/2021/CEL/SUPEL/RO – Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.  
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE.

8.1.1 A apresentação da referida documentação poderá ocorrer também por meio eletrônico, de forma e/ou de forma digitalizada em formato PDF via e-mail.

8.1.2 O envio da documentação por meio eletrônico é uma alternativa que permite mais rapidez no recebimento e análise dos documentos e consequentemente no andamento do processo. Assim, serão respeitadas as limitações de mobilidade das pessoas impostas pela Lei nº 25.782 de 30/01/2021, publicada no DOE de 21 de 31/01/2021 e pelo novo Decreto nº 25.853, de 02 de março de 2021 que tratam dos protocolos do Covid-19. No caso de envio por e-mail, a organização social também deverá separar os documentos em dois arquivos (1. PROPOSTA TÉCNICA e 2. DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO)

8.1.3 No caso de envio da documentação DIGITALIZADA, os arquivos em PDF deverão ser encaminhados para o seguinte e-mail: [celsupelchamamentos@gmail.com](mailto:celsupelchamamentos@gmail.com)

**O Envelope 01 – DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO - deverá conter os seguintes documentos:**

## **8.2 - DA HABILITAÇÃO JURÍDICA:**

**8.2.1** Por intermédio dos seguintes documentos:

**SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL**  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

a) Registro comercial, no caso de empresa individual; ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, e última alteração contratual (ou consolidação), devidamente registrado, e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores;

### **8.3 DA QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:**

#### **8.3.1 Por intermédio dos seguintes documentos:**

- a) Certidão Negativa de Recuperação Judicial – Lei nº. 11.101/05 (recuperação judicial, extrajudicial e falência) emitida pelo órgão competente, expedida nos últimos 90 (noventa) dias caso não conste o prazo de validade.
  - a.1) Na hipótese de apresentação de Certidão Positiva de recuperação judicial, o (a) Pregoeiro verificará se a licitante teve seu plano de recuperação judicial homologado pelo juízo, conforme determina o art. 58 da Lei 11.101/2005.
  - a.2) Caso a empresa licitante não obteve acolhimento judicial do seu plano de recuperação judicial, a licitante será inabilitada, uma vez que não há demonstração de viabilidade econômica."

### **8.4 DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:**

#### **8.4.1 Por intermédio dos seguintes documentos:**

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, conforme Portaria Conjunta da RFB/PGFN nº. 1.751, de 02/10/2014.
- c) Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Estado (Tributos Estaduais) onde for sediada a empresa. A certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento;
- d) Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Município onde for sediada a empresa. A certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento;
- e) Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;
- f) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida gratuita e eletronicamente (<http://www.tst.jus.br>), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei nº. 12.440/11.

### **8.5 DECLARAÇÕES:**

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

8.5.1 Declaração que a empresa não emprega menor de 18 anos, conforme disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;

8.5.2 Declaração de que o representante da empresa não é servidor público, nos termos do art. 12 da Constituição Estadual;

8.5.3. Não serão aceitos protocolos de solicitação de certidões ou licenças em repartições públicas para substituir documentos aqui exigidos.

**8.6** No caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, **DEVERÃO APRESENTAR TODA A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**, todavia, nos termos do Art. 43 § 1º da Lei Complementar nº. 123/06, havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal e trabalhista, a Comissão de Credenciamento, concederá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento da declaração de classificação da Credenciada, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

8.6.1. Não serão aceitos protocolos de solicitação de certidões ou licenças em repartições públicas para substituir documentos aqui exigidos.

8.7. Os documentos de habilitação serão analisados pela Comissão Especial de licitação, que após encaminhará o envelope 2 contendo a documentação referente a qualificação técnica da empresa e dos profissionais para análise e julgamento pela comissão permanente da SESAU.

8.8 A sessão de abertura dos primeiros envelopes é pública, podendo participar representantes das entidades que entregaram propostas ou procuradores devidamente identificados, bem como qualquer pessoa interessada no certame.

8.9 A abertura dos primeiros envelopes ocorrerá na data e horário estabelecido no aviso de abertura na sede da SUPEL sito: situada à Av. Farquar nº 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Pacaás Novos, 2º andar, Bairro Pedrinhas, Cidade de Porto Velho.

8.10 A Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL não se responsabilizará por envelopes de “Documentação de Habilitação” e “Documentos de Qualificação Técnica” que sejam apresentados, fora do prazo estabelecido, definidos neste Edital.

8.11 O não cumprimento dos prazos e formas estabelecidos neste Edital, bem como a ausência de quaisquer documentos nele solicitados acarretará na eliminação da entidade participante desta seleção.

8.12 Para fins de agilização da fase de habilitação do certame licitatório, todos os volumes poderão ser, encadernados (na forma como decidir o competidor), com todas as folhas rubricadas pelo(s) representante(s) legal(is) da empresa e numeradas em ordem crescente.

**8.13 Nenhum dos documentos e propostas contidos nos envelopes 1 e 2, poderão conter rasuras ou entrelinhas, não sendo permitido o uso de palavras ou algarismos manuscritos.**  
Para fins de julgamento considera-se:

a) **RASURAS** – qualquer tentativa de modificação do que foi originalmente escrito e que impossibilite ou dificulte a correta leitura, por dupla interpretação do texto, exclusive na numeração

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

de folhas (desde que não altere o teor do documento), a qual a Comissão caso julgue necessário, poderá promover nova numeração, a fim de resguardar a integridade da documentação.

b) **ENTRELINHAS** – qualquer inclusão de texto na tentativa de complementar, modificar ou corrigir o que originalmente foi escrito.

8.14 Os documentos exigidos poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em cartório competente, ou autenticada por servidor da SUPEL/RO, sob pena de inabilitação.

8.15 Não serão considerados documentos e propostas que deixarem de atender as disposições deste Edital.

8.16 Não serão admitidas, sob quaisquer motivos ou hipóteses, modificações ou substituições das propostas ou de quaisquer documentos.

8.17 Não serão aceitos documentos e propostas transmitidos por fac-símile, telegrama ou outra forma de apresentação que descaracterize o sigilo de seu conteúdo.

8.18 Para efeito de remessa pelos Correios, os envelopes (distintos e individuais) de Documentação de Habilitação e Propostas técnica e comercial, poderão ser acondicionados em um único invólucro, desde que no sobrescrito venha expresso seu conteúdo, identificando a licitação a que se refere data e horário para abertura, sob inteira responsabilidade do licitante.

8.19 Os documentos de habilitação e propostas apresentados fora da data e horário previsto no preâmbulo deste Edital não serão recebidos.

8.20 A validade das certidões emitidas pela INTERNET, fica condicionada à confirmação no endereço eletrônico específico.

8.21 A documentação de habilitação da licitante poderá ser substituída pelo Sistema de Cadastramento de Fornecedores (SICAF) e pelo Certificado de Registro Cadastral (CRC/CAGEFOR/RO) expedido pela Superintendência Estadual de Compras e Licitações – SUPEL/RO, nos documentos por eles abrangidos.

8.22 Será realizada consulta ao Cadastro de Fornecedores Impedidos de Licitar e Contratar com a Administração Pública Estadual – CAGEFIMP, instituído pela Lei Estadual nº 2.414, de 18 de fevereiro de 2011, podendo resultar em efeitos de inabilitação a depender da natureza de sanção aplicada.

8.23 Serão consultados, ainda, para fins de habilitação<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> A fim de evitar a contratação de empresas que tenham sido proibidas de licitar e contratar com a Administração Pública, por determinação do TCE/RO, conforme Decisão Monocrática nº 119/2014/GCVCS/TCE/RO – “...com vistas a não adjudicare homologar certames à empresas inidôneas, sob pena de incidirem nas disposições e penalidades previstas no art. 55, IV, da Lei Complementar nº 154/96.”.

**SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL**  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

- I.** O Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS), da Controladoria-Geral da União – CGU, podendo resultar em efeitos de inabilitação a depender da natureza de sanção aplicada;
- II.** O Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa (CNIA), do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, podendo resultar em efeitos de inabilitação a depender da natureza de sanção aplicada.

**8.24. Considerando não se tratar de disputa licitatória, caso a Comissão Especial de Licitação verifique que a interessada apresentou documentação faltante ou com data de validade vencida poderá oportunizar o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentação da documentação.**

- 8.25** Os interessados poderão recorrer do resultado publicado em relação à avaliação da documentação, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados do dia da sessão pública, ficando, nesse período, autorizada vista ao processo.
- 8.26** O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato do credenciamento, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.
- 8.27** O recurso deverá ser protocolado ou enviado por via postal a Comissão Permanente de Licitação.
- 8.28** A Autoridade Superior poderá decidir pela reconsideração ou manutenção da decisão, devendo, neste caso, expedir decisão definitiva.
- 8.29** Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor recurso.
- 8.30** Não serão aceitos recursos por fax ou correio eletrônico, nem fora dos padrões e prazos estabelecidos neste Termo de Referência.
- 8.31** Serão conhecidos somente os pedidos de revisão tempestivos, motivados e não protelatórios.
- 8.32** Não serão admitidos mais de um recurso do interessado versando sobre o mesmo motivo de contestação.
- 8.33** Os resultados dos recursos interpostos serão comunicados diretamente aos recorrentes.
- 8.34** Havendo renúncia expressa de todos os participantes ao direito de interpor recurso contra o credenciamento no ato em que foi adotada a decisão, a Comissão realizará imediatamente o sorteio das credenciadas, de tudo lavrando-se Ata.

**9. O Envelope 02 – DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO CREDENCIAMENTO - deverá conter os seguintes documentos:**

**9.1 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA, por intermédio dos seguintes documentos:**

- a) Apresentar comprovante de registro junto ao respectivo Conselho de Classe;
- b) Comprovação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES da sede da empresa.
- c) Apresentar Declaração de que, caso CREDENCIADO, apresentará o CNES atualizado para o Estado de Rondônia no ato da assinatura do contrato.
- d) A comprovação do vínculo dos profissionais deverá ser feita mediante apresentação de um contrato de prestação de serviços, regido pela legislação civil comum.

**SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL**  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

- e) Alvará Sanitário da sede da empresa, emitido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual.
- f) Alvará de Localização e Funcionamento da empresa expedido por órgão municipal competente.

**9.1.2 DOS PROFISSIONAIS:**

- a) Registro dos profissionais nos conselhos de classe competentes;
- b) Declaração formal de indicação do pessoal técnico adequado e disponíveis para a realização dos serviços, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;
- c) Memorial Descritivo contendo a relação dos profissionais responsáveis pela execução dos serviços propostos, não sendo consideradas aquelas que não apresentem todos os profissionais exigidos conforme este Termo de Referência ou diferentes dos solicitados, acompanhado de:
  - c.1) Curriculum Vitae dos profissionais que prestarão assistência;
  - c.2) Diploma em Graduação em Medicina dos profissionais médicos elencados na planilha do item 10.3 e cadastrados no CNES;
- d) Estar cadastrado e atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**9.1.3 DOS EQUIPAMENTOS:**

- a) Apresentar Declaração formal de disponibilidade das instalações, dos equipamentos e do Pessoal técnico, conforme exigido no Termo de referência, adequados para a realização dos serviços de que trata a referida despesa.
  - a.1) Antes de credenciar as empresas interessadas, será verificado a idoneidade das declarações apresentadas, bem como a realização de vistoria técnica a fim de constatar *in loco* a capacidade técnica das mesmas.

**10. DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO:**

**10.1. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:**

- 10.1.1. Conforme item 11.1 e seus subitens do Termo de Referência.

**10.2. PRAZOS PARA O CREDENCIAMENTO**

- 10.2.1. Conforme item 11.2 e seus subitens do Termo de Referência.

**10.3. DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO**

- 10.3.1. Conforme item 11.3 e seus subitens do Termo de Referência.

**10.4. DA PUBLICIDADE DO CREDENCIAMENTO E DO EXTRATO DO CONTRATO**

- 10.4.1. Conforme item 11.6 do Termo de Referência.

**10.5. DA FORMALIZAÇÃO DO CREDENCIAMENTO:**

- 10.5.1. Conforme item 11.7 e seus subitens do Termo de Referência.

**10.6. DO CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:**

- 10.6.1. Conforme item 11.8 e seus subitens do Termo de Referência.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

**10.7. DO GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELA CREDENCIADA:**

10.7.1. Conforme item 11.9 e seus subitens do Termo de Referência.

**10.8. DA VISITA IN LOCO:**

10.8.1. Conforme item 11.5 e seus subitens do Termo de Referência.

**11. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

11.1. Conforme disposto no item 6 e seus subitens do Termo de Referência.

**12. DO PAGAMENTO**

12.1. Conforme disposto no item 5 e seus subitens do Termo de Referência.

**13. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES:**

**13.1 DA CREDENCIADA:**

13.1.1 Conforme item 9.2 e seus subitens do Termo de Referência.

**13.2. DA CREDENCIANTE:**

13.2.1. Conforme item 9.1 e seus subitens do Termo de Referência.

**14. DOS CASOS DE DESCREDENCIAMENTO:**

14.1 Conforme item 11.10 e seus subitens do Termo de Referência.

**15. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:**

15.1 A participante do presente credenciamento que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o contrato, deixar de entregar documentação exigida no edital, apresentar documentação falsa, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo, fizer declaração falsa ou cometer fraude fiscal, garantido o direito à ampla defesa, ficará impedida de licitar e de contratar com o Estado e com a União e será descredenciada do SICAF e da SUPEL pelo prazo de até cinco anos ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a sanção, ficando ainda sujeita sem prejuízo da aplicação das sanções previstas na legislação vigente à:

- a) Advertência, por escrito, sempre que forem constatadas falhas na execução dos serviços;
- b) Multa, conforme descrito na tabela 01, até o 30º (trigésimo) dia de atraso no cumprimento das obrigações;

**SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL**  
 Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
 Porto Velho, Rondônia.

- c) Multa de 10 % (dez por cento) do valor total contratado, a partir do 31º (trigésimo primeiro dia) de atraso, o que ensejará a rescisão contratual;
- d) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (anos) anos, de acordo com fulcro no Art. 87, IV, da Lei Federal nº 8.666/93;
- e) Declaração de Inidoneidade para licitar ou contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, com fulcro no Art. 87, IV, da Lei Federal nº 8.666/93, quando a credenciada deixar de cumprir as obrigações assumidas, praticando falta grave, dolosa ou revestida de má-fé.

**15.2.** Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, com percentuais de multa conforme a tabela a seguir (tabela 1):

| ITEM                                      | DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO                                                                                                                                                            | GRAU | MULTA*       |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|
| 1.                                        | Permitir situação que crie a possibilidade ou cause dano físico, lesão corporal ou consequências letais; por ocorrência.                                                         | 06   | 4,0% por dia |
| 2.                                        | Usar indevidamente informações sigilosas a que teve acesso; por ocorrência.                                                                                                      | 06   | 4,0% por dia |
| 3.                                        | Suspender ou interromper, salvo por motivo de força maior ou caso fortuito, a prestação dos serviços contratuais;                                                                | 05   | 3,2% por dia |
| 4.                                        | Recusar-se a executar serviço determinado pela FISCALIZAÇÃO, sem motivo justificado; por ocorrência;                                                                             | 04   | 1,6% por dia |
| 5.                                        | Executar serviço incompleto, paliativo substitutivo como por caráter permanente, ou deixar de providenciar recomposição complementar; por ocorrência.                            | 02   | 0,4% por dia |
| 6.                                        | Fornecer informação pérfida de serviço; por ocorrência.                                                                                                                          | 02   | 0,4% por dia |
| 7.                                        | Permitir a presença de funcionário sem uniforme e/ou com uniforme manchado, sujo, mal apresentado e/ou sem crachá registrado por ocorrência(s);                                  | 01   | 0,2% por dia |
| <b>Para os itens a seguir, deixar de:</b> |                                                                                                                                                                                  |      |              |
| 8.                                        | Cumprir prazo previamente estabelecido com a FISCALIZAÇÃO para execução de serviços; por unidade de tempo definida para determinar o atraso.                                     | 03   | 0,8% por dia |
| 9.                                        | Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus anexos, mesmo que não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pela FISCALIZAÇÃO; por ocorrência. | 03   | 0,8% por dia |
| 10.                                       | Refazer serviço não aceito pela FISCALIZAÇÃO, nos prazos estabelecidos no contrato ou determinado pela FISCALIZAÇÃO; por unidade de tempo definida para determinar o atraso.     | 03   | 0,8% por dia |
| 11.                                       | Cumprir determinação formal ou instrução complementar da FISCALIZAÇÃO, por ocorrência;                                                                                           | 03   | 0,8% por dia |
| 12.                                       | Iniciar execução de serviço nos prazos estabelecidos pela FISCALIZAÇÃO, observados os limites mínimos estabelecidos por este Contrato; por serviço, por ocorrência.              | 02   | 0,4% por dia |
| 13.                                       | Ressarcir o órgão por eventuais danos causados por seus funcionários, em Veículos, equipamentos etc.                                                                             | 02   | 0,4% por dia |

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPREL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

|     |                                                                            |    |              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|----|--------------|
| 14. | Manter a documentação de habilitação atualizada; por item, por ocorrência. | 01 | 0,2% por dia |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|----|--------------|

*\* Incidente sobre o valor da parte inadimplida do contrato.*

15.3. As sanções aqui previstas poderão ser aplicadas concomitantemente, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

15.4. Após 30 (trinta) dias da falta de execução do objeto, será considerada inexecução total do contrato, o que ensejará a rescisão do mesmo.

15.5. As sanções de natureza pecuniária serão diretamente descontadas de créditos que eventualmente detenha a CREDENCIADA ou efetuada a sua cobrança na forma prevista em lei.

15.6. As sanções previstas não poderão ser relevadas, salvo ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou casos fortuitos, devidos e formalmente justificados e comprovados, e sempre a critério da autoridade competente.

15.7. A sanção será obrigatoriamente registrada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, bem como em sistemas Estaduais e, no caso de suspensão de licitar, a empresa/entidade/pessoa física será descredenciada por até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas neste Edital e das demais cominações legais.

## **16. DA PARTICIPAÇÃO DE EMPRESAS REUNIDAS SOB A FORMA DE CONSÓRCIO:**

16.1. Conforme item 15 e seus subitens do Termo de Referência.

## **17. DA SUBCONTRATAÇÃO/TRANSFERENCIA DO CONTRATO**

17.1 Será vedada a cessão, subcontratação ou transferência total ou parcial de quaisquer direitos e/ou obrigações inerentes ao presente Termo de Referência por parte da CREDENCIADA.

## **18. DO REAJUSTE DO CONTRATO**

18.1 As condições de Reajuste estão previstas no item 13.1 e seus subitens do Termo de Referência - Anexo I deste Edital.

## **19. DA VIGÊNCIA CONTRATUAL**

19.1 O prazo de vigência do contrato decorrente do credenciamento será de 12 (doze) meses, a partir da última assinatura no contrato.

## **20. DO FORO**

20.1 As partes elegem o foro da comarca de Porto Velho-RO, para dirimir as questões que não puderem ser resolvidas pela via administrativa referentes a este EDITAL.

## **21. DAS CONDIÇÕES GERAIS:**

21.1. Rege-se este instrumento pelas normas e diretrizes estabelecidas na Lei Federal 8.666/93, e pela Portaria nº 2.567/2016, de 25 de novembro de 2016, do Ministério da Saúde.

**SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL**  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

21.2 As omissões, dúvidas e casos não previstos neste instrumento serão resolvidos e decididos aplicando as regras contratuais e a Lei 8.666/93 e suas alterações, e/ou subsidiariamente no disposto acima, caso persista a pendência pelos Técnicos desta SESAU/RO.

21.3 O credenciado compromete-se a aceitar, cumprir e fazer cumprir as determinações legais e demais normas emanadas do Ministério da Saúde, e órgãos e entidades a ele vinculadas e da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia, e a acatar as resoluções que regem o Sistema Único de Saúde – SUS.

21.4 O credenciado declara ainda, aceitar os termos das Normas Gerais do SUS, inclusive no que tange à sujeição às necessidades e demanda da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO.

21.5 Esse Termo de Referência, encontra-se em harmonia com o Decreto nº 21.264 de 20 de setembro de 2016 que dispõe sobre a aplicação do Princípio do Desenvolvimento Estadual Sustentável no âmbito do Estado de Rondônia.

21.6 O credenciado ficará obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários aos serviços, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato para os seus acréscimos, nos termos do artigo 65, § 1º da Lei Federal nº 8.666/93.

## **22. ANEXO DO EDITAL:**

**Anexo I:** Termo de Referência e seus anexos;

**Anexo II:** Minuta do termo de credenciamento.

Porto Velho (RO), 13 de setembro de 2021.

**EVERSON LUCIANO G. DA SILVA**  
Presidente – Comissão Especial de Licitação – CEL/SUPEL/RO



Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

**TERMO DE REFERÊNCIA****1. IDENTIFICAÇÃO****UNIDADE ORÇAMENTÁRIA:** Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO.**REQUISITANTE:** Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO.**2. OBJETO**

Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.

**2.1 DETALHAMENTO**

**2.1.1** O credenciamento visa à prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva, a serem prestados durante os 7 (sete) dias da semana, de segunda à segunda, no âmbito ambulatorial e hospitalar.

**2.1.2** Credenciamento de empresa(s) especializada(s) na prestação de serviço de **Terapia Renal Substitutiva – TRS**, para atender as necessidades dos usuários do SUS de acordo com a distribuição conforme as Macrorregiões I e II;

**2.1.3** A Terapia Renal Substitutiva consiste em tratamentos que substituem a função renal e abrange: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Essa terapia é o tratamento utilizado para pacientes em estágios avançados da Doença Renal Crônica - DRC, também conhecida com Insuficiência Renal Crônica.

**2.1.4** A insuficiência renal é a redução na capacidade de os rins cumprirem as funções de filtragem e eliminação dos produtos finais do metabolismo, removendo fluidos em excesso no corpo e mantendo equilíbrio dos eletrólitos, ácidos e bases. A doença renal pode ser aguda, temporária e geralmente reversível, ou crônica, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções dos rins.

**2.2 DOS OBJETIVOS**

**2.2.1** Regularizar os parâmetros utilizados para a compra dos serviços mencionados com a iniciativa privada para todo prestador que se enquadrar nas exigências deste Termo de Referência dentro dos limites do Estado de Rondônia;

**2.2.2** Organizar a rede de assistência em Terapia Renal Substitutiva, com enfoque na regionalização, estabelecendo métodos, critérios e parâmetros, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde em tela, em todos os níveis da assistência de forma adequada, equânime, qualificada, e o mais próximo possível de sua residência;

**2.2.3** 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 o acesso dos pacientes à Terapia Renal Substitutiva;

**2.3 DOS SERVIÇOS**

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é definida como a redução aguda da função renal em horas ou dias. Refere-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular e/ou do volume urinário, porém, ocorrem também distúrbios no controle do equilíbrio hidro-eletrolítico, endócrino e acidobásico.

A terapia renal substitutiva - TRS é o tratamento que exerce as funções dos rins, que quando doentes, não conseguem mais executar a filtragem do sangue, e conforme a legislação vigentes [PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014](#), [RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 11, DE 13 DE MARÇO DE 2014](#) e PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018, é um direito do (a) paciente ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, garantindo-lhe a livre escolha do método, respeitando as contraindicações.

Os serviços de Terapia Renal Substitutiva a serem contratados através do presente Termo de Referência são demonstrados conforme quadro abaixo, e contemplam os regimes Ambulatorial e Intra-Hospitalar. Os quais se dividem em: Tratamento especializado em Nefrologia; Órteses, Próteses e materiais especiais relacionados à Nefrologia;

| REGIME           | MODALIDADE DE TRS             |
|------------------|-------------------------------|
| INTRA HOSPITALAR | DIALISE PERITONEAL NEONATAL   |
|                  | DIALISE PERITONEAL PEDIÁTRICA |
|                  | DIÁLISE PERITONEAL ADULTA     |
|                  | HEMODIALISE ADULTA            |
|                  | HEMODIALISE PEDIÁTRICA        |
| AMBULATORIAL     | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA        |
|                  | HEMODIÁLISE ADULTA            |
|                  | DIÁLISE PERITONEAL PEDIÁTRICA |
|                  | DIÁLISE PERITONEAL ADULTA     |

**Hemodiálise:**

Hemodiálise é um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento elimina do organismo as escórias, o excesso de água acumulado e ainda se devolve a composição eletrolítica normal ao plasma, por retirada do excesso de eletrólitos e possível reposição de outros. Controlando a pressão arterial e ajudando o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina (SBN, 2020).



FONTE: <http://www.manualmerck.net/?id=149&cn=2106>

#### Diálise Peritoneal:

É uma opção de tratamento através do qual o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Esse filtro localizado na cavidade abdominal, é denominado peritônio. É uma membrana porosa e semipermeável, que reveste os principais órgãos abdominais. O espaço entre esses órgãos é a cavidade peritoneal. Um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado, através de um cateter (tubo flexível biocompatível), (SBN, 2020).



FONTE: [http://www.manualmerck.net/images/p\\_628.gif](http://www.manualmerck.net/images/p_628.gif)

#### Diálise Peritoneal -neonatologia e pediátrica:

Trata-se de um método dialítico de primeira escolha para o tratamento de Lesão Renal Aguda na UTI neonatal, onde o tratamento consiste no manejo de solução de glicose e eletrólitos na cavidade peritoneal por meio do cateter de tenckhoff, onde o peritônio –membrana semipermeável da cavidade peritoneal–irá funcionar como um filtro, possibilitando a troca de solutos entre os meios por osmose e difusão. Nesse processo, ocorre a passagem de água, eletrólitos e toxinas pelos capilares da membrana peritoneal, de forma passiva, para o fluido de diálise por meio da drenagem. E sua finalidade é a remoção de metabólitos endógenos, toxinas exógenas e excesso de fluido do organismo, tal como ocorre na função renal (CARVALHO KX, et al., 2015). Em recém-nascidos, e até mesmo em crianças, o sistema de DP utilizado pode ser manual ou automatizado, utilizando a máquina cicladora para diálise peritoneal automatizada, com circuito fechado para reduzir ao máximo o risco de infecção.

#### Escolha da modalidade:

O médico nefrologista avalia o paciente e informa da necessidade da TRS, cabendo a equipe multidisciplinar a melhor modalidade de TRS para o perfil daquele paciente.

#### TRS ambulatorial e intra-hospitalar:

O serviço de diálise deve atender as demandas hospitalares, devido as urgências demandadas de pacientes internados, que podem evoluir com quadro de Insuficiência Renal - IR, bem como atender pacientes já dialíticos que encontram-se internados por motivos alheios a IR.

O serviço ambulatorial são aqueles realizados no domicílio do paciente ou na clínica de hemodiálise, geralmente os pacientes referenciados a essas clínicas são crônicos e estáveis.

Atualmente o serviço de nefrologia do Hospital de Base atende as demandas de pacientes hospitalizados nas unidades de alta complexidade, tais como UTI JP11, UTI HBAP, UTI CEMETRON, UTI HCAMP, UTI HICD e sala de hemodiálise para paciente hospitalizados estáveis. No despacho do HB-NUHALISE (0018407951) retrata o serviço que o setor absorve e que o mesmo não tem condições de atender as demandas ambulatoriais e de diálise peritoneal.

| DIVISÃO                                                                                   | LOCAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SERVIÇOS E LOCAIS A SEREM REALIZADOS PELO SERVIÇO DE DIÁLISE DO ESTADO DE RONDÔNIA</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. UTIs e sala de diálise do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP);</li> <li>2. UTIs do Hospital e Pronto Socorro João Paulo II (HPSJII);</li> <li>3. UTI do Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD);</li> <li>4. UTIs do Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON);</li> <li>5. UTI da Assistência Médica Intensiva 24 horas (AMI);</li> <li>6. UTIs do Hospital de Campanha de Rondônia (HCR);</li> <li>7. UTI do Hospital Regional de Cacoal (HEURO)</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemodiálise adulta em IRA* ambulatorial;</li> <li>• Hemodiálise adulta em IRA agudizado;</li> <li>• Hemodiálise adulto em IRC** agudizada;</li> <li>• Hemodiálise pediátrica em pacientes com IRA internados no HICD</li> <li>• Hemodiálise pediátrica em pacientes com Insuficiência renal crônica agudizada internados no HICD</li> <li>• Hemodiálise pediátrica em pacientes com Insuficiência renal crônica internado por motivos alheios a situação renal.</li> </ul> |

| DIVISÃO                                                              | LOCAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS PELA CONTRATADA</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na Sede da contratada</li> <li>2. Na UTI neonatal do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP);</li> <li>3. Na UTI do Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD);</li> <li>4. Nas Clínicas das Unidades de saúde do Estado (<b>diálise peritoneal</b>)</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemodiálise adulta em IRC ambulatorial;</li> <li>• Hemodiálise pediátrica em IRC ambulatorial;</li> <li>• Diálise Peritoneal neonatal;</li> <li>• Diálise Peritoneal pediátrica;</li> <li>• Diálise Peritoneal adulto;</li> </ul> |

\* IRA: Insuficiência Renal Aguda;

\*\*IRC: Insuficiência Renal Crônica.

Despacho SESAUC-CAIS (0018454488)

## 2.4 DEFINIÇÃO DE LOTES

Para definição e quantitativo que compõem cada lote deste Termo de Referência, utilizaram-se as informações emitidas através dos despachos SESAUC-CAIS e SESAUC-CAIS (0016032333, 0016808089).

Considerando as informações apresentadas através do inquérito publicado no censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia em Julho de 2018, com um total estimado 133.464 pacientes com doença renal crônica dialítica em julho de 2018. Em que, cumpre ressaltar se trata de uma análise comparativa dos últimos 10 anos, uma vez que, esse foi o último estudo divulgado pela entidade supracitada.

Compete salientar que para realização dos cálculos de prevalência e incidência do referido censo, foram obtidos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), baseadas na população brasileira de julho de 2018, em que os dados configuram um perfil populacional das diversas regiões do país do período de julho de 2018 que era de 208,49 milhões de habitantes.

Ressalta-se que no censo supracitado, que apontou em seus estudos dados compilados com percentil de 288 (36,6%) centros responderam ao questionário, o que evidencia a existência de um resultado que sugere números bem superiores aos encontrados.

Considerando que esse estudo aponta que o número absoluto de pacientes com taxas de incidência e prevalência no que tange ao procedimento de diálise realizado e consolidado no país, em que, embora haja diferenças consideráveis nas taxas por Estado.

Considerando que a estimativa das taxas de prevalência de pacientes em tratamento dialítico por milhão da população no ano 2009 foram de 405, já em 2018 apresentaram uma incidência 204, com médias de aumento anuais de 23,5 pmp e 6 pmp da prevalência e incidência, que respectivamente, corresponde a um aumento absoluto de 58%, com aumento médio de 6,4% ao ano.

Ainda segundo o censo, o número estimado de novos pacientes em diálise em 2018 foi de 42.546, um aumento de 54,1% em relação a 2009. Houve também um aumento na taxa de incidência estimada, que foi de 204 pmp em 2018, 20% superior à observada em 2013. Os estados com maiores taxas de **prevalência** estimada de pacientes em diálise foram o Distrito Federal, **Rondônia** e Alagoas, com 931, **874** e 865 pmp respectivamente, ressaltando-se que esses dados servem como base de referência para fomentar este termo de referência.

Considerando que os dados epidemiológicos e técnicos reunidos através desse censo, que possibilitam o conhecimento da dinâmica do agravo, bem como, o perfil dos usuários do serviço em saúde que necessitam desse tipo de terapêutica. Além de subsidiar protocolos em saúde pública e estratégias que visam melhorar o atendimento aos pacientes em terapia dialítica no Estado de Rondônia

Considerando que 92,3% dos pacientes encontravam-se fazendo uso da terapêutica em hemodiálise e 7,7%, em diálise peritoneal, segundo o censo supracitado.

Considerando a dinâmica da demanda assistencial no que tange as terapias dialíticas no estado de Rondônia, de acordo com os dados compilados e evidenciados no Censo Brasileiro de Diálise 2009-2018, o Estado de Rondônia possuía uma taxa de Incidência de 191 pmp (pacientes por milhão da população) e Prevalência de 874 pmp para os pacientes em diálise no ano de 2018.

A partir das taxas de incidência e prevalência observadas em 2018 (191 e 874), considerando-se o crescimento médio anual da prevalência (23,5pmp) e incidência (6pmp) apontados no Censo Brasileiro de Diálise 2009-2018, chegou-se à estimativa de 1.152 doentes renais por milhão de habitantes em Rondônia no ano de 2021.

Ainda, aplicando-se a taxa de 1.152 pmp à população de Rondônia, o qual foi estimada para 2020 (1.796.460 habitantes), tem-se uma estimativa de 2.070 doentes renais em território rondoniense para o exercício 2021, divididos proporcionalmente entre as Regiões Estaduais de Saúde conforme tabela a seguir:

| Região de Saúde | População        | Pacientes    |
|-----------------|------------------|--------------|
| MADEIRA MAMORÉ  | 655.331          | 755          |
| VALE DO JAMARI  | 279.122          | 322          |
| CENTRAL         | 342.211          | 394          |
| ZONA DA MATA    | 135.609          | 156          |
| CAFÉ            | 172.870          | 199          |
| CONE SUL        | 159.987          | 184          |
| VALE DO GUAPORÉ | 51.330           | 59           |
| <b>TOTAL</b>    | <b>1.796.460</b> | <b>2.070</b> |

Nesse contexto, e tomando como referência ainda a produção efetiva da Rede Estadual de Nefrologia, especialmente no que se refere ao Setor de Nefrologia Pediátrica do Hospital Infantil Cosme e Damião, foi estimada a composição dos lotes detalhados abaixo para os serviços a serem prestados em regime intra-hospitalar.

Já no que se refere aos lotes para realização em regime ambulatorial, foram recalculados os procedimentos listados no Despacho SESAUC-CRECSS nº 0015523802 a partir das informações de prevalência e incidências detalhadas anteriormente, resultando-se na composição descritas a seguir.

Ressaltamos, que conforme exposto na Informação nº 4/2021/CAIS-ASTEC (0017402591), e para fins de transparência e controle, o cálculo de estimativa dos procedimentos que compõem os lotes de serviços a serem contratados, apresentado por meio do Despacho SESAUC-CAIS nº 0016808089, foi elaborado em planilha do Excel para garantir maior correção dos cálculos, eficiência e celeridade diante do expressivo volume de dados a serem manipulados, utilizando-se de fórmulas que incluem o arredondamento para cima de valores fracionados (por exemplo: 3,75), uma vez que não é possível ofertar apenas uma fração do procedimento, mas apenas ele inteiro. Esse arredondamento, por seu turno, provoca pequenas divergências entre as estimativas mensais e anuais de alguns procedimentos, as quais porém são mínimas e restritas a apenas alguns itens, não representando prejuízos à oferta dos serviços ou ao seu dimensionamento com base nas necessidades da população e nos subsídios técnicos e científicos balizadores.

## 2.5 DEFINIÇÃO DOS LOTES E SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS

## 2.5.1 MODALIDADE INTRA-HOSPITALAR

## LOTE 01 - MACRORREGIÃO 1 (ADULTO)

| CODIGO DO SUS | PROCEDIMENTO                                                                          | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|
| 030501003-4   | DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAI AGUDOS                                          | R\$ 111,42     | 105                        |
| 041801007-2   | IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER) | R\$ 206,80     | 7                          |
| <b>TOTAL</b>  |                                                                                       |                | <b>112</b>                 |

## LOTE 01 - MACRORREGIÃO 1 (PEDIÁTRICO E NEO-NATAL)

| CODIGO DO SUS | PROCEDIMENTO                                                                          | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|
| 030501003-4   | DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAI AGUDOS                                          | R\$ 111,42     | 40                         |
| 041801007-2   | IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER) | R\$ 206,80     | 4                          |
| <b>TOTAL</b>  |                                                                                       |                | <b>44</b>                  |

## LOTE 02 - MACRORREGIÃO 2 (ADULTO)

| CODIGO DO SUS | PROCEDIMENTO                                                                          | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|
| 030501003-4   | DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAI AGUDOS                                          | R\$ 111,42     | 75                         |
| 041801007-2   | IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER) | R\$ 206,80     | 5                          |
| <b>TOTAL</b>  |                                                                                       |                | <b>80</b>                  |

## 2.5.2 MODALIDADE AMBULATORIAL

| LOTE 3 - MADEIRA MAMORÉ                |                                                                                                                                       |                | POPULAÇÃO                  | 655.331                 | USUÁRIOS ESTIMADOS:       | 1.221                    |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS |                                                                                                                                       |                |                            |                         |                           |                          |
| CODIGO DO SUS                          | PROCEDIMENTO                                                                                                                          | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL            | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL              |
| 03.01.01.004-8                         | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA(EXCETO MÉDICO)                                                   | R\$ 6,30       | 4.884                      | R\$ 30.769,20           | 58.608                    | R\$ 369.230,40           |
| 03.01.01.007-2                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                              | R\$ 10,00      | 1.221                      | R\$ 12.210,00           | 14.652                    | R\$ 146.520,00           |
| 03.01.10.001-2                         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                | R\$ 0,63       | 13.830                     | R\$ 8.712,90            | 165.960                   | R\$ 104.554,80           |
| 05.06.01.002-3                         | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS                   | R\$ 135,00     | 4                          | R\$ 540,00              | 45                        | R\$ 6.075,00             |
| <b>TOTAL</b>                           |                                                                                                                                       |                | <b>19.939</b>              | <b>R\$ 52.232,10</b>    | <b>239.265</b>            | <b>R\$ 626.380,20</b>    |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA               |                                                                                                                                       |                |                            |                         |                           |                          |
| DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE      |                                                                                                                                       |                |                            |                         |                           |                          |
| CODIGO DO SUS                          | PROCEDIMENTO                                                                                                                          | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL            | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL              |
| 03.05.01.017-4                         | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO ( POR DIA ) - HOSPITALAR                              | R\$ 80,77      | 2                          | R\$ 161,54              | 23                        | R\$ 1.857,71             |
| 03.05.01.001-8                         | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                                                          | R\$ 121,74     | 2                          | R\$ 243,48              | 23                        | R\$ 2.800,02             |
| 03.05.01.002-6                         | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)                                                                      | R\$ 121,51     | 2                          | R\$ 243,02              | 23                        | R\$ 2.794,73             |
| 03.05.01.016-6                         | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC                                                              | R\$ 358,06     | 36                         | R\$ 12.890,16           | 426                       | R\$ 152.533,56           |
| 03.05.01.018-2                         | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                            | R\$ 55,13      | 2                          | R\$ 110,26              | 23                        | R\$ 1.267,99             |
| 03.05.01.009-3                         | HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA- EXCEPCIONALIDADE)                                                                            | R\$ 194,20     | 260                        | R\$ 50.492,00           | 3.110                     | R\$ 603.962,00           |
| 03.05.01.010-7                         | HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                             | R\$ 194,20     | 12.949                     | R\$ 2.514.695,80        | 155.379                   | R\$ 30.174.601,80        |
| 03.05.01.011-5                         | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                 | R\$ 265,41     | 593                        | R\$ 157.388,13          | 7.114                     | R\$ 1.888.126,74         |
| 03.05.01.012-3                         | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA) | R\$ 265,41     | 15                         | R\$ 3.981,15            | 179                       | R\$ 47.508,39            |
| 03.05.01.020-4                         | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                 | R\$ 353,88     | 12                         | R\$ 4.246,56            | 135                       | R\$ 47.773,80            |
| <b>TOTAL</b>                           |                                                                                                                                       |                | <b>13.873</b>              | <b>R\$ 2.744.452,10</b> | <b>166.435</b>            | <b>R\$ 32.923.226,74</b> |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                    |                                                                                                                                       |                |                            |                         |                           |                          |
| DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE      |                                                                                                                                       |                |                            |                         |                           |                          |
| CODIGO DO SUS                          | PROCEDIMENTO                                                                                                                          | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL            | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL              |
| 04.18.01.003-0                         | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                                                                                    | R\$ 600,00     | 40                         | R\$ 24.000,00           | 470                       | R\$ 282.000,00           |

|                |                                                                   |            |            |                      |              |                       |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| 04.18.01.004-8 | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE           | R\$ 200,00 | 12         | R\$ 2.400,00         | 135          | R\$ 27.000,00         |
| 04.18.01.006-4 | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE                     | R\$ 115,81 | 110        | R\$ 12.739,10        | 1.320        | R\$ 152.869,20        |
| 04.18.01.008-0 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC         | R\$ 400,00 | 8          | R\$ 3.200,00         | 90           | R\$ 36.000,00         |
| 04.18.01.009-9 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI                | R\$ 110,29 | 2          | R\$ 220,58           | 23           | R\$ 2.536,67          |
| 04.18.02.003-5 | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA | R\$ 400,00 | 2          | R\$ 800,00           | 23           | R\$ 9.200,00          |
| 04.18.02.002-7 | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                | R\$ 600,00 | 2          | R\$ 1.200,00         | 23           | R\$ 13.800,00         |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                   |            | <b>176</b> | <b>R\$ 44.559,68</b> | <b>2.084</b> | <b>R\$ 523.405,87</b> |

**ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA****DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                                                                               | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL          | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL             |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|
| 07.02.10.003-0 | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                      | R\$ 149,75     | 10                         | R\$ 1.497,50          | 112                       | R\$ 16.772,00           |
| 07.02.10.004-8 | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                 | R\$ 2.511,49   | 36                         | R\$ 90.413,64         | 426                       | R\$ 1.069.894,74        |
| 07.02.10.005-6 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE-15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA) | R\$ 1.255,74   | 2                          | R\$ 2.511,48          | 23                        | R\$ 28.882,02           |
| 07.02.10.006-4 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                | R\$ 1.893,68   | 2                          | R\$ 3.787,36          | 23                        | R\$ 43.554,64           |
| 07.02.10.007-2 | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                   | R\$ 609,39     | 2                          | R\$ 1.218,78          | 23                        | R\$ 14.015,97           |
| 07.02.10.008-0 | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                                         | R\$ 946,84     | 2                          | R\$ 1.893,68          | 23                        | R\$ 21.777,32           |
| 07.02.10.010-2 | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                         | R\$ 15,41      | 122                        | R\$ 1.880,02          | 1.455                     | R\$ 22.421,55           |
| 07.02.10.002-1 | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                            | R\$ 64,76      | 116                        | R\$ 7.512,16          | 1.387                     | R\$ 89.822,12           |
| 07.02.10.001-3 | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                | R\$ 482,34     | 10                         | R\$ 4.823,40          | 112                       | R\$ 54.022,08           |
| 07.02.10.009-9 | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                               | R\$ 21,59      | 122                        | R\$ 2.633,98          | 1.455                     | R\$ 31.413,45           |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                                                                            |                | <b>424</b>                 | <b>R\$ 118.172,00</b> | <b>5.039</b>              | <b>R\$ 1.392.575,89</b> |

|                                |                  |                |                            |            |
|--------------------------------|------------------|----------------|----------------------------|------------|
| <b>LOTE 4 - VALE DO JAMARI</b> | <b>POPULAÇÃO</b> | <b>279.122</b> | <b>USUÁRIOS ESTIMADOS:</b> | <b>521</b> |
|--------------------------------|------------------|----------------|----------------------------|------------|

**CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                                        | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL         | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| 03.01.01.004-8 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA(EXCETO MÉDICO) | R\$ 6,30       | 2.084                      | R\$ 13.129,20        | 25.008                    | R\$ 157.550,40        |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                            | R\$ 10,00      | 521                        | R\$ 5.210,00         | 6.252                     | R\$ 62.520,00         |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                              | R\$ 0,63       | 4                          | R\$ 2,52             | 45                        | R\$ 28,35             |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                                     |                | <b>2.609</b>               | <b>R\$ 18.341,72</b> | <b>31.305</b>             | <b>R\$ 220.098,75</b> |

**TRATAMENTO EM NEFROLOGIA****DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                                 | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL        | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL          |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| 03.05.01.001-8 | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE) | R\$ 121,74     | 2                          | R\$ 243,48          | 23                        | R\$ 2.800,02         |
| 03.05.01.002-6 | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)             | R\$ 121,51     | 2                          | R\$ 243,02          | 23                        | R\$ 2.794,73         |
| 03.05.01.016-6 | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC     | R\$ 358,06     | 15                         | R\$ 5.370,90        | 180                       | R\$ 64.450,80        |
| 03.05.01.018-2 | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)   | R\$ 55,13      | 2                          | R\$ 110,26          | 23                        | R\$ 1.267,99         |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                              |                | <b>21</b>                  | <b>R\$ 5.724,18</b> | <b>249</b>                | <b>R\$ 68.513,52</b> |

**CIRURGIA NEFROLOGIA****DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                      | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL        | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL          |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| 04.18.01.008-0 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC         | R\$ 400,00     | 4                          | R\$ 1.600,00        | 45                        | R\$ 18.000,00        |
| 04.18.01.009-9 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI                | R\$ 110,29     | 2                          | R\$ 220,58          | 23                        | R\$ 2.536,67         |
| 04.18.02.003-5 | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA | R\$ 400,00     | 2                          | R\$ 800,00          | 23                        | R\$ 9.200,00         |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                   |                | <b>8</b>                   | <b>R\$ 2.620,58</b> | <b>91</b>                 | <b>R\$ 29.736,67</b> |

**ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA****DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                                                                               | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL  | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------|---------------------------|----------------|
| 07.02.10.003-0 | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                      | R\$ 149,75     | 4                          | R\$ 599,00    | 45                        | R\$ 6.738,75   |
| 07.02.10.004-8 | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                 | R\$ 2.511,49   | 15                         | R\$ 37.672,35 | 180                       | R\$ 452.068,20 |
| 07.02.10.005-6 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE-15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA) | R\$ 1.255,74   | 2                          | R\$ 2.511,48  | 23                        | R\$ 28.882,02  |
| 07.02.10.006-4 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-                                                                  | R\$            | 2                          | R\$ 3.787,36  | 23                        | R\$ 43.554,64  |

|                |                                                                                                          |            |           |                      |            |                       |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|----------------------|------------|-----------------------|
|                | MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                                                       | 1.893,68   |           |                      |            |                       |
| 07.02.10.007-2 | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES | R\$ 609,39 | 2         | R\$ 1.218,78         | 23         | R\$ 14.015,97         |
| 07.02.10.008-0 | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                       | R\$ 946,84 | 2         | R\$ 1.893,68         | 23         | R\$ 21.777,32         |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                                                          |            | <b>27</b> | <b>R\$ 47.682,65</b> | <b>317</b> | <b>R\$ 567.036,90</b> |

|                         |                  |                |                            |            |
|-------------------------|------------------|----------------|----------------------------|------------|
| <b>LOTE 5 - CENTRAL</b> | <b>POPULAÇÃO</b> | <b>342.211</b> | <b>USUÁRIOS ESTIMADOS:</b> | <b>638</b> |
|-------------------------|------------------|----------------|----------------------------|------------|

**CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS**

| CODIGO DO SUS   | PROCEDIMENTO                                                                                                        | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL         | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| 03.01.01.004-8  | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA(EXCETO MÉDICO)                                 | R\$ 6,30       | 2.552                      | R\$ 16.077,60        | 30.624                    | R\$ 192.931,20        |
| 03.01.01.007-2  | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                            | R\$ 10,00      | 638                        | R\$ 6.380,00         | 7.656                     | R\$ 76.560,00         |
| 03.01.10.001-2* | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                              | R\$ 0,63       | 7.229                      | R\$ 4.554,27         | 86.746                    | R\$ 54.649,98         |
| 05.06.01.002-3  | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS | R\$ 135,00     | 4                          | R\$ 540,00           | 45                        | R\$ 6.075,00          |
| <b>TOTAL</b>    |                                                                                                                     |                | <b>10.423</b>              | <b>R\$ 27.551,87</b> | <b>125.071</b>            | <b>R\$ 330.216,18</b> |

**TRATAMENTO EM NEFROLOGIA****DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                                                                                          | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL            | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL              |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 03.05.01.017-4 | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO ( POR DIA ) - HOSPITALAR                              | R\$ 80,77      | 2                          | R\$ 161,54              | 23                        | R\$ 1.857,71             |
| 03.05.01.001-8 | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                                                          | R\$ 121,74     | 2                          | R\$ 243,48              | 23                        | R\$ 2.800,02             |
| 03.05.01.002-6 | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)                                                                      | R\$ 121,51     | 2                          | R\$ 243,02              | 23                        | R\$ 2.794,73             |
| 03.05.01.016-6 | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC                                                              | R\$ 358,06     | 19                         | R\$ 6.803,14            | 224                       | R\$ 80.205,44            |
| 03.05.01.018-2 | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                            | R\$ 55,13      | 2                          | R\$ 110,26              | 23                        | R\$ 1.267,99             |
| 03.05.01.009-3 | HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA-EXCEPCIONALIDADE)                                                                             | R\$ 194,20     | 137                        | R\$ 26.605,40           | 1.635                     | R\$ 317.517,00           |
| 03.05.01.010-7 | HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                             | R\$ 194,20     | 6.767                      | R\$ 1.314.151,40        | 81.194                    | R\$ 15.767.874,80        |
| 03.05.01.011-5 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                 | R\$ 265,41     | 310                        | R\$ 82.277,10           | 3.717                     | R\$ 986.528,97           |
| 03.05.01.012-3 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA) | R\$ 264,41     | 8                          | R\$ 2.115,28            | 90                        | R\$ 23.796,90            |
| 03.05.01.020-4 | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                 | R\$ 353,88     | 6                          | R\$ 2.123,28            | 68                        | R\$ 24.063,84            |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                                                                                       |                | <b>7.255</b>               | <b>R\$ 1.434.833,90</b> | <b>87.020</b>             | <b>R\$ 17.208.707,40</b> |

**CIRURGIA NEFROLOGIA****DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                      | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL         | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| 04.18.01.003-0 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                | R\$ 600,00     | 21                         | R\$ 12.600,00        | 247                       | R\$ 148.200,00        |
| 04.18.01.004-8 | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE           | R\$ 200,00     | 6                          | R\$ 1.200,00         | 68                        | R\$ 13.600,00         |
| 04.18.01.006-4 | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE                     | R\$ 115,81     | 58                         | R\$ 6.716,98         | 694                       | R\$ 80.372,14         |
| 04.18.01.008-0 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC         | R\$ 400,00     | 4                          | R\$ 1.600,00         | 45                        | R\$ 18.000,00         |
| 04.18.01.009-9 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI                | R\$ 110,29     | 2                          | R\$ 220,58           | 23                        | R\$ 2.536,67          |
| 04.18.02.003-5 | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA | R\$ 400,00     | 2                          | R\$ 800,00           | 23                        | R\$ 9.200,00          |
| 04.18.02.002-7 | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                | R\$ 600,00     | 2                          | R\$ 1.200,00         | 23                        | R\$ 13.800,00         |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                   |                | <b>95</b>                  | <b>R\$ 24.337,56</b> | <b>1.123</b>              | <b>R\$ 285.708,81</b> |

**ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA****DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE**

| CODIGO DO SUS  | PROCEDIMENTO                                                                                                               | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | VALOR MENSAL  | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA | VALOR ANUAL    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------|---------------------------|----------------|
| 07.02.10.003-0 | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                      | R\$ 149,75     | 4                          | R\$ 599,00    | 45                        | R\$ 6.738,75   |
| 07.02.10.004-8 | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                 | R\$ 2.511,49   | 19                         | R\$ 47.718,31 | 224                       | R\$ 562.573,76 |
| 07.02.10.005-6 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE-15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA) | R\$ 1.255,74   | 2                          | R\$ 2.511,48  | 23                        | R\$ 28.882,02  |
| 07.02.10.006-4 | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                | R\$ 1.893,68   | 2                          | R\$ 3.787,36  | 23                        | R\$ 43.554,64  |
| 07.02.10.007-2 | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                   | R\$ 609,39     | 2                          | R\$ 1.218,78  | 23                        | R\$ 14.015,97  |
| 07.02.10.008-0 | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC                                                                            | R\$ 946,84     | 2                          | R\$ 1.893,68  | 23                        | R\$ 21.777,32  |

|                                               |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|
|                                               | (PACIENTE/15 DIAS)                                                                                                                    |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| 07.02.10.010-2                                | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                    | R\$ 15,41             | 64                                | R\$ 986,24            | 762                              | R\$ 11.742,42           |
| 07.02.10.002-1                                | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                                       | R\$ 64,76             | 60                                | R\$ 3.885,60          | 717                              | R\$ 46.432,92           |
| 07.02.10.001-3                                | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                           | R\$ 482,34            | 6                                 | R\$ 2.894,04          | 68                               | R\$ 32.799,12           |
| 07.02.10.009-9                                | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                          | R\$ 21,59             | 64                                | R\$ 1.381,76          | 762                              | R\$ 16.451,58           |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                                                                                                                       |                       | <b>225</b>                        | <b>R\$ 66.876,25</b>  | <b>2.670</b>                     | <b>R\$ 784.968,50</b>   |
|                                               |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>LOTE 6 - ZONA DA MATA</b>                  |                                                                                                                                       |                       | <b>POPULAÇÃO</b>                  | <b>135.609</b>        | <b>USUÁRIOS ESTIMADOS:</b>       | <b>253</b>              |
|                                               |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS</b> |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                          | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 03.01.01.004-8                                | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)                                                  | R\$ 6,30              | 1.012                             | R\$ 6.375,60          | 12.144                           | R\$ 76.507,20           |
| 03.01.01.007-2                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                              | R\$ 10,00             | 253                               | R\$ 2.530,00          | 3.036                            | R\$ 30.360,00           |
| 03.01.10.001-2                                | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                | R\$ 0,63              | 2.869                             | R\$ 1.807,47          | 34.423                           | R\$ 21.686,49           |
| 05.06.01.002-3                                | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS                   | R\$ 135,00            | 4                                 | R\$ 540,00            | 45                               | R\$ 6.075,00            |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                                                                                                                       |                       | <b>4.138</b>                      | <b>R\$ 11.253,07</b>  | <b>49.648</b>                    | <b>R\$ 134.628,69</b>   |
| <b>TRATAMENTO EM NEFROLOGIA</b>               |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>      |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                          | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 03.05.01.017-4                                | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO (POR DIA) - HOSPITALAR                                | R\$ 80,77             | 2                                 | R\$ 161,54            | 23                               | R\$ 1.857,71            |
| 03.05.01.001-8                                | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                                                          | R\$ 121,74            | 2                                 | R\$ 243,48            | 23                               | R\$ 2.800,02            |
| 03.05.01.002-6                                | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)                                                                      | R\$ 121,51            | 2                                 | R\$ 243,02            | 23                               | R\$ 2.794,73            |
| 03.05.01.016-6                                | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA/DPAC                                                               | R\$ 358,06            | 8                                 | R\$ 2.864,48          | 90                               | R\$ 32.225,40           |
| 03.05.01.018-2                                | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                            | R\$ 55,13             | 2                                 | R\$ 110,26            | 23                               | R\$ 1.267,99            |
| 03.05.01.009-3                                | HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA-EXCEPCIONALIDADE)                                                                             | R\$ 194,20            | 54                                | R\$ 10.486,80         | 648                              | R\$ 125.841,60          |
| 03.05.01.010-7                                | HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                             | R\$ 194,20            | 2.683                             | R\$ 521.038,60        | 32.191                           | R\$ 6.251.492,20        |
| 03.05.01.011-5                                | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                 | R\$ 265,41            | 123                               | R\$ 32.645,43         | 1.474                            | R\$ 391.214,34          |
| 03.05.01.012-3                                | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA) | R\$ 265,41            | 4                                 | R\$ 1.061,64          | 45                               | R\$ 11.943,45           |
| 03.05.01.020-4                                | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                 | R\$ 353,88            | 2                                 | R\$ 707,76            | 23                               | R\$ 8.139,24            |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                                                                                                                       |                       | <b>2.882</b>                      | <b>R\$ 569.563,01</b> | <b>34.563</b>                    | <b>R\$ 6.829.576,68</b> |
| <b>CIRURGIA NEFROLOGIA</b>                    |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>      |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                          | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 04.18.01.003-0                                | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                                                                                    | R\$ 600,00            | 8                                 | R\$ 4.800,00          | 90                               | R\$ 54.000,00           |
| 04.18.01.004-8                                | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                               | R\$ 200,00            | 2                                 | R\$ 400,00            | 23                               | R\$ 4.600,00            |
| 04.18.01.006-4                                | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE                                                                                         | R\$ 115,81            | 23                                | R\$ 2.663,63          | 268                              | R\$ 31.037,08           |
| 04.18.01.008-0                                | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC                                                                             | R\$ 400,00            | 2                                 | R\$ 800,00            | 23                               | R\$ 9.200,00            |
| 04.18.01.009-9                                | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI                                                                                    | R\$ 110,29            | 2                                 | R\$ 220,58            | 23                               | R\$ 2.536,67            |
| 04.18.02.003-5                                | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA                                                                     | R\$ 400,00            | 2                                 | R\$ 800,00            | 23                               | R\$ 9.200,00            |
| 04.18.02.002-7                                | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                                                                                    | R\$ 600,00            | 2                                 | R\$ 1.200,00          | 23                               | R\$ 13.800,00           |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                                                                                                                       |                       | <b>41</b>                         | <b>R\$ 10.884,21</b>  | <b>473</b>                       | <b>R\$ 124.373,75</b>   |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>      |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                          | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 07.02.10.003-0                                | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                                 | R\$ 149,75            | 2                                 | R\$ 299,50            | 23                               | R\$ 3.444,25            |
| 07.02.10.004-8                                | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                            | R\$ 2.511,49          | 8                                 | R\$ 20.091,92         | 90                               | R\$ 226.034,10          |
| 07.02.10.005-6                                | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE-15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA)            | R\$ 1.255,74          | 2                                 | R\$ 2.511,48          | 23                               | R\$ 28.882,02           |
| 07.02.10.006-4                                | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                           | R\$ 1.893,68          | 2                                 | R\$ 3.787,36          | 23                               | R\$ 43.554,64           |
| 07.02.10.007-2                                | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                              | R\$ 609,39            | 2                                 | R\$ 1.218,78          | 23                               | R\$ 14.015,97           |
| 07.02.10.008-0                                | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                                                    | R\$ 946,84            | 2                                 | R\$ 1.893,68          | 23                               | R\$ 21.777,32           |
| 07.02.10.010-2                                | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                    | R\$ 15,41             | 27                                | R\$ 416,07            | 313                              | R\$ 4.823,33            |
| 07.02.10.002-1                                | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                                       | R\$ 64,76             | 25                                | R\$ 1.619,00          | 291                              | R\$ 18.845,16           |

|                                                                          |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 07.02.10.001-3                                                           | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                           | R\$ 482,34            | 2                                 | R\$ 964,68            | 23                               | R\$ 11.093,82            |
| 07.02.10.009-9                                                           | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                          | R\$ 21,59             | 27                                | R\$ 582,93            | 313                              | R\$ 6.757,67             |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>99</b>                         | <b>R\$ 33.385,40</b>  | <b>1.145</b>                     | <b>R\$ 379.228,28</b>    |
|                                                                          |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>LOTE 7 - CAFÉ</b>                                                     |                                                                                                                                       |                       | <b>POPULAÇÃO</b>                  | <b>172.870</b>        | <b>USUÁRIOS ESTIMADOS:</b>       | <b>323</b>               |
|                                                                          |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS</b>                            |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>       |
| 03.01.01.004-8                                                           | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)                                                  | R\$ 6,30              | 1.691                             | R\$ 10.653,30         | 20.292                           | R\$ 127.839,60           |
| 03.01.01.007-2                                                           | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                              | R\$ 10,00             | 423                               | R\$ 4.230,00          | 5.073                            | R\$ 50.730,00            |
| 03.01.10.001-2                                                           | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                | R\$ 0,63              | 4.793                             | R\$ 3.019,59          | 57.513                           | R\$ 36.233,19            |
| 05.06.01.002-3                                                           | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS                   | R\$ 135,00            | 5                                 | R\$ 675,00            | 57                               | R\$ 7.695,00             |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>6.912</b>                      | <b>R\$ 18.577,89</b>  | <b>82.935</b>                    | <b>R\$ 222.497,79</b>    |
| <b>TRATAMENTO EM NEFROLOGIA</b>                                          |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>       |
| 03.05.01.017-4                                                           | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO (POR DIA) - HOSPITALAR                                | R\$ 80,77             | 3                                 | R\$ 242,31            | 29                               | R\$ 2.342,33             |
| 03.05.01.001-8                                                           | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                                                          | R\$ 121,74            | 3                                 | R\$ 365,22            | 29                               | R\$ 3.530,46             |
| 03.05.01.002-6                                                           | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)                                                                      | R\$ 121,51            | 3                                 | R\$ 364,53            | 29                               | R\$ 3.523,79             |
| 03.05.01.016-6                                                           | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC                                                              | R\$ 358,06            | 12                                | R\$ 4.296,72          | 143                              | R\$ 51.202,58            |
| 03.05.01.018-2                                                           | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                            | R\$ 55,13             | 3                                 | R\$ 165,39            | 29                               | R\$ 1.598,77             |
| 03.05.01.009-3                                                           | HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA- EXCEPCIONALIDADE)                                                                            | R\$ 194,20            | 91                                | R\$ 17.672,20         | 1.083                            | R\$ 210.318,60           |
| 03.05.01.010-7                                                           | HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                             | R\$ 194,20            | 4.484                             | R\$ 870.792,80        | 53.808                           | R\$ 10.449.513,60        |
| 03.05.01.011-5                                                           | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                 | R\$ 265,41            | 205                               | R\$ 54.409,05         | 2.451                            | R\$ 650.519,91           |
| 03.05.01.012-3                                                           | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA) | R\$ 265,41            | 5                                 | R\$ 1.327,05          | 57                               | R\$ 15.128,37            |
| 03.05.01.020-4                                                           | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                 | R\$ 353,88            | 5                                 | R\$ 1.769,40          | 57                               | R\$ 20.171,16            |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>4.814</b>                      | <b>R\$ 951.404,67</b> | <b>57.715</b>                    | <b>R\$ 11.407.849,57</b> |
| <b>CIRURGIA NEFROLOGIA</b>                                               |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>       |
| 04.18.01.003-0                                                           | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                                                                                    | R\$ 600,00            | 15                                | R\$ 9.000,00          | 171                              | R\$ 102.600,00           |
| 04.18.01.004-8                                                           | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                               | R\$ 200,00            | 5                                 | R\$ 1.000,00          | 57                               | R\$ 11.400,00            |
| 04.18.01.006-4                                                           | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                                        | R\$ 115,81            | 38                                | R\$ 4.400,78          | 456                              | R\$ 52.809,36            |
| 04.18.01.008-0                                                           | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC                                                                             | R\$ 400,00            | 3                                 | R\$ 1.200,00          | 29                               | R\$ 11.600,00            |
| 04.18.01.009-9                                                           | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/ DPI                                                                                   | R\$ 110,29            | 3                                 | R\$ 330,87            | 29                               | R\$ 3.198,41             |
| 04.18.02.003-5                                                           | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA                                                                     | R\$ 400,00            | 3                                 | R\$ 1.200,00          | 29                               | R\$ 11.600,00            |
| 04.18.02.002-7                                                           | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                                                                                    | R\$ 600,00            | 3                                 | R\$ 1.800,00          | 29                               | R\$ 17.400,00            |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>70</b>                         | <b>R\$ 18.931,65</b>  | <b>800</b>                       | <b>R\$ 210.607,77</b>    |
| <b>ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA</b> |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                          |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>       |
| 07.02.10.003-0                                                           | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                                 | R\$ 149,75            | 3                                 | R\$ 449,25            | 29                               | R\$ 4.342,75             |
| 07.02.10.004-8                                                           | CONJ.TROCA P/ DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                           | R\$ 2.511,49          | 12                                | R\$ 30.137,88         | 143                              | R\$ 359.143,07           |
| 07.02.10.005-6                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE- 15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA)           | R\$ 1.255,74          | 3                                 | R\$ 3.767,22          | 29                               | R\$ 36.416,46            |
| 07.02.10.006-4                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                           | R\$ 1.893,68          | 3                                 | R\$ 5.681,04          | 29                               | R\$ 54.916,72            |
| 07.02.10.007-2                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                              | R\$ 609,39            | 3                                 | R\$ 1.828,17          | 29                               | R\$ 17.672,31            |
| 07.02.10.008-0                                                           | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                                                    | R\$ 946,84            | 3                                 | R\$ 2.840,52          | 29                               | R\$ 27.458,36            |
| 07.02.10.010-2                                                           | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                    | R\$ 15,41             | 43                                | R\$ 662,63            | 513                              | R\$ 7.905,33             |

|                                                                          |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 07.02.10.002-1                                                           | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                                         | R\$ 64,76             | 41                                | R\$ 2.655,16          | 485                              | R\$ 31.408,60           |
| 07.02.10.001-3                                                           | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                             | R\$ 482,34            | 3                                 | R\$ 1.447,02          | 29                               | R\$ 13.987,86           |
| 07.02.10.009-9                                                           | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                            | R\$ 21,59             | 43                                | R\$ 928,37            | 513                              | R\$ 11.075,67           |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                         |                       | <b>157</b>                        | <b>R\$ 50.397,26</b>  | <b>1.828</b>                     | <b>R\$ 564.327,13</b>   |
|                                                                          |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>LOTE 8 - CONE SUL</b>                                                 |                                                                                                                                         |                       | <b>POPULAÇÃO</b>                  | <b>159.987</b>        | <b>USUÁRIOS ESTIMADOS:</b>       | <b>299</b>              |
| <b>CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS</b>                            |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                     | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 03.01.01.004-8                                                           | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)                                                    | R\$ 6,30              | 1.196                             | R\$ 7.534,80          | 14.352                           | R\$ 90.417,60           |
| 03.01.01.007-2                                                           | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                                | R\$ 10,00             | 299                               | R\$ 2.990,00          | 3.588                            | R\$ 35.880,00           |
| 03.01.10.001-2                                                           | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                  | R\$ 0,63              | 3.392                             | R\$ 2.136,96          | 40.702                           | R\$ 25.642,26           |
| 05.06.01.002-3                                                           | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS                     | R\$ 135,00            | 4                                 | R\$ 540,00            | 45                               | R\$ 6.075,00            |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                         |                       | <b>4.891</b>                      | <b>R\$ 13.201,76</b>  | <b>58.687</b>                    | <b>R\$ 158.014,86</b>   |
| <b>TRATAMENTO EM NEFROLOGIA</b>                                          |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                     | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 03.05.01.017-4                                                           | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO (POR DIA) - HOSPITALAR                                  | R\$ 80,77             | 2                                 | R\$ 161,54            | 23                               | R\$ 1.857,71            |
| 03.05.01.001-8                                                           | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                                                            | R\$ 121,74            | 2                                 | R\$ 243,48            | 23                               | R\$ 2.800,02            |
| 03.05.01.002-6                                                           | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES POR SEMANA)                                                                       | R\$ 121,51            | 2                                 | R\$ 243,02            | 23                               | R\$ 2.794,73            |
| 03.05.01.016-6                                                           | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC                                                                | R\$ 358,06            | 10                                | R\$ 3.580,60          | 113                              | R\$ 40.460,78           |
| 03.05.01.018-2                                                           | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                              | R\$ 55,13             | 2                                 | R\$ 110,26            | 23                               | R\$ 1.267,99            |
| 03.05.01.009-3                                                           | HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA- EXCEPCIONALIDADE)                                                                              | R\$ 194,20            | 64                                | R\$ 12.428,80         | 763                              | R\$ 148.174,60          |
| 03.05.01.010-7                                                           | HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                               | R\$ 194,20            | 3.172                             | R\$ 616.002,40        | 38.056                           | R\$ 7.390.475,20        |
| 03.05.01.011-5                                                           | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                   | R\$ 265,41            | 146                               | R\$ 38.749,86         | 1.750                            | R\$ 464.467,50          |
| 03.05.01.012-3                                                           | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA) | R\$ 265,41            | 4                                 | R\$ 1.061,64          | 45                               | R\$ 11.943,45           |
| 03.05.01.020-4                                                           | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                   | R\$ 353,88            | 4                                 | R\$ 1.415,52          | 45                               | R\$ 15.924,60           |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                         |                       | <b>3.408</b>                      | <b>R\$ 673.997,12</b> | <b>40.864</b>                    | <b>R\$ 8.080.166,58</b> |
| <b>CIRURGIA NEFROLOGIA</b>                                               |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                     | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 04.18.01.003-0                                                           | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                                                                                      | R\$ 600,00            | 10                                | R\$ 6.000,00          | 113                              | R\$ 67.800,00           |
| 04.18.01.004-8                                                           | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                 | R\$ 200,00            | 2                                 | R\$ 400,00            | 23                               | R\$ 4.600,00            |
| 04.18.01.006-4                                                           | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE                                                                                           | R\$ 115,81            | 29                                | R\$ 3.358,49          | 337                              | R\$ 39.027,97           |
| 04.18.01.008-0                                                           | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC                                                                               | R\$ 400,00            | 2                                 | R\$ 800,00            | 23                               | R\$ 9.200,00            |
| 04.18.01.009-9                                                           | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/DPI                                                                                     | R\$ 110,29            | 2                                 | R\$ 220,58            | 23                               | R\$ 2.536,67            |
| 04.18.02.003-5                                                           | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA                                                                       | R\$ 400,00            | 2                                 | R\$ 800,00            | 23                               | R\$ 9.200,00            |
| 04.18.02.002-7                                                           | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                                                                                      | R\$ 600,00            | 2                                 | R\$ 1.200,00          | 23                               | R\$ 13.800,00           |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                         |                       | <b>49</b>                         | <b>R\$ 12.779,07</b>  | <b>565</b>                       | <b>R\$ 146.164,64</b>   |
| <b>ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA</b> |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                         |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                     | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 07.02.10.003-0                                                           | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                                   | R\$ 149,75            | 2                                 | R\$ 299,50            | 23                               | R\$ 3.444,25            |
| 07.02.10.004-8                                                           | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                              | R\$ 2.511,49          | 10                                | R\$ 25.114,90         | 113                              | R\$ 283.798,37          |
| 07.02.10.005-6                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE- 15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA)             | R\$ 1.255,74          | 2                                 | R\$ 2.511,48          | 23                               | R\$ 28.882,02           |
| 07.02.10.006-4                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                             | R\$ 1.893,68          | 2                                 | R\$ 3.787,36          | 23                               | R\$ 43.554,64           |
| 07.02.10.007-2                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                                | R\$ 609,39            | 2                                 | R\$ 1.218,78          | 23                               | R\$ 14.015,97           |
| 07.02.10.008-0                                                           | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                                                      | R\$ 946,84            | 2                                 | R\$ 1.893,68          | 23                               | R\$ 21.777,32           |
| 07.02.10.010-2                                                           | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                      | R\$ 15,41             | 30                                | R\$ 462,30            | 359                              | R\$ 5.532,19            |
| 07.02.10.002-1                                                           | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                                         | R\$ 64,76             | 29                                | R\$ 1.878,04          | 337                              | R\$ 21.824,12           |
| 07.02.10.001-3                                                           | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                             | R\$ 482,34            | 2                                 | R\$ 964,68            | 23                               | R\$ 11.093,82           |

|                                                                          |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 07.02.10.009-9                                                           | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                          | R\$ 21,59             | 30                                | R\$ 647,70            | 359                              | R\$ 7.750,81            |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>111</b>                        | <b>R\$ 38.778,42</b>  | <b>1.306</b>                     | <b>R\$ 441.673,51</b>   |
|                                                                          |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>LOTE 9 - VALE DO GUAPORÉ</b>                                          |                                                                                                                                       |                       | <b>POPULAÇÃO</b>                  | <b>51.330</b>         | <b>USUÁRIOS ESTIMADOS:</b>       | <b>96</b>               |
| <b>CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS</b>                            |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 03.01.01.004-8                                                           | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA(EXCETO MÉDICO)                                                   | R\$ 6,30              | 384                               | R\$ 2.419,20          | 4.608                            | R\$ 29.030,40           |
| 03.01.01.007-2                                                           | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                              | R\$ 10,00             | 96                                | R\$ 960,00            | 1.152                            | R\$ 11.520,00           |
| 03.01.10.001-2                                                           | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                | R\$ 0,63              | 1.094                             | R\$ 689,22            | 13.124                           | R\$ 8.268,12            |
| 05.06.01.002-3                                                           | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS                   | R\$ 135,00            | 4                                 | R\$ 540,00            | 46                               | R\$ 6.210,00            |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>1.578</b>                      | <b>R\$ 4.608,42</b>   | <b>18.930</b>                    | <b>R\$ 55.028,52</b>    |
| <b>TRATAMENTO EM NEFROLOGIA</b>                                          |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 03.05.01.017-4                                                           | TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE RENAL CRONICO SOB TRATAMENTO DIALITICO ( POR DIA ) - HOSPITALAR                              | R\$ 80,77             | 2                                 | R\$ 161,54            | 23                               | R\$ 1.857,71            |
| 03.05.01.001-8                                                           | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)                                                          | R\$ 121,74            | 2                                 | R\$ 243,48            | 23                               | R\$ 2.800,02            |
| 03.05.01.002-6                                                           | DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES PORSEMANA)                                                                      | R\$ 121,51            | 2                                 | R\$ 243,02            | 23                               | R\$ 2.794,73            |
| 03.05.01.016-6                                                           | MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC                                                              | R\$ 358,06            | 4                                 | R\$ 1.432,24          | 46                               | R\$ 16.470,76           |
| 03.05.01.018-2                                                           | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)                                                            | R\$ 55,13             | 2                                 | R\$ 110,26            | 23                               | R\$ 1.267,99            |
| 03.05.01.009-3                                                           | HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA- EXCEPCIONALIDADE                                                                             | R\$ 194,20            | 21                                | R\$ 4.078,20          | 249                              | R\$ 48.355,80           |
| 03.05.01.010-7                                                           | HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                             | R\$ 194,20            | 1.019                             | R\$ 197.889,80        | 12.221                           | R\$ 2.373.318,20        |
| 03.05.01.011-5                                                           | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)                 | R\$ 265,41            | 48                                | R\$ 12.739,68         | 565                              | R\$ 149.956,65          |
| 03.05.01.012-3                                                           | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA) | R\$ 265,41            | 2                                 | R\$ 530,82            | 23                               | R\$ 6.104,43            |
| 03.05.01.020-4                                                           | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA)                                                                                 | R\$ 353,88            | 2                                 | R\$ 707,76            | 23                               | R\$ 8.139,24            |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>1.104</b>                      | <b>R\$ 218.136,80</b> | <b>13.219</b>                    | <b>R\$ 2.611.065,53</b> |
| <b>CIRURGIA NEFROLOGIA</b>                                               |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 04.18.01.003-0                                                           | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE                                                                                    | R\$ 600,00            | 4                                 | R\$ 2.400,00          | 46                               | R\$ 27.600,00           |
| 04.18.01.004-8                                                           | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                               | R\$ 200,00            | 2                                 | R\$ 400,00            | 23                               | R\$ 4.600,00            |
| 04.18.01.006-4                                                           | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE                                                                                         | R\$ 115,81            | 10                                | R\$ 1.158,10          | 113                              | R\$ 13.086,53           |
| 04.18.01.008-0                                                           | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC                                                                             | R\$ 400,00            | 2                                 | R\$ 800,00            | 23                               | R\$ 9.200,00            |
| 04.18.01.009-9                                                           | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKOFF OU SIMILAR P/DPI                                                                                    | R\$ 110,29            | 2                                 | R\$ 220,58            | 23                               | R\$ 2.536,67            |
| 04.18.02.003-5                                                           | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA                                                                     | R\$ 400,00            | 2                                 | R\$ 800,00            | 23                               | R\$ 9.200,00            |
| 04.18.02.002-7                                                           | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA                                                                                                    | R\$ 600,00            | 2                                 | R\$ 1.200,00          | 23                               | R\$ 13.800,00           |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>24</b>                         | <b>R\$ 6.978,68</b>   | <b>274</b>                       | <b>R\$ 80.023,20</b>    |
| <b>ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA</b> |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>DIALISE PERITONEAL-DP/HEMODIALISE</b>                                 |                                                                                                                                       |                       |                                   |                       |                                  |                         |
| <b>CODIGO DO SUS</b>                                                     | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                   | <b>VALOR UNITÁRIO</b> | <b>QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR MENSAL</b>   | <b>QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA</b> | <b>VALOR ANUAL</b>      |
| 07.02.10.003-0                                                           | CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA P/ DPI/DPAC/DPA                                                                 | R\$ 149,75            | 2                                 | R\$ 299,50            | 23                               | R\$ 3.444,25            |
| 07.02.10.004-8                                                           | CONJ.TROCA P/ DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA)                                           | R\$ 2.511,49          | 4                                 | R\$ 10.045,96         | 46                               | R\$ 115.528,54          |
| 07.02.10.005-6                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE- 15 DIAS C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DE MAQUINACICLADORA)           | R\$ 1.255,74          | 2                                 | R\$ 2.511,48          | 23                               | R\$ 28.882,02           |
| 07.02.10.006-4                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES                                           | R\$ 1.893,68          | 2                                 | R\$ 3.787,36          | 23                               | R\$ 43.554,64           |
| 07.02.10.007-2                                                           | CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES                              | R\$ 609,39            | 2                                 | R\$ 1.218,78          | 23                               | R\$ 14.015,97           |
| 07.02.10.008-0                                                           | CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)                                                                    | R\$ 946,84            | 2                                 | R\$ 1.893,68          | 23                               | R\$ 21.777,32           |
| 07.02.10.010-2                                                           | GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                    | R\$ 15,41             | 10                                | R\$ 154,10            | 113                              | R\$ 1.741,33            |
| 07.02.10.002-1                                                           | CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE                                                                                       | R\$ 64,76             | 10                                | R\$ 647,60            | 113                              | R\$ 7.317,88            |
| 07.02.10.001-3                                                           | CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE                                                                                           | R\$ 482,34            | 2                                 | R\$ 964,68            | 23                               | R\$ 11.093,82           |
| 07.02.10.009-9                                                           | DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN                                                                                          | R\$ 21,59             | 10                                | R\$ 215,90            | 113                              | R\$ 2.439,67            |
| <b>TOTAL</b>                                                             |                                                                                                                                       |                       | <b>46</b>                         | <b>R\$ 21.739,04</b>  | <b>523</b>                       | <b>R\$ 249.795,44</b>   |

### 3. JUSTIFICATIVA

Considerando que a saúde é um direito assegurado a todos, por meio do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, inerente à vida, bem maior do homem, portanto o ESTADO (município, estado ou união) tem o dever de prover e garantir condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo facultado aos gestores dos SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais de forma complementar a oferta pública dos mesmos. A Carta Magna determinou ainda que a participação de instituições privadas no Sistema deve seguir diretrizes deste, a ser mediada por contratos de direito público.

Considerando que a terapia renal substitutiva - TRS é o tratamento que exerce as funções dos rins, que quando doentes, não conseguem mais executar a filtragem do sangue, e conforme a legislação vigente Portaria Nº 1.675/2018, publicada em 7 de junho de 2018, RDC/ANVISA/MS – nº. 11/2014 é um direito do (a) paciente ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios, garantindo-lhe a livre escolha do método, respeitando as contraindicações.

Considerando ainda a extrema importância de que para oferecer um serviço de atendimento de saúde, o que em muitos casos trata-se de urgência e emergência, dentro dos padrões normatizados e regulamentados pelo Ministério da Saúde, deve-se estar devidamente preparado para tal, desta forma deve ser dada a atenção necessária os usuários.

Considerando que a insuficiência renal é a redução na capacidade de os rins cumprirem as funções de filtragem e eliminação dos produtos finais do metabolismo, removendo fluidos em excesso no corpo e mantendo equilíbrio dos eletrólitos, ácidos e bases. A doença renal pode ser aguda, temporária e geralmente reversível, ou crônica, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções dos rins.

Considerando que a Terapia Renal Substitutiva consiste em tratamentos que substituem a função renal e abrange: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Essa terapia é o tratamento utilizado para pacientes em estágios avançados da Doença Renal Crônica – DRC, também conhecida como Insuficiência Renal Crônica (IRA).

Considerando o despacho HB-NUHALISE (0018407951) que informa a falta de equipamentos, espaço físico e recursos humanos que possibilite atendimento de qualidade aos pacientes renais crônicos, conseguindo atender somente os doentes Renais Agudos a nível hospitalar. Informa também que não possui insumos e logística para atender a modalidade de TRS Dialise Peritoneal.

Considerando o despacho SESA-URH (0018401037) expondo o déficit de médicos e enfermeiros nefrologistas contratados na SESA e que não há médicos nefrologistas em cadastro reserva para serem convocados. Expondo ainda a impossibilidade de disponibilizar servidores para ampliação do serviço de nefrologia/HBAP devido a situação de pandemia em vigência.

Considerando a Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018, que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Faz-se necessário adquirir esse serviço, pois é um serviço imprescindível para os portadores de doença renal e atender os critérios das Portarias citadas, que ressaltam a necessidade de médico e enfermeiro nefrologista para credenciamento do serviço.

Considerando ainda, o fato que a ausência da contratação de tais serviços, pode trazer prejuízos irreversíveis aos usuários e o conseqüentemente sem o tratamento os pacientes podem chegar a óbito.

Considerando a portaria nº 1168/GM, que institui a Política Nacional de Atenção ao portador de doença renal, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo.

Considerando a Portaria nº 432/SAS que define parâmetros para credenciamento/habilitação dos serviços de nefrologia.

Considerando que são importantes para o cumprimento do papel da assistência à saúde as medidas preventivas, de tratamento e reabilitação, contribuindo sobremaneira à reintegração do doente à sociedade em condições de retomar, tanto quanto possível as funções que desempenhava anteriormente ao concentrar recursos de diagnóstico que possibilitam a eficiência e eficácia do tratamento.

Considerando que a contratação será para prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e na forma deste projeto.

Considerando que o Estado de Rondônia, através da Secretaria de Estado da Saúde tem realizado a reorientação do modelo de gestão e de atenção à saúde, visando atingir novos patamares de prestação de serviços para proporcionar elevada satisfação ao usuário, associada a otimização do uso dos recursos públicos.

Considerando que atualmente cerca de 100 mil doentes renais crônicos precisam de tratamento de Terapia Renal Substitutiva no país, sendo 85% deles assistidos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que 40 pacientes/100.000mil habitantes/ano necessitarão de Terapia Renal Substitutiva (TRS), parâmetro esse aplicado a países em desenvolvimento e relaciona-se diretamente com a expectativa de vida ao nascer de países ou regiões.

Considerando que atualmente cerca de 100 mil doentes renais crônicos precisam de tratamento de Terapia Renal Substitutiva no país, sendo 85% deles assistidos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que 40 pacientes/100.000mil habitantes/ano necessitarão de Terapia Renal Substitutiva (TRS), parâmetro esse aplicado a países em desenvolvimento e relaciona-se diretamente com a expectativa de vida ao nascer de países ou regiões.

Considerando que os serviços a serem contratados visam assegurar a prestação de serviços de TRS em **caráter contínuo e eficiente, aumento da capacidade de atendimento** e a redução da espera para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas obedecendo sempre a RDC 11/14 de 13 de março de 2014 e Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018 e legislações vigentes, afim de promover, desta forma, maior qualidade e presteza no atendimento e segurança do usuário.

Considerando que os parâmetros usados para fixar o preço dos serviços serão os previstos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SIGTAP), editada pelo Ministério da Saúde.

Considerando que para o atendimento das demandas dos serviços de TRS, a Secretaria de Saúde de Rondônia não dispõe da capacidade necessária para o seu funcionamento, requerendo, portanto a necessidade de sua complementação do serviço, visando garantir assistência integral ao usuário, e a ausência da contratação de tais serviços pode trazer prejuízos irreversíveis aos usuários e que sem o tratamento os pacientes podem chegar a óbito.

Considerando o despacho HB-NUHALISE (0018407951) que informa a falta de equipamentos, espaço físico e recursos humanos que possibilite atendimento de qualidade aos pacientes renais crônicos, conseguindo atender somente os doentes **Renais Agudos a nível hospitalar**, informa também que não possui insumos e logística para atender a modalidade de TRS Dialise Peritoneal. O despacho SESA-URH (0018401037) expõe o déficit de médicos e enfermeiros nefrologistas contratados na SESA e que não há médicos nefrologistas em cadastro reserva para serem convocados, impossibilitando ampliação do serviço de nefrologia/HBAP;

Considerando o despacho SESA-CAIS (0018454488), que salienta:

**ALERTAMOS**, por fim, que o iminente encerramento da vigência do contrato em questão impõe o **risco de descontinuidade de um serviço essencial, com riscos reais de prejuízos irreversíveis à saúde e à vida** de diversos usuários do Sistema Único de Saúde no Estado de Rondônia.

Considerando reunião realizada no Gabinete desta SESA, a qual contou com a presença dos seguintes servidores: Rafaela Piquiá (Diretora Executiva), Adriana Larissa da S. Mendes Nascimento (Coordenadora ASTEC), Érica S. R. Jácson, Lilian Valadão (ASTEC/SESAU), Álvaro Amaral (Coordenador GAD), Alan Gomes (Gerente GECOMP), Jarbas Galdino (Coordenador CAIS/SESAU), Ana Paula Brandão (Coordenadora Nefrologia), Iná Ineran (Enfermeira/CAIS), onde fora discutido as dificuldades em se tratando do serviço de Diálise em regime hospitalar, na oportunidade fora pontuado a possível descontinuidade da prestação de serviço em regime ambulatorial, em virtude do cumprimento do designio dos contratos Nº 280/PGE-2015 (CLINERON) e Nº 102/PGE-2015

(NEFRON), bem como as compras fragmentadas/individuais para o serviço de Diálise Peritoneal (DP), **considerando todos os pontos discutidos optou-se pela possibilidade de contratação de empresas através de credenciamento, o que amplia a possibilidade de manutenção do serviço, vez que favorece a participação de potenciais prestadores.**

Neste cenário, considerando a necessidade de adoção de medidas que possam ampliar a oferta de serviços, não deixando de atender a diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) ao que se refere a regionalização dos serviços, objetivando garantir o acesso a saúde em todo o território do Estado de Rondônia, com vistas a prezar pela celeridade na instrução processual, bem como possibilitar a oportunidade de participação de potenciais empresas possam contratar com a Administração, verifica-se o processo de credenciamento como mais viável, referenciando ainda que a tabela de preços que remunerará os diversos itens de serviços pretendidos são baseados nos valores estabelecidos pela Tabela do Sistema Único de Saúde (SIGTAP).

Considerando que para o atendimento das demandas desses Serviços de Terapia Renal Substitutiva, a Secretaria de Saúde de Rondônia não dispõe da capacidade necessária para o seu funcionamento, como exposto no despacho (0018407951) e (0018401037), **portanto, sua complementação** nos termos da Constituição Federal de 1988, em seu Art. 197, que ressalta que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Os serviços a serem contratados visam assegurar a prestação de serviços de TRS em caráter contínuo e eficiente, aumento da capacidade de atendimento e a redução da espera para realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas obedecendo sempre a RDC 11/14 de 13 de março de 2014 e Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018 e legislações vigentes, afim de promover, desta forma, maior qualidade e presteza no atendimento e segurança do usuário.

Diante dos fatos aqui expostos, salvo melhor juízo, entendemos que se justifica o credenciamento, tendo em vista que, diante da necessidade pública e por se tratar de serviço essencial, faz-se necessária a Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.

#### 4. DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO, RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS E SOBRE O CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

##### 4.1 LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

**4.1.1** Os serviços de Terapia Renal Substitutiva em **regime Hospitalar** serão prestados nas instalações dos Hospitais próprios da Secretaria de Estado de Saúde - SESAU do Estado do Rondônia, à saber:

- a) Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP);
- b) Hospital e Pronto Socorro João Paulo - II (HEPSJP/II);
- c) Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD);
- d) Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON);
- e) Assistência Médica Intensiva 24 horas (AMI);
- f) Hospital Regional de Cacoal (HRC);
- g) Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal (HEURO);
- h) Hospital de Campanha de Rondônia (HCR).

**4.1.2** Os serviços de Terapia Renal Substitutiva em **regime Ambulatorial** serão realizados **nas dependências da CREDENCIADA, QUE DEVERÁ POSSUIR UMA SEDE** nos municípios polos das Macrorregiões do ESTADO DE RONDÔNIA, garantindo facilidade de acesso do usuário, tendo em vista mitigar os custos oriundos dos deslocamentos até a unidade da credenciada:

- a) Região **Madeira Mamoré**: Município polo Porto Velho;
- b) Região de Saúde **Vale do Jamari** : Município polo Ariquemes\*;
- c) Região de Saúde **Central**: Município polo Jí-Paraná;
- d) Região de Saúde **Zona da Mata**: Município polo Rolim de Moura\*\*;
- e) Região de Saúde **Café**: Município polo Cacoal
- f) Região de Saúde **Cone Sul**: Município polo Vilhena;
- g) Região de Saúde **Vale do Guaporé**: Município polo\*\*.

\* O serviço a ser credenciado para o município de Ariquemes será apenas o serviço de diálise peritoneal, tendo como serviço de retaguarda para terapia em modalidade hemodiálise o Centro de Diálise de Ariquemes-CDA .

\*\* Caberá ao serviço contratualizado a abertura de instalação para a realização de terapias dialíticas; Caso não haja interesse na instalação de polo nesta região, os pacientes serão referenciados a região mais próxima.

**NOTA:** De acordo com o Despacho SESAU-DE (0010521712), Cabe aos municípios que já ofertam a Terapia Renal Substitutiva às Regiões de Saúde, manterem integralmente a oferta do serviço.

##### 4.2 Prazo para início da execução dos serviços

O prazo para início dos serviços será de até **30 (trinta) dias** contados a partir da última assinatura contratual.

##### 4.3. Do Recebimento do Serviço

**4.3.1** O objeto desta licitação será recebido conforme disposto no inciso I, alíneas “a” e “b” e § 3º, do artigo 73, da Lei Federal 8.666/93 (Licitações e Contratos Administrativos):

**4.3.1.1.** PROVISORIAMENTE, pelo responsável por seu acompanhamento e fiscalização, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes no término do atendimento, no prazo máximo de 3 (três) dias;

**4.3.1.2.** DEFINITIVAMENTE, pela comissão designada pela autoridade competente, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes, após o decurso do prazo de observação, ou vistoria que comprove a adequação do objeto aos termos contratuais, observado o disposto no art. 69 da Lei n. 8.666/93, no prazo máximo de 3 (três) dias;

**4.3.2.** O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança do serviço, nem ético-profissional pela perfeita execução do contrato, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo Instrumento Contratual.

**4.3.3.** Os serviços deverão ser executados rigorosamente dentro das especificações estabelecidas no Edital e seus Anexos, sendo que a inobservância desta condição implicará recusa formal, com a aplicação das penalidades contratuais.

**4.3.4.** O(s) fiscal(s) ou comissão designada fiscalizará a execução do serviço contratado e verificará o cumprimento das especificações solicitadas, no todo ou em parte, no sentido de corresponderem ao desejado ou especificado.

**4.3.5.** O(s) fiscal(s) ou comissão designada terá a incumbência de, dentre outras atribuições, aferir a quantidade, qualidade e adequação dos serviços executados.

**4.3.6.** A fiscalização pela CREDENCIANTE, não desobriga a CREDENCIADA de sua responsabilidade quanto à perfeita execução do objeto deste instrumento.

**4.3.7.** Aceitos os serviços, será procedido o atesto na Nota Fiscal, autorizando o pagamento.

**4.3.8.** Não aceito os serviços executados, será comunicado à empresa adjudicatária para que imediatamente se refaça os serviços que não estão de acordo com as especificações mínimas de qualidade estabelecidas no Termo de Referência/Contrato.

#### **4.4 Condições de fornecimento dos serviços**

Condições Gerais de Fornecimento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva:

**4.4.1** Designar por escrito, no ato do recebimento da Autorização de Serviços, preposto(s) que tenha(m) poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução do contrato;

**4.4.2** Disponibilizar toda a infraestrutura e tecnologias necessárias à execução dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva:

**4.4.2.1** Recursos humanos especializados: pessoal técnico, operacional e administrativo, em número suficiente para desenvolver todas as atividades previstas, observadas as normas vigentes de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador;

**4.4.2.2** Material e insumos necessários à prestação dos serviços, incluído nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização dos procedimentos e intervenções em casos de intercorrências;

**4.4.2.3.** Materiais de expediente necessários à prestação dos serviços;

**4.4.2.4.** Instrumentais necessários à prestação dos serviços;

**4.4.2.5.** Insumos e utensílios para higienização (saneantes domissanitários) do ambiente e deposição de resíduos gerados no serviço, em sua sede, conforme legislação vigente da Vigilância Sanitária;

**4.4.2.6.** Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's);

**4.4.2.7.** Equipamentos de tecnologia, informação e comunicação necessários à prestação dos serviços;

**4.4.2.8.** Equipamentos e ferramentas de tecnologia, informação e comunicação (TIC) inclusive serviço de telefonia fixa e móvel para atendimento as urgências e atendimento às orientações necessárias ao paciente durante o curso da terapia nos casos em que houver necessidade em referencia a diálise peritoneal;

**4.4.2.9.** Estrutura física adequada em conformidade com a legislação vigente, em perfeitas condições para atender toda a demanda da região, bem como disponíveis no local onde serão prestados os serviços, conforme procedimentos listados nos anexos I e II;

**4.4.2.10.** Atender os pacientes agudos diariamente em consonância com conduta e/ou prescrições médica e quadro clínico do usuário;

#### **4.5 Condições de Fornecimento Relativas à Mão-de-Obra Alocada para os Serviços de Terapia Renal Substitutiva:**

**4.5.1.** Os serviços credenciados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes ao quadro de Recursos Humanos da credenciada, de sua inteira responsabilidade, ou seja, prestar os serviços diretamente com seus profissionais, devidamente capacitados e habilitados, com inscrição no referido conselho de classe, com todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais de sua responsabilidade, considerando-se profissionais da credenciada:

a) O membro de seu corpo técnico;

b) O profissional que com ela tenha vínculo de emprego;

c) O profissional autônomo que a ela presta serviço: a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área da saúde, em seu estabelecimento.

**4.5.2.** Dispor de profissional médico com título de especialista em Nefrologia ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina, o qual deve ser o detentor da Responsabilidade Técnica pela execução de serviços pertinentes e compatíveis com os serviços.

**4.5.3.** Dispor, em seu quadro permanente, profissionais capacitados e habilitados (RDC 11 de 13 de março de 2014), (Portaria Nº 1.675 de junho de 2018), inscritos nos respectivos conselhos, para supervisão e responsabilidade técnica, inclusive perante a Vigilância Sanitária;

**4.5.4.** Disponibilizar número de profissionais capacitados e habilitados suficientes para uma escala de trabalho que atenda as características e especificidade do serviço e da demanda em cada localidade de realização e exercendo o controle no que se refere à assiduidade e a pontualidade de seus funcionários;

**4.5.5.** Todos os seus funcionários deverão ser treinados quanto aos riscos a que serão submetidos em suas atividades, bem como a forma correta de utilização dos Equipamentos de Proteção Coletivas e Individuais;

**4.5.6.** Manter os registros de formação e qualificação de sua equipe técnica, compatíveis com as funções desempenhadas, sempre que solicitado;

**4.5.7.** Realizar 01 (um) treinamento ao ano e capacitações permanentes e continuadas compatíveis com as funções desempenhas dos seus funcionários, com acompanhamento da credenciante por meio de pessoas ou instituições habilitadas para emitir certificação, bem como dispor de documentos que comprovem essas ações;

**4.5.8.** Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás (com foto recente e identificação da função) e entregar ao Gestor do Contrato a relação nominal constando: nome, endereço residencial e telefone dos profissionais;

**4.5.9.** Preservar e manter a credenciante à margem de todas as reivindicações de seus funcionários, queixas e representações de quaisquer naturezas, referente aos serviços;

**4.5.10.** Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus funcionários, sem repasse de qualquer ônus à credenciante, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

**4.5.11.** Substituir toda e qualquer ausência de seus funcionários por outro profissional que atenda aos requisitos exigidos, Portaria Nº 1.675/2018, RESOLUÇÃO – RDC ANVISA Nº 11, DE 13 DE MARÇO DE 2014;

**4.5.12.** Manter sediado junto à credenciante durante os turnos de trabalho, profissionais capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;

**4.5.13.** Os supervisores da credenciada terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao Gestor do Contrato;

- 4.5.14.** Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seu Supervisor;
- 4.5.15.** Instruir seus funcionários quanto às necessidades de acatar as orientações da credenciante, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio, caso esteja nas áreas da credenciante;
- 4.5.16.** Manter disciplina entre os seus funcionários no local do serviço e notificar qualquer funcionário considerado com conduta inconveniente (ausência de respeito, cortesia e educação, tanto no relacionamento entre companheiros, quanto no atendimento ao usuário, assim como ausência de normas de moral e bons costumes) - assegurando o bom funcionamento do serviço;
- 4.5.17.** Responsabilizar-se integralmente pela observância do dispositivo no título II, capítulo V, da CLT, e na Portaria Nº. 3.460/77, do Ministério do Trabalho, relativos à segurança e higiene do trabalho, bem como a Legislação correlata em vigor a ser exigida, observando que a atividade é reconhecidamente geradora de riscos à integridade física dos trabalhadores atenderem as Normas Regulamentadoras (NR) no sentido de se eliminar ou minimizar estes riscos;
- 4.5.18.** Responsabilizar-se pelo transporte de seus funcionários, prepostos ou prestadores de serviço até o local de trabalho e vice-versa, bem como alimentação e outros benefícios previstos na legislação trabalhista;
- 4.5.19.** Manter os funcionários sujeitos às normas disciplinares da SESA-RO, porém, sem qualquer vínculo empregatício com a Secretaria da Saúde, cabendo à credenciada todos os encargos e obrigações previstas na legislação social e trabalhista em vigor, quitando todas as obrigações trabalhistas vigentes, sociais, previdenciárias, tributáveis e as demais previstas na legislação específica. Não existirá para a credenciante, qualquer solidariedade quanto ao cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os funcionários da credenciada, cabendo a esta assumir, de forma exclusiva, todos os ônus advindos da relação empregatícia;
- 4.5.20.** Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à credenciante ou a terceiros, decorrentes da sua culpa ou dolo, quando da execução do objeto, não podendo ser arguido para efeito de exclusão ou redução de sua responsabilidade o fato da credenciante proceder à fiscalização ou acompanhar a execução contratual;
- 4.5.21.** Responder por todas as despesas diretas e indiretas que incidam ou venham a incidir sobre a execução contratual, inclusive as obrigações relativas a salários, previdência social, impostos, encargos sociais e outras providências, respondendo obrigatoriamente pelo fiel cumprimento das leis trabalhistas e específica de acidentes do trabalho e legislação correlata, aplicáveis ao pessoal empregado para execução contratual;
- 4.5.22.** Providenciar a imediata reposição de funcionários para cobrir folgas, faltas, férias, demissões, licenças (saúde, maternidade), afastamentos de pessoal da área técnica, operacional e administrativa, mantendo o quadro de funcionários completo, necessários à execução do presente contrato.

#### **4.6 Condições de Fornecimento Relativas a Equipamentos, Instrumentais, Insumos e Utensílios dos Serviços Terapia Renal Substitutiva:**

- 4.6.1.** Fazer a manutenção preventiva e corretiva com reposição de peças, sem quaisquer ônus para o credenciante, apresentando um relatório mensal informando as ações corretivas realizadas em cada equipamento;
- 4.6.2.** Fornecer todos os bens móveis necessários para o bom funcionamento dos serviços, incluindo as máquinas hemodializadoras e de diálise peritoneal;
- 4.6.3.** A credenciada apresentar equipamento reserva, conforme RDC nº 11 de 13 de março de 2014 e legislações vigentes;
- 4.6.4.** A credenciada deverá trabalhar com o quantitativo máximo necessário de equipamentos, objetivando a continuidade no atendimento a toda a demanda apresentada;
- 4.6.5.** A credenciada deverá realizar capacitação e educação permanente da equipe profissional, em conformidade com art. 3º, IX da Portaria 1168/GM de 15.06.2004;
- 4.6.6.** Manter todos os equipamentos, ferramentas e utensílios necessários à execução dos serviços, identificados e em perfeitas condições de uso apresentando documentos que comprovem a manutenção preventiva e corretiva, devendo os danificados/extraviados serem substituídos dentro do tempo que não prejudique o andamento dos serviços e garantindo equipamento de reserva e/ou suporte de retaguarda em caso de pane em algum aparelho, assegurando a continuidade do serviço nos prazos e condições estabelecidas e na falta de acessórios para a execução dos serviços os mesmos deverão ser providenciados pela credenciada sem ônus pela credenciante;
- 4.6.7.** Fornecer todos os equipamentos, instrumentais, insumos e utensílios em qualidade e tecnologia adequadas, com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, manuais, normas e legislação, inclusive os equipamentos de uso administrativo da credenciada (computadores, fax, telefone, máquina copiadora, etc.), instalando-os, e em quantidades compatíveis à boa execução dos serviços sem ônus para a credenciante;
- 4.6.8.** A credenciada deverá cumprir fielmente na íntegra a RDC nº 11 de 13 de março de 2014 e Portaria 1.675 de 7 de junho de 2018, bem como as demais e legislações vigentes;
- 4.6.9.** Assegurar que as instalações físicas e dependências dos serviços de Serviços de Terapia Renal Substitutiva estejam em conformidade com as condições higiênicas sanitárias conforme a legislação vigente;
- 4.6.10.** Executar a manutenção corretiva, de todas as instalações físicas e equipamentos danificados no prazo razoável, a fim de que seja garantido o bom andamento do serviço e a segurança dos funcionários da credenciada e do Estabelecimento Assistencial de Saúde;
- 4.6.11.** Garantir conduta adequada na utilização dos equipamentos, instrumentais, insumos e utensílios, objetivando a correta execução dos serviços, procedendo à limpeza e desinfecção dos equipamentos e utensílios de acordo com as recomendações dos fabricantes da maquinaria, além de seguir normas de procedimentos que visem a conservar o equipamento em bom estado e limpo;
- 4.6.12.** Garantir que as dependências vinculadas à execução dos serviços, bem como as instalações e equipamentos colocados a disposição sejam de uso exclusivo para atender o objeto dos serviços de Serviços de Terapia Renal Substitutiva;
- 4.6.13.** Identificar todos os equipamentos, instrumentais insumos e utensílios de sua propriedade, tais como, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da credenciante;
- 4.6.14.** Manter sob sua responsabilidade almoxarifado próprio, para armazenamento dos seus materiais e insumos necessários ao atendimento do objeto deste contrato, sem ônus para a credenciante;
- 4.6.15.** Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede;
- 4.6.16.** Os equipamentos devem ser projetados, localizados, instalados, adaptados e mantidos de forma adequada às operações a serem realizadas e impedir a contaminação cruzada, o acúmulo de poeiras e sujeiras, de modo geral qualquer efeito adverso;
- 4.6.17.** A credenciada deverá indenizar a credenciante pelos danos causados ao prédio, por culpa ou dolo de seus funcionários, prepostos ou prestador de serviços, bem como, causado pelo usuário e/ou acompanhante, caso esteja instalados nas unidades do Estado;
- 4.6.18.** Providenciar a substituição de qualquer utensílio ou material ou equipamento que não se apresentar dentro dos padrões de qualidade do credenciante.

#### **4.7 Metodologia detalhada da execução dos serviços:**

A todos os pacientes inseridos no programa dialítico deverá ser garantida apresentação das três modalidades de terapia de substituição da função renal, bem como esclarecidas as diferenças, vantagens e desvantagens entre elas e o perfil do paciente para ser inserido no programa de escolha, permitindo

com que o paciente escolha a modalidade de tratamento, respeitando as contra indicações de cada método em relação a necessidade do seu quadro clínico, perfil anatômico e social.

### **HEMODIÁLISE**

#### **Hemodiálise Pediátrica :**

- A unidade de referência para realização da **Hemodiálise Pediátrica Intra-Hospitalar** será o Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD), através do serviço próprio do Estado de Rondônia. Pacientes que necessitem desta modalidade que tenham sido absorvidos em outras unidades deverão ser regulados ao referido nosocômio;
- Os serviços de **Hemodiálise pediátrica intra-hospitalar** aos pacientes agudos que não necessitem de internação em leitos de UTI realização a TRS através da Central de Diálise do Estado, localizada nas dependências do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro enquanto estiver vigente as mudanças de enfermarias do HICD devido a pandemia. Assim que a enfermaria D do HICD, que atualmente atende pacientes COVID, retornar para a internação dos pacientes pediátricos com doenças renais, a Hemodiálise pediátrica poderá ser realizada neste local, onde foi instalado um ponto para a realização de hemodiálise.
- Os pacientes pediátricos que estiverem em trânsito e necessitem de serviços de **Hemodiálise Pediátrica Ambulatorial**, serão atendidos pela CREDENCIADA no âmbito da respectiva Região de Saúde.
- Os serviços de **Hemodiálise Pediátrica Ambulatorial** que serão realizados através da CREDENCIADA deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESAU/RO, através do SISREG.

#### **Hemodiálise Adulta:**

- A realização da **Hemodiálise Adulta Intra-Hospitalar** ocorrerá através do serviço próprio do Estado de Rondônia nas unidades hospitalares próprias do Estado, a saber:
  - Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HB);
  - Hospital e Pronto Socorro João Paulo Segundo (HPSJ);
  - Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON);
  - Assistência Médica Intensiva 24 horas (AMI);
  - Hospital de Campanha de Rondônia (HCR).
  - Hospital Regional de Cacoal (HRC);
  - Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal (HEURO);
- Os serviços de **Hemodiálise Adulta Intra-Hospitalar** aos pacientes agudos que não necessitem de internação em leito de UTI serão realizados através das Centrais de Diálise do Estado após indicação do nefrologista que acompanhará a TRS; Tendo como referência na Macrorregião 1 a Central disposta nas dependências do Hospital de Base Dr. Ary e como referência na Macrorregião 2 as Centrais disposta nas dependências das Unidades do Complexo Hospitalar Regional de Cacoal (COHREC).
- Os pacientes que estiverem em trânsito e necessitem de serviços de **Hemodiálise Adulta Ambulatorial**, serão atendidos pela CREDENCIADA no âmbito da Região de Saúde em que se encontrar, sendo obrigatória a apresentação da carta de trânsito.

**NOTA:** Todos os insumos necessários para realização da Terapia Renal Substitutiva em pacientes que estiverem em trânsito, serão de responsabilidade da CREDENCIADA, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores para os pacientes.

- Os serviços de **Hemodiálise Adulta Ambulatorial** deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESAU/RO, através do SISREG.

### **DIÁLISE PERITONEAL**

#### **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar:**

- A unidade de referência para realização da **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** será o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), através da CREDENCIADA. Pacientes que necessitem desta modalidade que tenham sido absorvidos em outras unidades deverão ser regulados ao referido nosocômio;
- Os pacientes de **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** deverão ser assistidos integralmente pela equipe de saúde da CREDENCIADA em todas as etapas da oferta da TRS, inclusive com atuação multidisciplinar quando o caso requerer, incluindo equipe técnica de enfermagem capacitada e habilitada para tal, em todas as etapas da oferta da TRS, não necessitando da equipe médica, pois o estado fornece pediatra nefrologista.
- A implantação do Cateter de Tenckhoff nos pacientes de tiverem indicação para **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar**, será realizada através do serviço próprio do Estado de Rondônia.
- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- Os serviços de **Diálise Peritoneal Neonatal Intra-hospitalar** que serão realizados através da CREDENCIADA deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESAU/RO, através do SISREG.

#### **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar:**

- A Terapia Renal Substitutiva na modalidade de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-Hospitalar**, serão realizados através da credenciada dependências do Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD) e Hospital Regional de Cacoal (HRC). Pacientes que necessitem desta modalidade que tenham sido absorvidos em outras unidades deverão ser regulados ao referido nosocômio;
- As unidades de referência para realização da **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-Hospitalar** serão o Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD) e Hospital Regional de Cacoal (HRC), através da CREDENCIADA. Pacientes que necessitem desta modalidade que tenham sido absorvidos em outras unidades deverão ser regulados ao referido nosocômio;
- Os pacientes de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar** deverão ser assistidos integralmente pela equipe de saúde da credenciada em todas as etapas da oferta da TRS, inclusive com atuação multidisciplinar quando o caso requerer.
- A implantação do Cateter de Tenckhoff nos pacientes de tiverem indicação para **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar**, será realizada através do serviço próprio do Estado de Rondônia.

- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar** é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- Os serviços de **Diálise Peritoneal Pediátrica Intra-hospitalar** que serão realizados através da CREDENCIADA deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESA/RO, através do SISREG.

**Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar:**

- A realização da **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** ocorrerá através da CREDENCIADA nas dependências das unidades hospitalares próprias do Estado, a saber:
  - Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HB);
  - Hospital e Pronto Socorro João Paulo Segundo (HPSJ);
  - Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON);
  - Assistência Médica Intensiva 24 horas (AMI);
  - Hospital de Campanha de Rondônia (HCR).
  - Hospital Regional de Cacoal (HRC);
  - Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal (HEURO);
- Os pacientes de **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** deverão ser assistidos integralmente pela equipe de saúde da CREDENCIADA em todas as etapas da oferta da TRS, inclusive com atuação multidisciplinar quando o caso requerer.
- A implantação do Cateter de Tenckhoff nos pacientes de tiverem indicação para **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar**, será realizada através do serviço próprio do Estado de Rondônia.
- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- Os serviços de **Diálise Peritoneal Adulta Intra-hospitalar** que serão realizados através da CREDENCIADA deverão obrigatoriamente ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESA/RO, através do SISREG.

**Diálise Peritoneal Ambulatorial:**

- Os pacientes que receberem alta hospitalar e que apresentarem parecer da nefrologia indicando a continuidade de TRS na modalidade de diálise peritoneal, deverão ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESA/RO, através do SISREG para a CREDENCIADA que dará continuidade ao tratamento dialítico.
- Os pacientes doentes renais crônicos que evoluírem com falência vascular para acesso em hemodiálise que necessitem ser inseridos em programa de diálise peritoneal, serão atendidos pela credenciada no programa de DP de indicação alinhado a necessidade do seu quadro clínico, perfil anatômico e social.
- Aos pacientes diagnosticados com doença renal crônica que receberem alta hospitalar será assegurado o direito de escolha da modalidade de tratamento que melhor lhe atender, respeitadas as contra indicações de cada método em relação a necessidade do seu quadro clínico, perfil anatômico e social.

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

- Pacientes doentes renais crônicos internados nas unidades Hospitalares próprias do Estado de Rondônia que esteja em programa dialítico na modalidade de **Hemodiálise Ambulatorial (Pediátrica e Adulta)**, com quadro clínico estável conforme avaliação multidisciplinar, deverão ser submetidos à TRS nas dependências da CREDENCIADA a qual o usuário esta cadastrado. Sendo de responsabilidade das unidades hospitalares de origem o transporte do paciente.

**NOTA:** Pacientes internados que forem encaminhados para a realização da TRS nas dependências da CREDENCIADA que apresentem instabilidade de quadro clínico durante o programa dialítico, necessitando de internação em Unidade Terapia Intensiva, serão removidos pelas equipes de transporte/remoção das unidades hospitalares próprias do Estado de Rondônia.

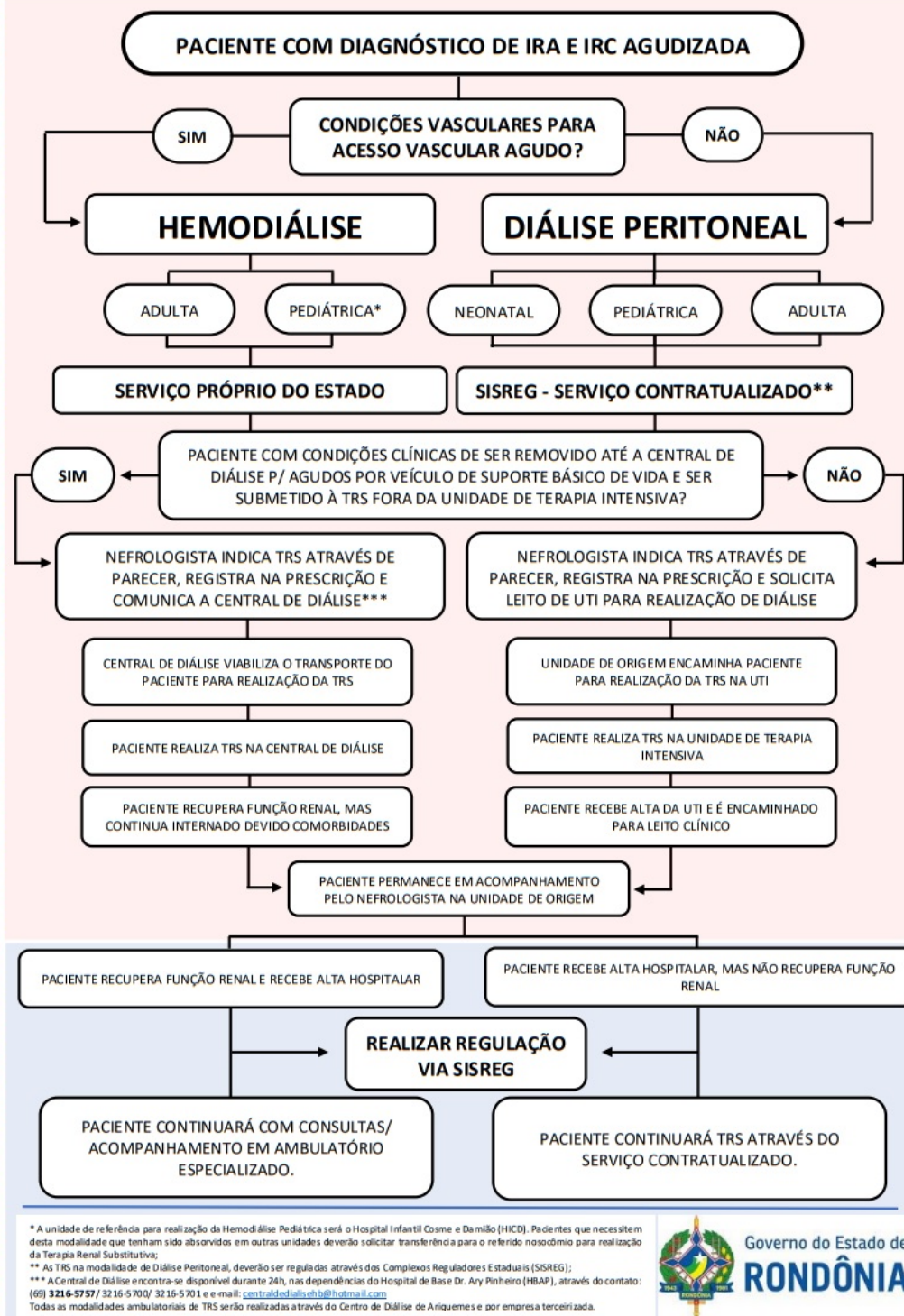
- O fornecimento do CATETER DE TENCKOFF, bem como, suas conexões extensões e vedações, para execução da TRS na modalidade de Diálise Peritoneal é de responsabilidade da CREDENCIADA.
- O volume de pacientes inseridos em programa de Diálise Peritoneal deverá no mínimo atender ao preconizado pelo Ministério da saúde através das portarias vigentes.
- Os pacientes que receberem alta hospitalar e que apresentarem avaliação da nefrologia de RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL, serão regulados via SISREG, para realização de consultas/acompanhamento em ambulatório especializado estadual, não havendo assim necessidade de tomada dos serviços da credenciada, conforme fluxo de atendimento aos pacientes doentes renais do Estado de Rondônia anexo ao processo.
- Os pacientes renais agudos que evoluírem para condição crônica da doença renal que no momento da alta hospitalar apresentarem avaliação da nefrologia indicando a CONTINUIDADE de TRS, deverão ser regulados pelos complexos reguladores da Central de Regulação SESA/RO, através do SISREG para a CREDENCIADA detentora do lote correspondente à localização da residência do paciente ou a mais próxima, que dará continuidade ao tratamento dialítico.
- Os pacientes DRCs, ao receberem alta hospitalar voltarão a ser atendidos na unidade de atendimento ao paciente crônico de origem.
- Os exames laboratoriais necessários aos pacientes serão de responsabilidade da CREDENCIANTE através de laboratórios próprios e/ou conveniado

**FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO**

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE - TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA -

INTRA HOSPITALAR

AMBULATORIAL



FONTE: Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde e Coordenação Estadual de Nefrologia, 2020.

### FÍSTULA ARTERIOVENOSA E IMPLANTE DE TENCKOFF

#### CONFEÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA:

De acordo com o despacho nº (9307267) o procedimento está a cargo dos Cirurgiões Vasculares, Luiz Eduardo Maiorquin e Luiz Antonio Azevedo de Accioly, com programação cirúrgica para as terças-feiras no período matutino no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro.

#### IMPLANTE DE TENCKOFF:

##### Macrorregião1:

De acordo com o despacho nº 9140555, o procedimento está a cargo do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro.

##### Macrorregião2:

De acordo com o memorando nº (9659755) o procedimento está a cargo do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Cacoal - HRC. Destarte, estes serviços serão realizados através do serviço próprio do Estado de Rondônia, não havendo assim necessidade de tomada dos serviços da

credenciada.

#### 4.8 ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

**4.8.1** Não obstante a credenciada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, a Administração reserva-se o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços;

**4.8.2** Acompanhar ou avaliar a qualidade dos serviços realizados;

**4.8.3** O Fiscal do Contrato juntamente com a Comissão anotar em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução dos serviços contratados, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados;

**4.8.4** As decisões e providências, que ultrapassem a competência do Fiscal do Contrato, deverá ser solicitadas à Diretoria Administrativa da Secretaria, em tempo hábil, para a adoção das medidas convenientes;

**4.8.5** A credenciante nomeará uma Comissão de no mínimo 3 (três) servidores efetivos que fiscalizarão a execução do serviço contratado e verificarão o cumprimento das especificações solicitadas, no todo ou em parte, no sentido de corresponderem ao desejado ou especificado;

**4.8.6** A fiscalização pela credenciante, não desobriga a credenciada de sua responsabilidade quanto à perfeita execução do objeto deste instrumento;

**4.8.7** A ausência de comunicação por parte da credenciante referente a irregularidades ou falhas, não exime a credenciada das responsabilidades determinadas no Contrato;

**4.8.8** A credenciante realizará avaliação da qualidade do atendimento, dos resultados concretos dos esforços sugeridos pela credenciada e dos benefícios decorrentes da política de preços por ela praticada;

**4.8.8.1** A avaliação será considerada pela credenciante para aquilatar a necessidade de solicitar à credenciada que melhore a qualidade dos serviços prestados, para decidir sobre a conveniência de renovar ou, qualquer tempo, rescindir o presente Contrato.

#### 5. PAGAMENTO

O pagamento deverá ser efetuado mediante a apresentação de Nota Fiscal emitida em 02 (duas) vias pela credenciada, referente os serviços executados, juntamente com a produção constando o número total de procedimentos realizados no mês referente ao período requerido contendo documentos probantes (relação de pacientes atendidos, com endereço, documentos pessoais, telefone), devidamente atestada pela Administração conforme disposto no Inciso I, alíneas "a" e "b" do art. 73 da Lei nº 8.666 de 1993, por fiscal(s) ou Comissão de Recebimento de Serviços da Unidade Hospitalar onde os serviços foram realizados.

A Nota Fiscal deverá ser obrigatoriamente acompanhada das seguintes comprovações:

I - do pagamento da remuneração e das contribuições sociais (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Previdência Social), correspondentes ao mês da última nota fiscal ou fatura vencida, compatível com os empregados vinculados à execução contratual, nominalmente identificados, na forma do § 4º do Art. 31 da Lei nº 9.032, de 28 de abril de 1995, quando se tratar de mão-de-obra diretamente envolvida na execução dos serviços na contratação de serviços continuados;

II - da regularidade fiscal, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei 8.666/93;

III - do cumprimento das obrigações trabalhistas, correspondentes à última nota fiscal ou fatura que tenha sido paga pela Administração.

O descumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejará o pagamento em juízo dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

O prazo para pagamento da Nota Fiscal, devidamente atestada pela Administração, será de 30 (trinta) dias corridos, contados da data de sua apresentação.

Não será efetuado qualquer pagamento à (s) empresa (s) credenciada(s) enquanto houver pendência de liquidação da obrigação financeira em virtude de penalidade a inadimplência contratual, salvo parcela incontroversa.

Quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento provocados exclusivamente pela Administração, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

$$365$$

$$EM = I \times N \times VP, \text{ onde:}$$

$$I = \text{Índice de atualização financeira;}$$

$$TX = \text{Percentual da taxa de juros de mora anual;}$$

$$EM = \text{Encargos moratórios;}$$

$$N = \text{Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;}$$

$$VP = \text{Valor da parcela em atraso.}$$

Ocorrendo erro no documento da cobrança, este será devolvido e o pagamento será suspenso para que a credenciada tome as medidas necessárias, passando o prazo para o pagamento a ser contado a partir de data da reapresentação do mesmo.

Caso se constate erro ou irregularidade na Nota Fiscal, a ADMINISTRAÇÃO, a seu critério, poderá devolvê-la, para as devidas correções, ou aceitá-las, com a glosa da parte que considerar indevida.

Na hipótese de devolução, a Nota Fiscal será considerada como não apresentada, para fins de atendimento das condições contratuais.

A administração não pagará, sem que tenha autorização prévia e formalmente, nenhum compromisso que lhe venha a ser cobrado diretamente por terceiros, seja ou não instituições financeiras, à exceção de determinações judiciais, devidamente protocoladas no órgão.

Os eventuais encargos financeiro, processuais e outros, decorrentes da inobservância, pela licitante, de prazo de pagamento, serão de sua exclusiva responsabilidade.

A ADMINISTRAÇÃO efetuará retenção, na fonte, dos tributos e contribuições sobre todos os pagamentos à CREDENCIADA.

É condição para o pagamento do valor constante de cada Nota Fiscal/Fatura, a apresentação de Prova de Regularidade com o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)**, com o **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**, e **Certidão Negativa da Receita Estadual – SEFIN**, **Certidão Negativa Municipal** e **Certidão Negativa Federal**, **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT**, podendo ser verificadas nos sítios eletrônicos.

#### 5.1 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE PRODUÇÃO E PAGAMENTO

a) A credenciada deverá apresentar mensalmente até o (3º dia útil) a produção hospitalar ao estabelecimento de saúde, para fins de processamento e apresentar a produção ambulatorial e hospitalar mensalmente até o (5º dia útil) para a equipe de controle e avaliação, conforme calendário estabelecido pela CRECSS, a qual será submetida a análise sendo necessário tempo hábil para processamento das informações nos sistemas de informações do Ministério da Saúde;

b) Apresentar ofício com identificação da empresa prestadora de serviço, contendo quantidade e valor dos procedimentos, devidamente assinado pelo representante legal da empresa, ressalta-se a necessidade que todas as folhas devem constar a assinatura do responsável, juntamente com o arquivo magnético.

c) Apresentar a documentação necessária para comprovação da execução dos serviços, devidamente assinada pelo responsável representante legal da empresa, de acordo com o Anexo I.

d) A produção física apresentada pela credenciada deverá ser entregue na Coordenadoria de Regulação e Controle dos Serviços de Saúde - CRECSS, para fins de avaliação e análise conforme o Termo de Referência e Legislação pertinente e os critérios estabelecidos no Manual Técnico Operacional dos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde, Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie;

e) Apresentar os documentos de comprovação de toda a produção informada no arquivo magnético para fins de avaliação e análise conforme o Termo de Referência e Legislação pertinente, assim como critérios estabelecidos nos Manuais Técnico Operacional do SIA/SUS e SIH/SUS do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalar, Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie;

f) Apresentar Autorização de Procedimento Ambulatorial – APAC, APAC Magnética e evolução dos procedimentos devidamente preenchida com letra legível, assinada e carimbada pelo médico responsável, assinatura do paciente ou responsável legal na ficha de frequência das sessões de hemodiálise.

g) Listagem nominal (planilha) enumerada contendo: nome do paciente, Número da APAC, código do procedimento, cartão do sus, Telefone, quantidade de procedimento realizado, devidamente assinada pelo representante legal da empresa, para o e-mail da coordenação: controleavaliacao.crecss@sesau.ro.gov.br.

h) Listagem nominal (planilha) enumerada contendo: nome do paciente, código, valor e quantidade do procedimento, data de internação, data da alta, sendo a relação entregue devidamente assinada pelo representante legal da empresa e do estabelecimento de saúde onde o serviço fora prestado, para o e-mail da coordenação: controleavaliacao.crecss@sesau.ro.gov.br.

i) A Unidade contemplada deverá realizar a informação dos exames realizados em regime hospitalar através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) conforme prazos estipulados no Manual Técnico Operacional do Hospitalar do SIH. Para fins de controle a CRECSS terá até 03 competências após a realização do procedimento para averiguar a conformidade entre o informado pela prestadora de serviço e a unidade hospitalar. Havendo divergências a Comissão de Fiscalização de Contratos deverá proceder com informações complementares que se fizerem pertinentes;

j) A produção com as informações para fins de processamento no Sistema Informação Ambulatorial - SIA e/ou Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial - CIHA, deverá ser encaminhada a CRECSS através de mídia digital até o 5º dia útil de cada mês. Os procedimentos realizados em regime ambulatorial e hospitalar deverão ser informados no instrumento de registro adequado conforme tabela Sigtap SUS;

k) Em relação ao arquivo magnético apresentado (registro eletrônico dos serviços executados) será submetido a verificação junto ao sistema de informação para levantamento de possíveis críticas. Cabe esclarecer que, entende-se por críticas os relatórios de confirmação do cruzamento dos dados referentes às diversas tabelas utilizadas pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) para o processamento da informação, visando à identificação de inconsistências e fazendo a revisão da informação, antes do encaminhamento dos dados ao Ministério da Saúde (MS).

l) Após processamento das informações o CRECSS viabiliza os relatórios (Ministério da Saúde) a unidade executante para conclusão do relatório do controle e avaliação;

m) Fica terminantemente proibido a cobrança de quaisquer procedimentos, exames ou avaliações, aos usuários do Sistema Único de Saúde;

n) A emissão dos Relatórios de Controle e Avaliação deverá ser realizada por profissional designado e devidamente capacitado pela CRECSS.

o) No caso de inconformidades detectadas na produção, a credenciada terá um prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento do relatório de produção, para apresentar suas justificativas e/ou impugnações das eventuais não conformidades, com as devidas documentações comprobatórias ao recurso impetrado. Salientando a necessidade de apresentação de documentação complementar, que esclareça o fato/procedimento que foi considerado objeto de glosa;

p) Nos casos onde a produção mensal apresentada estiver acima do teto, o prestador deverá encaminhar um ofício ao Gestor da Pasta, comunicando que ultrapassou o teto físico - financeiro solicitando autorização para apresentar a produção extra com a devida justificativa, com o objetivo de receber o pagamento do extra teto;

q) Os serviços credenciados deverão estar submetidos à política de Regulação do seu gestor;

r) A credenciada deverá se atentar quanto a necessidade de manutenção do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), tendo em vista a possibilidade de rejeição total da produção no caso de falta de atualização do referido cadastro.

s) A Avaliação do Controle de Qualidade poderá ser realizada em ação conjunta da Vigilância Sanitária e a CRECSS/SES AU.

t) Fica a critério desta Secretaria que realizará o Controle e Avaliação do Serviço, em caso de necessidade, a fim de esclarecer possíveis inconformidades solicitar novos instrumentos e/ou documentos para análise, bem como implementar e/ou modificar o processo de Controle e Avaliação com base nas Portarias ministeriais e normativas internas.

## 5.2 Apresentação de justificativas/Recurso de Glosa:

a) A credenciada terá um prazo de 05 (cinco) dias úteis (Lei Nº 8.666 de 21 de Junho de 1993), a contar do recebimento da notificação, para apresentar suas justificativas e/ou impugnações das eventuais não conformidades, com as devidas documentações comprobatórias, visto que deverá comprovar a execução do serviço considerado objeto de glosa, ou seja apresentação de fatos novos.

b) A empresa deverá se comprometer a indicar no prazo de 5 (cinco) dias úteis endereço válido de e-mail para receber notificações da CREDENCIANTE, sendo de inteira responsabilidade da CREDENCIADA acompanhar as comunicações ali constantes. Em caso de omissão na indicação, considerar-se-á para esse fim o e-mail cadastrado no SEI em nome da CREDENCIADA.

c) Caso a CREDENCIADA não dê recebido das notificações, considerar-se-á a CREDENCIADA automaticamente notificada após o transcurso de cinco dias corridos a contar do envio da notificação.

## 5.3 Orientações necessárias para cobrança de procedimentos de TRS

### 5.3.1 Orientações contidas no Ofício do Ministério da Saúde nº 181 CGMAC/DAE/SAS/MS 2013

a) Consulta com nefrologista: Código: 03.01.01.0072:

"Conforme RDC 154/2006, todos os pacientes devem ser submetidos a consulta ambulatorial pelo nefrologista responsável pelo tratamento dialítico, mediante realização de, no mínimo, um exame clínico mensal, registrado no prontuário médico, com identificação do profissional responsável (nome e número do registro no Conselho Regional de Medicina), com ênfase na avaliação cardiológica e nutricional, sendo encaminhado ao especialistas quando

indicado". Assim não se aplica consulta por sessão de hemodiálise. De acordo com a RDC nº 154 no seu item 5.2 relata que todo o serviço de diálise deve manter um prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento dialítico, sua evolução e intercorrências."

b) Consulta médica e enfermagem Código 03.01.01.004-8 / Consulta especializada - médico Código 03.01.01.007-52:

"Os atendimentos médico e de enfermagem estão cobertos pela sessão de hemodiálise, conforme RDC nº 154/2006 item 6.3"O programa de hemodiálise deve integrar no mínimo em cada turno os seguintes profissionais: 1 médico para cada 35 pacientes, 01 enfermeiro para 35 pacientes, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem para 4 pacientes por turno de hemodiálise. no item 6.3.1"todos os membros da equipe devem permanecer no ambulante de realização da diálise durante o período de duração do turno.". Assim, como o acompanhamento e monitoramento do paciente durante a sessão de hemodiálise na clínica deve ser realizada por esses profissionais o valor da sessão de hemodiálise contempla esses atendimentos. Vale ressaltar que este tipo de atendimento não caracteriza em consulta e sim realização de procedimento."

c) Acompanhamento de pacientes em DP - Código: 03.05.01.016-6:

Não cabe cobrança do código em questão se o paciente não deslocou-se até a clínica e o enfermeiro não foi até a residência do cliente. Cabe a equipe do serviço averiguar o motivo da ausência do paciente a consulta e até mesmo marcar a consulta na residência do paciente, caso ele não possa comparecer ao serviço de diálise.

### 5.3.2 Orientações contidas no Ofício do MS 203/2016-CGMAC/DAET/SAS/MS 03 maio de 2016

O ofício supracitado define a composição da sessão de hemodiálise, orientando que a mesma contempla: "O valor da sessão de hemodiálise contempla custos com recursos humanos envolvidos na sessão, fornecimento do aporte nutricional, insumos, infra-estrutura (Água, luz, aluguel de imóvel, serviços terceirizados, maca, poltrona, cadeira de rodas, entre outros), equipamentos (máquina de hemodiálise e sistema de tratamento de água) e medicamentos usados durante a sessão (heparina, antibiótico, analgésicos/antitérmicos, sulfato de protamina, entre outros).

a) Consulta médica especializada - Código: 03.011.014.007-2:

Diante das considerações da portaria GM/MS nº 389 de 13 de março de 2014, observa-se que na sessão de hemodiálise estão inclusos os atendimentos do médico nefrologista, enfermeiro e técnico em enfermagem. Vale ressaltar que este tipo de atendimento não caracteriza consulta e sim a realização de procedimentos. Para acompanhamento clínico do paciente, deve-se marcar a consulta propriamente dita com médico. Havendo o atendimento, o mesmo deve ser registrado no prontuário do paciente e no boletim de procedimento ambulatorial - BPA e, desta forma poderá ser cobrado. Sendo assim, a consultas médica em atenção especializada, de código 03.01.01.007-2.

b) Consulta profissional de nível superior - Código 03.01.01.004-8:

Conforme dispõe a portaria do GM/MS nº 389/2014, quanto aos profissionais que são responsáveis pelo acompanhamento do paciente durante a sessão, segue; " Para acompanhamento clínico do paciente por profissionais de saúde de nível superior não médicos, deve-se marcar consulta propriamente dita com estes profissionais. Havendo o atendimento, o profissional deve registrar o atendimento no prontuário e no boletim de procedimento ambulatorial - BPA. Com isso, poderá ser lançado no sistema de informação denominado "Consulta de profissional de nível superior (Exceto médico) - Código 03.01.01.0054-8.

c) Curativo Grau II - código: 04.01.01.001-5:

"Tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (Grau II), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. necessitando de cuidados mais complexos."

Para fins de pagamento, deverá ser considerado a descrição do procedimento conforme a Tabela SIGTAP. Não cabe a cobrança do código em questão se o mesmo for apresentado com outra descrição.

### 5.3.3 Orientações do ministério da Saúde via e-mail (3438472/3438658/3833898)

a) Atendimentos urgência e emergência c/ observação até 24 horas em Atenção Especializada - Código: 03.01.06.002-9:

"Este procedimento, como a própria descrição, está previsto para UPAS e quando o paciente fica em observação por mais de 24 h. De acordo com a portaria GM/MS 1675/2018, art. 67, inciso VIII – os estabelecimentos habilitados deverão prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências durante o processo de diálise, garantindo sua estabilização. Considera-se que este atendimento já tem seu valor previsto no valor do procedimento de Hemodiálise".

b) Administração de medicamentos na Atenção Especializada - Código: 03.01.10.001-2:

Para fins de pagamento, deverá ser contabilizado apenas um (01) procedimento "administração de medicamento", independente da quantidade, via e número de medicações administradas, no mesmo paciente durante a sessão de hemodiálise. Embora a Portaria 389/2014 e as Diretrizes Clínicas não tragam um parâmetro para a realização deste procedimento, esta ação deve ser avaliada/analisaada com critérios, pois há situações clínicas que acometem o paciente com DRC que requerem administração de medicamentos.

## 6. DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA

| DESCRIÇÃO DA DESPESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contratação de empresa(s) especializada(s) na empresa(s) especializada na prestação de serviço de <b>Terapia Renal Substitutiva – TRS</b> em usuário adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades do Estado de Rondônia, por um período de 12 meses, com a <b>utilização de Materiais de OPM - SUS.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Resposta ao:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Memorando 257 (0017385561).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Indicação do Projeto/Atividade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10.122.2034.4009- Assegurar o atendimento em saúde nas unidades hospitalares.<br>10.302.2034.4004 - Assegurar Atendimento em Saúde por Meio de Convênios e Contratos com a Rede Privada                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Indicação da Fonte de Recursos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0100 - Recursos Ordinários<br>0110 - Recursos para Apoio das Ações e Serviços de Saúde<br>0209 - Recursos do Sistema Único de Saúde<br>0261 - Transferências da União, Art. 5º, Inciso II da LC Federal nº 173/2020<br>0300 - Recursos Ordinários<br>0310 - Recursos para Apoio das Ações e Serviços de Saúde<br>0609 - Combate à Calamidade Pública - Coronavírus<br>0661 - Ações de Prevenção, Contenção, Combate e Mitigação à Pandemia do Coronavírus (Inciso II, LC nº 173) |
| Natureza da Despesa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 33.90.30 - Material de Consumo<br>33.90.39 - Contratação de Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Informação nº 187/2021/SESAU-NPPS(0017397144)

## 7. ESTIMATIVA DE DESPESA

No que tange o valor a ser estimado para o referido credenciamento, foi considerado os valores de procedimentos indicados na tabela SUS (SIGTAP), conforme tabela estratificada de procedimentos item 2.5 deste termo.

Segue estimativa para a Contratação em referência:

| LOTE 1                                  | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR ANUAL (R\$) |
|-----------------------------------------|--------------------|-------------------|
| MACRORREGIÃO 1 (ADULTO)                 | 13.146,70          | 157.760,40        |
| MACRORREGIÃO 1 (PEDIÁTRICO E NEO-NATAL) | 5.284,00           | 63.408,00         |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>18.430,70</b>   | <b>221.168,40</b> |

| LOTE 2                  | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR ANUAL (R\$) |
|-------------------------|--------------------|-------------------|
| MACRORREGIÃO 2 (ADULTO) | 9.390,50           | 112.686,00        |

| LOTE 3                                                            | VALOR MENSAL (R\$)  | VALOR ANUAL (R\$)    |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                            | 52.232,10           | 626.380,20           |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          | 2.744.452,10        | 32.923.226,74        |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               | 44.559,68           | 523.405,87           |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA | 118.172,00          | 1.392.575,89         |
| <b>TOTAL</b>                                                      | <b>2.959.415,88</b> | <b>35.465.588,70</b> |

| LOTE 4                                                            | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR ANUAL (R\$) |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                            | 18.341,72          | 220.098,75        |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          | 5.724,18           | 68.513,52         |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               | 2.620,58           | 29.736,67         |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA | 47.682,65          | 567.036,90        |
| <b>TOTAL</b>                                                      | <b>74.369,13</b>   | <b>885.385,84</b> |

| LOTE 5                                                            | VALOR MENSAL (R\$)  | VALOR ANUAL (R\$)    |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                            | 27.551,87           | 330.216,18           |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          | 1.434.833,90        | 17.208.707,40        |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               | 24.337,56           | 285.708,81           |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA | 66.876,25           | 784.968,50           |
| <b>TOTAL</b>                                                      | <b>1.553.599,58</b> | <b>18.609.600,89</b> |

| LOTE 6                                                            | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR ANUAL (R\$)   |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                            | 11.253,07          | 134.628,69          |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          | 569.563,01         | 6.829.576,68        |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               | 10.884,21          | 124.373,75          |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA | 33.385,40          | 379.228,28          |
| <b>TOTAL</b>                                                      | <b>625.085,69</b>  | <b>7.467.807,40</b> |

| LOTE 7                                                            | VALOR MENSAL (R\$)  | VALOR ANUAL (R\$)    |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                            | 18.577,89           | 222.497,79           |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          | 951.404,67          | 11.407.849,57        |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               | 18.931,65           | 210.607,77           |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA | 50.397,26           | 564.327,13           |
| <b>TOTAL</b>                                                      | <b>1.039.311,47</b> | <b>12.405.282,26</b> |

| LOTE 8                                                            | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR ANUAL (R\$)   |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                            | 13.201,76          | 158.014,86          |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          | 673.997,12         | 8.080.166,58        |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               | 12.779,07          | 146.164,64          |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA | 38.778,42          | 441.673,51          |
| <b>TOTAL</b>                                                      | <b>738.756,37</b>  | <b>8.826.019,59</b> |

| LOTE 9                                                            | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR ANUAL (R\$)   |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS                            | 4.608,42           | 55.028,52           |
| TRATAMENTO EM NEFROLOGIA                                          | 218.136,80         | 2.611.065,53        |
| CIRURGIA NEFROLOGIA                                               | 6.978,68           | 80.023,20           |
| ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS A NEFROLOGIA | 21.739,04          | 249.795,44          |
| <b>TOTAL</b>                                                      | <b>251.462,94</b>  | <b>2.995.912,69</b> |

⇒ **Estimativa Total Mensal: R\$ 7.269.822,26** (sete milhões, duzentos e sessenta e nove mil oitocentos e vinte e dois reais e vinte e seis centavos)

⇒ **Estimativa Total Anual: R\$ 86.989.451,77** (oitenta e seis milhões, novecentos e oitenta e nove mil quatrocentos e cinquenta e um reais e setenta e sete centavos)

#### 7.1. DO PREÇO

Os parâmetros usados para fixar o preço dos serviços serão os previstos na Tabela SUS editada pelo Ministério da Saúde, conforme anexos I e II deste Termo de Referência. O valor estimado para os contratos provenientes deste Termo de Referência, não implicará nenhuma previsão de crédito em favor da

CREDENCIADA que somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente encaminhados, autorizados pela Secretaria Estadual de Saúde e efetivamente prestados pelo Prestador.

## 8. DAS SANÇÕES

**8.1.** A participante do presente credenciamento que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o contrato, deixar de entregar documentação exigida no edital, apresentar documentação falsa, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo, fizer declaração falsa ou cometer fraude fiscal, garantido o direito à ampla defesa, ficará impedida de licitar e de contratar com o Estado e com a União e será descredenciada do SICAF e da SUPEL pelo prazo de até cinco anos ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a sanção, ficando ainda sujeita sem prejuízo da aplicação das sanções previstas na legislação vigente à:

- a) Advertência, por escrito, sempre que forem constatadas falhas na execução dos serviços;
- b) Multa, conforme descrito na tabela 01, até o 30º (trigésimo) dia de atraso no cumprimento das obrigações;
- c) Multa de 10 % (dez por cento) do valor total contratado, a partir do 31º (trigésimo primeiro dia) de atraso, o que ensejará a rescisão contratual;
- d) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (anos) anos, de acordo com fulcro no Art. 87, IV, da Lei Federal nº 8.666/93;
- e) Declaração de Inidoneidade para licitar ou contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, com fulcro no Art. 87, IV, da Lei Federal nº 8.666/93, quando a credenciada deixar de cumprir as obrigações assumidas, praticando falta grave, dolosa ou revestida de má-fé.

**88.2.** Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, com percentuais de multa conforme a tabela a seguir (tabela 1):

| ITEM                                      | DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO                                                                                                                                                            | GRAU | MULTA*       |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|
| 1.                                        | Permitir situação que crie a possibilidade ou cause dano físico, lesão corporal ou consequências letais; por ocorrência.                                                         | 06   | 4,0% por dia |
| 2.                                        | Usar indevidamente informações sigilosas a que teve acesso; por ocorrência.                                                                                                      | 06   | 4,0% por dia |
| 3.                                        | Suspender ou interromper, salvo por motivo de força maior ou caso fortuito, a prestação dos serviços contratuais;                                                                | 05   | 3,2% por dia |
| 4.                                        | Recusar-se a executar serviço determinado pela FISCALIZAÇÃO, sem motivo justificado; por ocorrência;                                                                             | 04   | 1,6% por dia |
| 5.                                        | Executar serviço incompleto, paliativo substitutivo como por caráter permanente, ou deixar de providenciar recomposição complementar; por ocorrência.                            | 02   | 0,4% por dia |
| 6.                                        | Fornecer informação pérfida de serviço; por ocorrência.                                                                                                                          | 02   | 0,4% por dia |
| 7.                                        | Permitir a presença de funcionário sem uniforme e/ou com uniforme manchado, sujo, mal apresentado e/ou sem crachá registrado por ocorrência(s);                                  | 01   | 0,2% por dia |
| <b>Para os itens a seguir, deixar de:</b> |                                                                                                                                                                                  |      |              |
| 8.                                        | Cumprir prazo previamente estabelecido com a FISCALIZAÇÃO para execução de serviços; por unidade de tempo definida para determinar o atraso.                                     | 03   | 0,8% por dia |
| 9.                                        | Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus anexos, mesmo que não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pela FISCALIZAÇÃO; por ocorrência. | 03   | 0,8% por dia |
| 10.                                       | Refazer serviço não aceito pela FISCALIZAÇÃO, nos prazos estabelecidos no contrato ou determinado pela FISCALIZAÇÃO; por unidade de tempo definida para determinar o atraso.     | 03   | 0,8% por dia |
| 11.                                       | Cumprir determinação formal ou instrução complementar da FISCALIZAÇÃO, por ocorrência;                                                                                           | 03   | 0,8% por dia |
| 12.                                       | Iniciar execução de serviço nos prazos estabelecidos pela FISCALIZAÇÃO, observados os limites mínimos estabelecidos por este Contrato; por serviço, por ocorrência.              | 02   | 0,4% por dia |
| 13.                                       | Ressarcir o órgão por eventuais danos causados por seus funcionários, em Veículos, equipamentos etc.                                                                             | 02   | 0,4% por dia |
| 14.                                       | Manter a documentação de habilitação atualizada; por item, por ocorrência.                                                                                                       | 01   | 0,2% por dia |

*\* Incidente sobre o valor da parte inadimplida do contrato.*

**8.3.** As sanções aqui previstas poderão ser aplicadas concomitantemente, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

**8.4.** Após 30 (trinta) dias da falta de execução do objeto, será considerada inexecução total do contrato, o que ensejará a rescisão do mesmo.

**8.5.** As sanções de natureza pecuniária serão diretamente descontadas de créditos que eventualmente detenha a CREDENCIADA ou efetuada a sua cobrança na forma prevista em lei.

**8.6.** As sanções previstas não poderão ser relevadas, salvo ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou casos fortuitos, devidos e formalmente justificados e comprovados, e sempre a critério da autoridade competente.

**8.7.** A sanção será obrigatoriamente registrada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, bem como em sistemas Estaduais e, no caso de suspensão de licitar, a empresa/entidade/pessoa física será descredenciada por até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas neste Edital e das demais cominações legais.

## 9. OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA E DA CREDENCIANTE

### 9.1. DA CREDENCIANTE:

**9.1.1** Facilitar por todos seus meios o exercício das funções da credenciada, promovendo o bom entendimento entre seus funcionários e os da credenciada e cumprindo suas obrigações estabelecidas neste contrato.

**9.1.2** Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela credenciada, bem como aos seus funcionários, que eventualmente venham a ser solicitados, e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham a executar.

**9.1.3** Notificar a credenciada de qualquer irregularidade encontrada no fornecimento dos serviços dando prazo para regularização e quando não atendido encaminhar a Diretoria de Controle, Regulação Avaliação e Auditoria/ Gerência de Controle o Relatório de Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados demonstrando as irregularidades.

**9.1.4** A credenciante se reserva ao direito de Inspeccionar os materiais e insumos necessários à prestação dos serviços, incluído nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização dos procedimentos; materiais de expediente necessários à prestação dos serviços; instrumentais; insumos e utensílios para higienização (saneantes domissanitários) do ambiente; Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's); Equipamentos de tecnologia, informação e comunicação; equipamentos e ferramentas de tecnologia, informação e comunicação, empregados nos serviços (Não estando a CREDENCIADA condicionada à realização desta inspeção para cumprimento dos serviços contratados).

**9.1.5** Fiscalizar a disponibilização dos equipamentos apresentados pela credenciada.

**9.1.6** Solicitar à credenciada a substituição de quaisquer equipamentos, instrumentais, materiais e insumos considerados ineficientes ou obsoletos ou que causem prejuízos aos serviços executados, assim que for comprovada sua insatisfatoriedade.

**9.1.7** Exercer a gestão do contrato, de forma a assegurar o estabelecido nas especificações técnicas, com controle das medições e atestados de avaliação dos serviços.

**9.1.8** Exercer a fiscalização dos serviços na forma prevista na Lei Federal N° 8.666/93 e em desacordo com o contrato cabe a Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde tomar medidas necessárias a comunicação a credenciada para a promoção da recuperação, correção, substituição ou a entrega imediata do objeto contratado, com a fixação de prazos, na tentativa de se evitar o processo administrativo punitivo.

**9.1.9** Avaliar mensalmente os serviços a serem executados pela credenciada. Esta avaliação deve ser feita pelo Gestor em conjunto com a comissão de fiscalização do Contrato.

**9.1.10** Avaliar o conteúdo programático dos treinamentos oferecidos pela credenciada, por meio da comissão de fiscalização do Contrato.

**9.1.11** Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com o estabelecido neste contrato.

**9.1.12** Aplicar as sanções administrativas previstas nos artigos 86, 87 e 88 da lei 866/93 em caso de descumprimento dos termos contratuais, conforme verificação e avaliação do gestor do contrato.

**9.1.13** Permitir que os pacientes em tratamento e/ou acompanhamento utilizem dos serviços de retaguarda, centro cirúrgico para confecção de acesso para diálise (O médico cirurgião que fará o procedimento nestes casos é da credenciada).

**9.1.14** Permitir que os pacientes em tratamento e/ou acompanhamento utilizem dos serviços de apoio e diagnóstico (RX, Ecografia, Ultrassonografia, Eletrocardiografia, e outros), regulados pela Central de Regulação SESA/RO, através do SISREG solicitados pela credenciada de modo a complementar o serviço de assistência em nefrologia garantindo assim, a integralidade da atenção.

**9.1.15** O atendimento e acompanhamento aos pacientes agudos deverão ser realizados pelos profissionais da credenciante.

## **9.2. DA CREDENCIADA:**

**9.2.1** A credenciada deverá num prazo máximo de 15 (quinze) dias da assinatura do contrato, apresentar relatório especificando todos os equipamentos que possui condizentes com a capacidade técnica e operacional dos serviços referidos no edital.

**9.2.2** Apresentar declaração que se responsabiliza por toda e qualquer despesa que a credenciante venha a sofrer em processo judicial ou administrativo, promovido por terceiros que reclamam da má qualidade dos serviços ora contratados, pelo que fica à ciência do processo.

**9.2.3** Apresentar os seus profissionais devidamente uniformizados, providos dos equipamentos de Proteção Individual - EPI's, obedecendo aos parâmetros da Norma Regulamentadora, encaminhando pessoas portadoras de atestados de boa conduta e demais referências, tendo funções profissionais legalmente registradas em suas carteiras de trabalho.

**9.2.4** Apresentar relação nominal, com respectiva identificação dos seus funcionários, comunicando obrigatoriamente as alterações em seus quadros funcionais.

**9.2.5** Arcar com a responsabilidade civil por todos e quaisquer danos materiais e pessoais causados por seus funcionários, dolosa ou culposamente, assumindo todo ônus resultantes de quaisquer ações, demandas, custos e despesas decorrentes de danos, ocorridos por culpa sua ou de qualquer de seus funcionários e prepostos, obrigando-se, outrossim, por quaisquer responsabilidades decorrentes de ações judiciais movidas por terceiros, que lhe venham a ser exigidas por força da Lei.

**9.2.6** Arcar com todos os custos diretos e indiretos da realização dos serviços.

**9.2.7** Assegurar a confiabilidade dos serviços prestados, por meio de controle de qualidade, apresentando os resultados em conformidade com as normas existentes.

**9.2.8** Assegurar a credenciante e ao paciente o acesso ao prontuário, para fins legais previstos.

**9.2.9** Atender a toda intercorrência, que eventualmente vier a ocorrer durante a realização dos serviços e com encaminhamentos adequados, sem ônus à credenciante ou ao usuário do SUS. Agindo sempre conforme os fluxos de atendimento do SUS.

**9.2.10** Atender aos pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, cumprindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

**9.2.11** Atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra entendida como inadequada para a prestação dos serviços.

**9.2.12** Comunicar ao credenciante a ocorrência de qualquer irregularidade de que tenha conhecimento através de relatório no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

**9.2.13** Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado do Rondônia - SESA/RO, órgão credenciante e regulador dos serviços.

**9.2.14** Dar ciência imediata e por escrito à credenciante referente a qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços.

**9.2.15** Designar por escrito, no ato do recebimento da Autorização de Serviços, preposto(s) que tenha(m) poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução do contrato.

**9.2.16** Deverá de imediato, quando solicitado, apresentar relatórios, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do serviço contratado.

**9.2.17** Emitir relatórios dos procedimentos e serviços realizados ao final de cada mês e Relatório Consolidado de Medição (Faturamento), o qual se constitui em subsídio para a Avaliação dos serviços realizados.

**9.2.18** Esclarecer de imediato aos pacientes seus direitos e demais assuntos referentes aos serviços oferecidos, justificando aos mesmos, por escrito sob forma de relatório, as razões técnicas quando da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento.

**9.2.19** Fornecer todos os materiais e insumos usuais na prestação dos serviços, incluído nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização dos procedimentos; materiais de expediente necessários à prestação dos serviços; instrumentais; insumos e utensílios para higienização (saneantes domissanitários) do ambiente; Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's); Equipamentos de tecnologia, informação e comunicação; equipamentos e ferramentas de tecnologia, informação e comunicação, em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, em perfeitas condições de uso, compatíveis à boa execução dos serviços e com a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, manuais, normas e legislação. Utilizá-los conforme técnicas de recomendação do fabricante, com base científica comprovada para realização dos exames.

**9.2.20** Fornecer sempre que solicitado pela credenciante, os comprovantes de quitação das obrigações trabalhistas e do recolhimento dos encargos sociais de funcionários utilizados na execução da presente licitação.

**9.2.21** Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes.

**9.2.22** Justificar, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos na contratação.

**9.2.23** Manter atualizado e disponível a todos os funcionários, as instruções por escrito de biossegurança (uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e proteção coletiva - EPC), norma de conduta de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental, bem como procedimentos em casos de acidentes, manuseio e transporte de material e amostra biológica.

**9.2.24** Manter cadastro atualizado dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos e os demais documentos pelo prazo legal conforme Resolução CFM nº 1639.

**9.2.25** Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação.

**9.2.26** Não divulgar nem fornecer, sob as penas da Lei, dados e informações referentes ao objeto ora contratado, nem os que lhe forem transmitidos pela credenciante, a menos que expressamente autorizada pela credenciante.

**9.2.27** Não utilizar, nem permitir que utilizem o paciente para fins de experimentação, limitando as práticas terapêuticas a procedimentos consagrados e reconhecidos pelos Conselhos de Classes.

**9.2.28** Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível.

**9.2.29** Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, observar as condições de segurança e prevenção contra acidentes de trabalho de acordo com as normas emanadas do Ministério do Trabalho.

**9.2.30** Respeitar a decisão do paciente no ato do procedimento, ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

**9.2.31** Responsabilizar-se exclusiva e integralmente pelo pessoal utilizado na execução dos serviços incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a credenciante, utilizando profissionais em número suficiente.

**9.2.32** Responsabilizar-se pela indenização de qualquer dano causado aos pacientes decorrente da ação ou omissão voluntária, negligência, imprudência ou imperícia praticados por seus profissionais ou prepostos.

**9.2.33** Responsabilizar-se por quaisquer danos pessoais e/ou materiais ocasionados a seus funcionários durante a execução dos serviços, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação pertinentes ao objeto do serviço em comento.

**9.2.34** Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar aos pacientes encaminhados para realização dos serviços.

**9.2.35** Submeter-se à fiscalização permanente da credenciante, ficando sujeito também ao Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria do SUS.

**9.2.36** Submeter-se ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.

**9.2.37** A credenciada, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, deverá realizar um trabalho no sentido de identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal no Estado, com o intuito, de realizar ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim, através de campanhas, esclarecimentos, entre outros.

**9.2.38** No caso de realização de campanhas pela Secretaria de Estado da Saúde ou por ela autorizada, a credenciada deverá estar entrando em contato com a credenciante para negociar o faturamento dos exames e consultas realizadas nessa.

**9.2.39** A credenciada deverá garantir o acesso do paciente, sempre encaminhado pela Central de Regulação do Estado, e assegurar a qualidade do processo de diálise, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal.

**9.2.40** A credenciada deverá encaminhar para internação, o paciente, nos casos de intercorrências no processo de diálise, inclusive, arcar com custos relacionados a transporte, seja esse básico ou avançado, providenciando assim atendimento de urgência e emergência, bem como o suporte de vida necessário à estabilização do quadro clínico e posterior remoção para Leito de retaguarda, pré-disponibilizados pelo serviço SUS.

**9.2.41** A credenciada deverá realizar o atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade.

**9.2.43** A credenciada deverá garantir todas as modalidades de procedimentos de diálise.

**9.2.44** A credenciada deverá realizar os procedimentos sem cobrança de qualquer valor adicional à boa assistência ao usuário do SUS, ficando a Instituição, por seu diretor, responsável administrativa, civil e penalmente pelos atos de seus profissionais ou prepostos.

**9.2.45** A credenciada deverá assumir a responsabilidade pelo zelo e manutenção permanente da infra-estrutura física disponível, para que se tenha como resultado o bom funcionamento dos equipamentos, o uso adequado dos materiais e a boa qualidade dos serviços prestados.

**9.2.46** A credenciada deverá indenizar a credenciante pelos danos causados no prédio, por culpa ou dolo de seus funcionários, prepostos ou prestadores de serviço, bem como, causado pelo usuário e/ou acompanhante.

**9.2.47** A credenciada deverá em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais, atenderem aos critérios estabelecidos pela Portaria Nº. 1168/GM de 15/06/2004 e Portaria Nº. 432/SAS de 15/06/2006.

**9.2.48** A credenciada será responsável pela manutenção preventiva e corretiva de seus equipamentos, com troca de peças dos equipamentos (quando necessário).

**9.2.49** A credenciada deverá executar, nos termos da legislação pertinente, os trabalhos necessários à consecução do objeto de que trata este Contrato, observando sempre critérios de qualidade técnica, custos e prazos normativos.

**9.2.50** A credenciada deverá organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção à população.

**9.2.51** A credenciada deverá desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, aos pacientes em tratamento.

**9.2.52** A credenciada deverá enviar mensalmente relatório estatístico de atendimento do serviço onde deverão constar os pacientes submetidos à TRS no período, de cada unidade com a descrição dos resultados obtidos e desfechos clínicos, para a credenciante através da Diretoria de Atenção Especializada.

**9.2.53** A credenciada deverá acompanhar os pacientes transplantados mesmo quando o procedimento não for realizado pela mesma, obedecendo ao fluxo da Central de Regulação da SESA/RO e Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO/RO.

**9.2.54** A credenciada no prazo de 90 dias, após o início do tratamento dialítico, o serviço de diálise deverá inscrever o paciente na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência, ficando a cargo do mesmo os exames necessários para a inscrição, conforme a legislação vigente, e a atualização dos dados cadastrais no Cadastro Técnico Único (CTU). O Serviço de diálise deverá encaminhar formalmente o paciente, acompanhado de relatório médico atualizado para a uma equipe transplantadora, bem como fornecer trimestralmente amostras de soro coletado e informar a situação clínica e o status em lista de espera.

**9.2.55** Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, ambulatoriais, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico.

**9.2.56** Nos casos de urgência, a credenciada terá que assegurar o atendimento dos usuários, independentemente se já tiver atingido o limite orçamentário.

**9.2.57** Assumir solução rápida e efetiva de problemas gerados na prestação dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva.

**9.2.58** Não cobrar, em hipótese nenhuma, do usuário do SUS por quaisquer serviços.

**9.2.59** Responder por todas e quaisquer obrigações relativas a direitos de marcas e patentes, ficando esclarecido que o credenciante não aceitará qualquer imputação nesse sentido.

**9.2.60** Utilizar as ferramentas de tecnologia da informação sistema UPLOAD (Sistema de remessa) de uso obrigatório disponibilizado pela credenciante (Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria).

**9.2.61** Fornecer ao paciente ou ao seu responsável, quando solicitado, no ato da saída do estabelecimento, documento (relatório ou declaração) que comprove o atendimento prestado de forma clara e objetiva.

**9.2.62** Prestar esclarecimentos por meio de documento formal sempre que solicitados pela credenciante no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, quando da ocorrência de reclamações para o que se obriga a atender prontamente.

**9.2.63** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

**9.2.64** Comunicar imediatamente, no prazo máximo de vinte e quatro horas (24 h), através de documento formal credenciante, qualquer intercorrência/inconformidade, em qualquer fase dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva, de modo particular daquelas que envolvam direta ou indiretamente a qualidade e segurança do atendimento ao paciente.

**9.2.65** Toda produção executada deverá ser processada nos Sistemas de Informação Ambulatorial ou Hospitalar (SIA/SIH) do Ministério da Saúde

**9.2.66** Os serviços contratados deverão estar submetidos à política de Regulação do seu gestor;

**9.2.67** Obrigação de apresentação de relatórios de atividades sempre que solicitado pelo gestor;

**9.2.68** Será garantido o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

**9.2.69** Em conformidade ao art. 26, §2º da Lei 8080/90, os serviços contratados submeter-se-ão às normas emanadas pelo Sistema Único de Saúde.

**9.2.70** O credenciado deverá entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída do atendimento, documento com o histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento;

**9.2.71** Os serviços contratados deverão garantir aos usuários do SUS: redução das filas e o tempo de espera para atendimento; acesso com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; nome dos profissionais que cuidam de sua saúde e são responsáveis por eles; acesso às informações; presença de acompanhante; bem como os demais direitos dos usuários do SUS.

**9.2.72** A apresentação de documentação formal para a Coordenação de Regulação, Controle dos Serviços do SUS – CRECSS, deverá estar de acordo com o disposto nos Manuais Operacionais do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do Ministério da Saúde, em suas versões mais recentes;

**9.2.73** A autorização dos procedimentos de Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais, conhecido genericamente como APAC deverá acontecer na Região de Saúde conforme o Lote concorrido, assim como a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

### 9.3 Da Equipe Técnica Mínima

**9.3.1** A credenciada deverá dispor de toda a equipe técnica responsável pela realização dos serviços com comprovada capacidade técnica e formação exigida ao serviço desempenhado, conforme legislações vigentes. Com base nos fundamentos elencados abaixo e considerando as orientações legais, ficam estabelecidos os componentes e títulos de especialização a cada caso, conforme :

[PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018](#) . Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

| PORTARIA Nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hemodiálise                                                                                                                                                                                                                                      | Diálise peritoneal                                                                                                                                         |
| Médico Nefrologista : 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;                                                    | 1 (um) médico, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM;            |
| Enfermeiro: 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;                                                   | 1 (um) enfermeiro, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN; |
| Nutricionista                                                                                                                                                                                                                                    | Nutricionista;                                                                                                                                             |
| Psicólogo                                                                                                                                                                                                                                        | Psicólogo;                                                                                                                                                 |
| Assistente social                                                                                                                                                                                                                                | Assistente social; e                                                                                                                                       |
| Técnico de enfermagem.                                                                                                                                                                                                                           | Técnico de enfermagem.                                                                                                                                     |
| PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS CONFORME QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                            |
| 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno;<br>**1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; e**<br>**1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno. " (NR) | 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes; e<br>**1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. " (NR)                         |

\*\*(Decisão do processo: PROCESSO: 1016435-85.2019.4.01.3400 da Seção Judiciária do Distrito Federal 3ª Vara Federal Cível da SJDF: suspender os arts. 82 e 83 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, com a redação dada pela Portaria nº 1.675/18/MS, determinando que seja **assegurada a proporção mínima de 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno, e de 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão**, submetidos ao tratamento da Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.)

### 9.4 Especificação técnica mínima dos equipamentos que a licitante deverá dispor

**9.4.1** No que concerne a efetiva realização dos serviços no Regime Ambulatorial a credenciada deverá dispor de todo o material descartável e insumos diversos relacionado à diálise peritoneal e ao tratamento hemodialítico, e ainda, conforme o *Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise*, em seu item 7.6, e ainda, *no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento de emergência médica*”:

| TRATAMENTO         | EQUIPAMENTOS/ INSUMOS/ MATERIAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HEMODIÁLISE</b> | a) Máquinas de hemodiálise<br>b) Máquinas de hemodiálise para procedimentos contínuos<br>Dispositivo de pré-tratamento da água para hemodiálise, com oferta de água em conformidade com a ANVISA RDC 11/2014<br>Análise e monitoramento da água nas periodicidades previstas RDC/ANVISA/MS – nº. 11/2014<br>c) Unidade portátil de tratamento de água por osmose reversa.<br>d) Dialisadores de membrana biocompatível;<br>e) Linhas arteriais e venosas;<br>f) Isoladores de Pressão;<br>g) Soluções ácidas para hemodiálise;<br>h) Soluções básicas para hemodiálise;<br>i) Solução fisiológica;<br>j) Equipos de soro;<br>h) Heparina;<br>i) Agulhas de fístulas arteriovenosa para hemodiálise<br>j) Seringas descartáveis<br>k) Agulhas descartáveis<br>l) Compressas de gaze |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | m) Luvas descartáveis e de procedimento<br>n) Soluções para assepsia e antiseptia<br>o) Equipamentos de Proteção Individual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>DIÁLISE PERITONEAL</b> | a) Máquinas para diálise peritoneal<br>b) Soluções para diálise peritoneal<br>c) Equipos para diálise peritoneal<br>d) Insumos específicos para a diálise peritoneal<br>Todas as soluções de utilização na terapia<br>e) Cateter de Tenckhoff, com suas extensões conexões e vedações.<br>f) Heparina<br>g) Seringas descartáveis<br>h) Agulhas descartáveis<br>i) Compressas de gaze<br>j) Luvas descartáveis e de procedimento<br>k) Soluções para assepsia e antiseptia<br>l) Equipamentos de Proteção Individual |
| <b>EMERGÊNCIA</b>         | a) eletrocardiógrafo;<br>b) carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador;<br>c) ventilador pulmonar manual (ambú com reservatório);<br>d) medicamentos para atendimento de emergências;<br>e) ponto de oxigênio ou cilindro com carrinho;<br>f) aspirador portátil;<br>g) material completo de intubação;<br>(tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas).                                                                                                 |

## 10. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA FINS DE CREDENCIAMENTO

### 10.1 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA, por intermédio dos seguintes documentos:

- Apresentar comprovante de registro junto ao respectivo Conselho de Classe competente.
- Comprovação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES da sede da empresa.
- Apresentar Declaração de que, caso CREDENCIADO, apresentará o CNES atualizado para o Estado de Rondônia no ato da assinatura do contrato.
- A comprovação do vínculo dos profissionais deverá ser feita mediante apresentação de um contrato de prestação de serviços, regido pela legislação civil comum.
- Alvará Sanitário da sede da empresa, emitido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual.
- Alvará de Localização e Funcionamento da empresa expedido por órgão municipal competente.
- Declaração de situação de regularidade (Modelo anexo II)

#### 10.1.2 Qualificação Técnica dos Profissionais

- Registro dos profissionais nos conselhos de classe competentes;
- Declaração formal de indicação do pessoal técnico adequado e disponíveis para a realização dos serviços, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos;
- Memorial Descritivo contendo a relação dos profissionais responsáveis pela execução dos serviços propostos, não sendo consideradas aquelas que não apresentem todos os profissionais exigidos conforme este Termo de Referência ou diferentes dos solicitados, acompanhado de:
  - Curriculum Vitae dos profissionais que prestarão assistência;
  - Diploma em Graduação em Medicina dos profissionais médicos elencados na planilha do item 9.3 e cadastrados no CNES;
- Estar cadastrado e atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Apresentar comprovação de possuir em seu quadro permanente, os responsáveis técnicos, de nível superior, que demonstrem a experiência com os serviços de características semelhantes e compatíveis com a área proposta;

#### 10.1.3 Dos Equipamentos

- Apresentar Declaração formal de disponibilidade das instalações, dos equipamentos e do Pessoal técnico, conforme exigido no Termo de referência, adequados para a realização dos serviços de que trata a referida despesa.
  - Antes de credenciar as empresas interessadas, será verificado a idoneidade das declarações apresentadas, bem como a realização de vistoria técnica a fim de constatar *in loco* a capacidade técnica das mesmas

## 10.2 DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

**10.2.1 HABILITAÇÃO JURÍDICA**, por intermédio dos seguintes documentos: Registro comercial, no caso de empresa individual; ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, e última alteração contratual (ou consolidação), devidamente registrado, e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores;

#### 10.2.2 QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA, por intermédio dos seguintes documentos:

- Certidão Negativa de Recuperação Judicial – Lei n°. 11.101/05 (recuperação judicial, extrajudicial e falência) emitida pelo órgão competente, expedida nos últimos 90 (noventa) dias caso não conste o prazo de validade.
  - Na hipótese de apresentação de Certidão Positiva de recuperação judicial, o (a) Pregoeiro verificará se a licitante teve seu plano de recuperação judicial homologado pelo juízo, conforme determina o art. 58 da Lei 11.101/2005.
  - Caso a empresa licitante não obteve acolhimento judicial do seu plano de recuperação judicial, a licitante será inabilitada, uma vez que não há demonstração de viabilidade econômica."

#### 10.2.3 REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA, por intermédio dos seguintes documentos:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b) Certidão de Quitação de Tributos Federais e Contribuições Federais, emitida pela Receita Federal;
- c) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, conforme Portaria Conjunta da RFB/PGFN nº. 1.751, de 02/10/2014.
- d) Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Estado (Tributos Estaduais) onde for sediada a empresa. A certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento;
- e) Certidão Negativa de Débito com a Fazenda do Município onde for sediada a empresa. A certidão deve estar em plena validade e, na hipótese da inexistência de prazo de validade a mesma deverá ser emitida com antecedência máxima de 60 (sessenta) dias da data de abertura deste credenciamento;
- f) Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;
- g) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida gratuita e eletronicamente (<http://www.tst.jus.br>), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei nº. 12.440/11.

**10.2.4** No caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, DEVERÃO APRESENTAR TODA A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA, todavia, nos termos do Art. 43 § 1º da Lei Complementar nº. 123/06, havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal e trabalhista, a Comissão de Credenciamento, concederá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento da declaração de classificação da Credenciada, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

**10.2.5** Declaração que a empresa não emprega menor de 18 anos, conforme disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;

**10.2.6** Declaração de que o representante da empresa não é servidor público, nos termos do art. 12 da Constituição Estadual;

**10.2.7** Não serão aceitos protocolos de solicitação de certidões ou licenças em repartições públicas para substituir documentos aqui exigidos.

## 11. DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO

### 11.1. Das Condições de Participação

**11.1.1.** Poderão participar do credenciamento as pessoas jurídicas e/ou entidades sem fins lucrativos de todo o território nacional, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do Poder Público, que preencham as condições de credenciamento, e que tenham interesse em prestar os serviços pelos preços e condições estipulados neste instrumento.

**11.1.2.** Não poderão participar deste credenciamento as empresa que:

- a) Se enquadre em qualquer das hipóteses do art. 9º, da Lei nº 8.666/93.
- b) Estiverem em processo de intervenção judicial ou extrajudicial, falência, insolvência ou liquidação.
- c) Tenha sido punida com suspensão do direito de licitar e/ou contratar com a Administração Pública, ou declarada inidônea para licitar ou contratar com qualquer órgão da Administração Pública, de qualquer Poder ou esfera de governo.
- d) Que estejam cumprindo a sanção prevista no inciso IV do art. 87 da lei n 8.666/93. (aplicável a todas as licitações sob qualquer modalidade, bem como aos procedimentos de dispensa e inexigibilidade de licitação por força do disposto no art. 97), que tenham sido declaradas inidôneas por esta autarquia e/ou estejam cadastradas nos impedidos de licitar no site do tribunal de contas do Estado de Rondônia.
- e) Não preencherem as condições de credenciamento estipuladas no Edital e no Termo de Referência.

**11.1.3.** A participação no certame implica em aceitação de todas as condições estabelecidas no Termo de Referência, no Edital e seus respectivos anexos. Caso contrário, poderá ocorrer imediatamente o descredenciamento da empresa.

**11.1.4.** Não será admitido a participação de interessados distinto através de um único representante, ou que indiquem como responsável técnico ou qualquer outro componente de equipe técnica, profissional comum entre os interessados participantes do chamamento; e ainda, que seja servidor público, assim entendido quem exerça cargo, emprego ou função em entidade paraestatal, consideradas para tal, além das fundações, empresas públicas e sociedade de economia mista, as demais entidades sob controle, direto ou indireto, no âmbito da esfera estadual, qual seja o vínculo, de caráter transitório ou sem remuneração, cargo, função ou emprego público.

### 11.2. Prazos para o Credenciamento

**11.2.1.** Os interessados em realizar a prestação de serviços, de forma complementar, **poderão se credenciar a partir do primeiro dia útil subsequente a data de publicação** do edital de credenciamento, em local e horários indicados no referido instrumento convocatório, até a revogação do credenciamento.

**11.2.2** O credenciamento poderá ser realizado a qualquer tempo, dessa forma, os interessados que encaminharem os envelopes de documentações posteriormente à data marcada para abertura dos envelopes, dentro da vigência deste Chamamento Público, serão recebidos, abertos, analisados, conferidos, verificando as exigências do Edital.

**11.2.3.** Os interessados deverão entregar toda a documentação pertinente num único ato, não sendo permitida a entrega fracionada, exceto nos casos previstos no próprio Edital.

### 11.3 Da Proposta de Credenciamento

**11.3.1** Os interessados em participar do presente credenciamento ao objeto descritos neste Termo de Referência, tendo como forma de remuneração pelos serviços prestados os valores estabelecidos no item 7 deste Termo de Referência, deverão, no prazo estabelecido no subitem 11.2.1, apresentar o requerimento de credenciamento (ANEXO III) juntamente com os demais documentos de habilitação previstos no edital.

### 11.4 Da Análise dos Documentos para o Credenciamento

**11.4.1** A documentação exigida para fins de credenciamento (qualificação técnica) será examinada por uma Comissão Especial da SESA/RO, quanto ao atendimento das condições estabelecidas neste Termo de Referência e o seu respectivo Edital, no prazo máximo de 03 (três) dias, que será nomeada por meio de Portaria pelo Excelentíssimo senhor Secretário de Estado da Saúde, sendo composta por técnicos da ASTEC e CRECSS/SESA/RO.

### 11.5 Visita in Loco

**11.5.1** A Comissão de Credenciamento agendará e realizará visita in loco às participantes, com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços a serem prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da

entidade (art. 2º, VII, Portaria nº 2.567/2016).

**11.5.2** A recusa, por parte da entidade, em receber a Comissão para fins de vistoria, após duas tentativas, será considerada desistência, excluindo a entidade do pleito.

#### **11.6. Da Publicidade do Credenciamento e do Extrato do Contrato**

**11.6.1** A lista de credenciamento será homologada pelo Secretário de Estado da Saúde do Estado de Rondônia – SESA/RO, e publicada no Diário Oficial do Estado, bem como também será publicado o extrato do contrato a ser firmado com o credenciado, conforme dispõe o art. 26 da Lei Federal nº. 8.666/93.

#### **11.7. Da Formalização do Credenciamento**

**11.7.1** A formalização do credenciamento se dará através de contrato administrativo específico cuja minuta estará estabelecida anexa ao Edital.

**11.7.2** Oficialmente convocada pela Administração com vistas à celebração do Termo Contratual, é dado à credenciada o prazo de **05 (cinco) dias**, contado da data da ciência ao chamamento, pela Secretaria de Estado da Saúde, para no local indicado, firmar o instrumento de Contrato munido da documentação devidamente exigida.

**11.7.3** Não serão aceitos protocolos de prorrogação de prazo para apresentação da documentação, bem como não serão aceitos protocolos de entrada de documentação, fatos estes que ocasionarão a desclassificação da empresa credenciada, sem prejuízo das sanções cabíveis.

#### **11.8 Critério de Cadastramento**

**11.8.1** Efetuada a assinatura dos Termos de Credenciamento, com as devidas publicações, a Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia – SESA/RO, no último dia útil do mês, realizará sorteio para definir o ordenamento a ser observado no BANCO DE CREDENCIADOS.

**11.8.2** Deve ser dada preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e somente no caso de persistir a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público poderá recorrer às entidades com fins lucrativos (§2º, art. 3º, Portaria nº 2.567/2016).

**11.8.3** As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos deverão satisfazer para a celebração de instrumento contratual, os requisitos básicos contidos na Lei nº 8.666/93, e no art. 3º da Lei nº 12.101, independentemente das condições técnicas, operacionais e outros requisitos ou exigências fixadas pelos gestores do SUS (§5º, art. 3º, Portaria nº 2.567/2016).

#### **11.9. Do gerenciamento dos serviços a serem prestados pela credenciada**

**11.9.1** Após a homologação da relação de credenciados serão organizados a distribuição dos serviços.

**11.9.2** A distribuição ocorrerá de acordo com a necessidade dos serviços.

**11.9.3** A distribuição dos serviços ocorrerá com os número de credenciados inscritos, e terão vigência de 3 meses.

#### **11.10 Dos Casos de Descrédenciamento**

##### **11.10.1 Pela Credenciante, sem prévio aviso, quando:**

a) A credenciada deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato, Edital e/ou termo de referência.

a.1) Na hipótese de descumprimento das obrigações pelo credenciado, este estará sujeito às sanções previstas nos artigos 87 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

b) A credenciada praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita.

b.1) Fica assegurado ao credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pela Comissão Especial de Credenciamento, que opinará em 05 (cinco) dias úteis e a submeterá ao Gestor da SESA/RO para decisão final.

c) Ficar evidenciada a incapacidade da credenciada de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção.

d) Por razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado da SESA/RO.

e) Em razão de caso fortuito ou força maior.

f) Desinteresse da Administração.

g) E naquilo que couber conforme disposto nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.]

##### **11.10.2 Pelo Credenciado:**

a) O credenciado poderá realizar denúncia do ajuste a qualquer tempo, mediante solicitação escrita à SESA/RO, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

#### **12 VIGÊNCIA CONTRATUAL**

**12.1** O prazo de vigência do contrato decorrente do credenciamento será de **12 (doze) meses**, a partir da última assinatura no contrato

#### **13. DO REAJUSTE DO CONTRATO**

**13.1** Durante o prazo de vigência do Contrato, os valores estipulados dos procedimentos serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

#### **14. DA CESSÃO, DA SUBCONTRATAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DO CONTRATO**

**14.1** Será vedada a cessão, subcontratação ou transferência total ou parcial de quaisquer direitos e/ou obrigações inerentes ao presente Termo de Referência por parte da CREDENCIADA.

#### **15. DA PARTICIPAÇÃO DE EMPRESAS REUNIDAS SOB A FORMA DE CONSÓRCIO**

**15.1.** Fica vedada a participação de empresas reunidas sob a forma de consórcio, tendo em vista o objeto da licitação não é de grande porte, complexo tecnicamente, e tampouco operacionalmente inviável de ser executado por apenas uma empresa, portanto, não é o caso da aplicação do art. 33, da Lei Federal nº 8.666/93.

**15.2.** A ausência de consórcio não trará prejuízos à competitividade do certame, visto que, em regra, a formação de consórcios é admitida quando o objeto a ser licitado envolve questões de alta complexidade ou de relevante vulto, em que empresas, isoladamente, não teriam condições de suprir os requisitos de habilitação do edital.

## **19. CONDIÇÕES GERAIS**

**19.1** Rege-se este instrumento pelas normas e diretrizes estabelecidas na Lei Federal 8.666/93, e pela Portaria nº 2.567/2016, de 25 de novembro de 2016, do Ministério da Saúde.

**19.2** As omissões, dúvidas e casos não previstos neste instrumento serão resolvidos e decididos aplicando as regras contratuais e a Lei 8.666/93 e suas alterações, e/ou subsidiariamente no disposto acima, caso persista a pendência pelos Técnicos desta SESAU/RO.

**19.3** A(O) credenciada(o) compromete-se a aceitar, cumprir e fazer cumprir as determinações legais e demais normas emanadas do Ministério da Saúde, e órgãos e entidades a ele vinculadas e da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia, e a acatar as resoluções que regem o Sistema Único de Saúde – SUS.

**19.4** A(O) credenciada(o) declara ainda, aceitar os termos das Normas Gerais do SUS, inclusive no que tange à sujeição às necessidades e demanda da Secretária de Estado da Saúde de Rondônia – SESAU/RO.

**19.5** Esse Termo de Referência, encontra-se em harmonia com o Decreto nº 21.264 de 20 de setembro de 2016 que dispõe sobre a aplicação do Princípio do Desenvolvimento Estadual Sustentável no âmbito do Estado de Rondônia.

**19.6** O credenciado ficará obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários aos serviços, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato para os seus acréscimos, nos termos do artigo 65, § 1º da Lei Federal nº 8.666/93.

**19.7** Nenhuma reivindicação adicional de pagamento ou reajustamento de preços será considerada.

## **20. ANEXO:**

ANEXO I: Documentação necessária para comprovação da execução dos serviços

ANEXO II: Modelo declaração de situação de regularidade

ANEXO III: Modelo de requerimento de credenciamento

Porto Velho-RO, 08 de setembro de 2021

Elaboração:

**Laura Bany de Araujo Pinto**

Administradora - GECOMP/SESAU

Matrícula: 300.123.855

Revisado por:

**Alan Gomes Franco**

Gerente de Compras -SESAU/RO

Matrícula: 300.166.503

Revisado por:

**Arlâne da Costa Mamede**

Coordenadora CRECSS -SESAU/RO

Revisado por:

**Erica Silva Rodrigues de Souza Jacqson**

Assessora - ASTEC/SESAU

Revisado por:

**Jarbas Galdino Bandeira**

Coordenador CAIS/SESAU

Matrícula: 300094383

Revisado por:

**Ina Ineran Gomes de Carvalho**

Enfermeira Nefro - CAIS/SESAU

Matrícula: 300149520

Revisado por:

**Ana Paula Guedes Brandão**

Coordenadora do serviços de nefrologia - CAIS/SESAU

Matrícula: 300125804

Revisado por:

**Cristela Martins Cereta**

Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro

Matrícula: 300132092

Revisado por:

**Cristiano Almeida Pereira**

Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro

Matrícula: 300131951

Revisado por:

**Andresa Tumelero**

Hospital Infantil Cosme e Damião - HICD

Matrícula: 300093364

Revisado por:

**Sérgio Pereira**

Diretor Geral - HICD

Na Forma do que dispõe o Artigo 7º parágrafo 2º e incisos I, II e III da Lei nº 8.666/93, **aprovo, declaro e dou fé no presente Termo de Referência e Anexos.**

*(Assinado Eletronicamente)*

Secretário de Estado da Saúde de Rondônia

SESAU/RO

## ANEXO I

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA COMPROVAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Quanto a documentação necessária para comprovação da execução dos serviços, listamos abaixo:

- Relação de procedimentos informados em APAC;
- Relação de exames laboratoriais informados em APAC;
- Relação de exames laboratoriais informados em Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) individualizado;
- Relação de procedimentos e exames informados em BPA individualizado;
- Relação nominal dos pacientes internados que realizaram exames laboratoriais, descrição dos exames laboratoriais realizados com respectivo código da Tabela SIGTAP e valor unitário);
- Relação de consultas de pacientes em hemodiálise;
- Relação dos pacientes que permaneceram em observação 24 horas;
- Relação de controle de consulta ambulatorial; Relação de procedimentos peritoneais;
- Relação de pacientes em tratamento dialítico (DP e Hemodiálise);
- Relação dos pacientes com FAV e cateter;
- Relação nominal dos pacientes que realizam DP e instrumento de comprovação dos atendimentos em domicílio;
- Instrumento de comprovação das consultas realizadas por profissionais de nível superior com assinatura do usuário e data de atendimento;
- Instrumento de comprovação de entrega do material para DP pela Baxter aos usuários;
- Controle de Frequência Individual de Tratamento Dialítico; Demonstrativo de APAC Magnético;
- Ficha de Controle de Hemodiálise;
- Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial, juntamente com as cópias dos documentos pessoais do paciente ou responsável, além da cópia do comprovante de residência (APAC inicial);
- Guias de solicitação médica dos exames laboratoriais;
- Fichas de intervenção e prescrição (medicações) preenchida corretamente com letra legível, assinada e carimbada pelo profissional responsável;
- Relação dos procedimentos laboratoriais realizados por paciente;
- Relação Nominal dos pacientes submetidos a exames laboratoriais;
- Mídia digital contendo resultados de exames laboratoriais cobrados em APAC;
- Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPAI;

- Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPAC;
- Relatório de Controle de Remessa do BPA;
- Arquivo magnético do BPA, Arquivo Magnético da APAC e AIH;
- Apresentar a Programação Orçamentária (FPO).

## ANEXO II

**MODELO DECLARAÇÃO  
DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO DE REGULARIDADE**

Nome da empresa

Papel Timbrado

Declaramos, para fins de participação no CREDENCIAMENTO/CHAMAMENTO PÚBLICO nº. XXXX/2021, que:

- Declaramos para os fins de direito, a inexistência de fato impeditivo e que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas. Nos termos do Art. 32, § 2.º da Lei nº. 8.666/93, comprometemo-nos, sob as penas da Lei, levar ao conhecimento da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA, qualquer fato superveniente que venha a impossibilitar a habilitação;
- Declaramos aceitar expressamente todas as condições fixadas nos Documentos de credenciamento, e, eventualmente, em seus Anexos e Suplementos, no que não conflitem com a legislação em vigor;
- Cumprimos com o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não empregamos 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;
- Declaramos, outrossim, que nos submetemos a qualquer decisão que a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA, venha a tomar na escolha da credenciada, obedecidos os critérios estabelecidos no edital, reconhecendo, ainda, que não teremos direito a nenhuma indenização em virtude de anulação ou cancelamento do presente Credenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

(Local), ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
(assinatura do representante legal da Credenciada)

## ANEXO III

**MODELO DE REQUERIMENTO  
REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. \_\_\_\_/2021

Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no Credenciamento, objetivando a prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS.

Nome/Razão Social:.....

Endereço Comercial:.....

CEP:..... Cidade:..... Estado:.....

CPF/CNPJ:.....

Profissionais: .....

Conselho Regional de Classe do Profissional:.....

Identidade (RG) do Profissional:.....

CPF do Profissional:.....

Vínculo do profissional com a Empresa:.....

Do profissional responsável

Nome: .....

Conselho Regional de Classe do Profissional:.....

Identidade (RG) do Profissional:.....

CPF do Profissional:.....

(Local), ...../...../.....

(assinatura do representante legal)

\_\_\_\_\_  
(nome do representante legal)

Documento assinado eletronicamente por **INA INERAN GOMES DE CARVALHO, Enfermeiro(a)**, em 08/09/2021, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jarbas Galdino Bandeira, Coordenador(a)**, em 08/09/2021, às 11:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sergio Pereira, Diretor(a)**, em 08/09/2021, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **ANA PAULA GUEDES BRANDAO, Coordenador(a)**, em 08/09/2021, às 11:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arlâne da Costa Mamede, Coordenador(a)**, em 08/09/2021, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andresa Tumelero, Médico(a)**, em 08/09/2021, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **CRISTIANO ALMEIDA PEREIRA, Diretor(a)**, em 09/09/2021, às 13:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **cristela martins ceretta, Médico(a)**, em 10/09/2021, às 10:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0020484932** e o código CRC **520CBC05**.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

**ANEXO II DO EDITAL**

**MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

I – PARTES  
A **Secretaria de Estado da Saúde – SESA**, inscrita no CNPJ/MF nº 04.287.520/0001-88, com sede na Avenida Farquar, 2.986 – Complexo do Palácio Rio Madeiras (Prédio Rio Machado), Bairro Pedrinhas - Porto Velho/RO, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, **XXX**, portador do CPF/MF nº **XXX**, na forma prescrita no art. 41, IV. da Lei Complementar nº 965 de 20 de dezembro de 2017, daqui por diante denominada **CREDENCIANTE** e

de outro, ....., pessoa jurídica, inscrita no CNPJ/MF sob nº. ...., brasileiro (a) residente na cidade de ....., Estado do ....., à Rua/Av...., nº. ...., CEP....., Fone ..... e-mail....., doravante denominada **CREDENCIADA**.

II – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL  
Este Termo de Credenciamento é celebrado em conformidade com o edital de **CREDENCIAMENTO/CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 068/2021**, instaurado pela **CREDENCIANTE**, homologado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e será regido em conformidade com a Lei Nacional nº. 8.666/93, além das disposições previstas no Edital e seus anexos, integrantes entre si, para todos os efeitos legais.

CLÁUSULA 1.<sup>a</sup> – DO OBJETO  
1.1. Contratação de Credenciados que atuem na Prestação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS em usuários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial e hospitalar, para atender as necessidades dos usuários SUS do Estado de Rondônia, por um período de 12 (doze) meses.  
1.2. Este instrumento contratual guarda inteira conformidade com os termos do respectivo Edital de Credenciamento e seus Anexos, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se em todos os seus termos.  
1.3. Havendo conflito entre este Termo de Credenciamento e o Edital, prevalecerá o último.

CLÁUSULA 2.<sup>a</sup> – DO PREÇO  
2.1. O valor estimado, conforme tabela informada no item 7 do Termo de Referência de Credenciamento/Chamamento Público nº. 068/2021, é de R\$ ....., totalizando a quantia mensal de R\$ .....e anual de R\$ .....

CLÁUSULA 3.<sup>a</sup> – DO PRAZO DE EXECUÇÃO  
3.1. Os serviços decorrentes deste credenciamento deverão ser iniciado em até **30 (trinta) dias**, contados da última assinatura deste Termo.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

CLÁUSULA 4.<sup>a</sup> – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

4.1 O prazo de vigência do contrato decorrente do credenciamento será de **12 (DOZE) meses** a partir da data de sua assinatura.

CLÁUSULA 5.<sup>a</sup> - DO PAGAMENTO

5.1. O pagamento será realizado nos termos do item 5 do termo de referência.

CLÁUSULA 6.<sup>a</sup> – REAJUSTE DE PREÇOS

6.1 O reajuste será realizado nos termos do item 13 do termo de referência.

CLÁUSULA 7.<sup>a</sup> - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE

7.1. As obrigações da Credenciante serão as dispostas no item 9.1 do termo de referência, sem prejuízo de outras que se fizerem necessárias no decorrer da execução dos serviços.

CLÁUSULA 8.<sup>a</sup> - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

8.1. As obrigações da Credenciada serão as dispostas no item 9.2 do termo de referência, sem prejuízo de outras que se fizerem necessárias no decorrer da execução dos serviços.

CLÁUSULA 9.<sup>a</sup> – DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. A fiscalização e o acompanhamento dos serviços prestados em virtude deste credenciamento serão feitos pela Credenciada, nos termos dispostos no item 4.8 do termo de referência.

CLÁUSULA 10.<sup>a</sup> – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

10.1. A não prestação, ou prestação falha dos serviços objeto deste Credenciamento, sujeitará o credenciado às sanções previstas no item 8 do termo de referência, sem prejuízo de outras medidas judiciais e administrativas cabíveis.

CLÁUSULA 11 – DO DESCREDENCIAMENTO

11.1. O descredenciamento poderá ser realizado nas hipóteses previstas nos item 11.10 do termo de referência.

CLÁUSULA 12 – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

12.1 Este instrumento contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº. 8.666/93, na Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde e, ainda, pelos preceitos de direito público, aplicando-se supletivamente, os princípios da teoria geral dos Termo de Credenciamento e as disposições de direito privado.

SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DE LICITAÇÕES - SUPEL  
Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Pacaás Novos, 2º Andar  
Porto Velho, Rondônia.

CLÁUSULA 13 – DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

13.1 A CREDENCIADA deverá manter durante a execução do Termo de Credenciamento, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.

CLÁUSULA 14 – DA PUBLICAÇÃO

14.1 A Credenciante publicará o presente instrumento, por extrato, no Diário Oficial do Estado, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

CLÁUSULA 15 – DOS CASOS OMISSOS

15.1 Este instrumento é firmado em caráter de não exclusividade, sendo que os casos omissos serão resolvidos pela Credenciante, no âmbito das respectivas competências, a qual decidirá com base na legislação vigente.

CLÁUSULA 16 – DA ELEIÇÃO DE FORO

16.1 Fica eleito o foro da Comarca de Porto Velho, Estado de Rondônia, como o competente para dirimir todas as questões decorrentes da execução desse instrumento, renunciando as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por se acharem de acordo, os representantes legais das partes assinam o presente, em três vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Porto Velho/RO, ..... de ..... de 20..... .

-----  
CREDENCIANTE

-----  
CREDENCIADA

\_\_\_\_\_  
Testemunha

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Testemunha

RG:

CPF: