ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**MINUTA**

# EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SMS Nº 05/2022

O Município de Aracaju, através da Secretaria Municipal da Saúde, de acordo com a Constituição Federal, Lei Federal n.º 8.666/93 e suas alterações, Lei Federal n.º 8.080/90, demais legislações (Portarias, Resoluções, sejam elas do Ministério da Saúde e seus Segmentos, Estadual e Municipal) aplicáveis à espécie contratada, por conduto da Comissão Especial, designada através da **Portaria n.º 50/2021, de 30 de março de 2021, publicada no dia 31 de março de 2021, alterada pela Portaria n.º 050/2021, de 30 de março de 2021, alterada pela Portaria Nº 243/2021, de 17 de dezembro de 2021 presidida por Pedro Júlio Rochadel M. Aragão Dantas**, torna público e CONVIDA os interessados para participarem do **CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 05/2022**, que tem como objeto a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM DIVERSAS ÁREAS DE ESPECIALIDADES A SEREM EXECUTADAS POR EMPRESAS PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS,** a partir da sua publicação no diário oficial do Município, poderá ser efetuado a qualquer tempo, podendo as Empresas credenciar-se por prazo indeterminado desde que preencham todas as condições editalícias, e haja lotes disponíveis, tudo conforme aprovado pelo **Parecer Jurídico PGM n.º 295/2022, de 13 de maio 2022. Local de Credenciamento**: Rua Nely Correia de Andrade, n.º 50, Bairro Coroa do Meio, Aracaju – SE, CEP: 49036-245. **Canais de Comunicação com os interessados**: o edital completo poderá ser retirado através do site: **www.aracaju.se.gov.br/**. Quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos, favor entrar em contato pelo fone/fax (79) 3711.5053, nos termos e condições a seguir estabelecidas.

## I - DO OBJETO

**I.1** O presente Chamamento Público tem por objeto **à Prestação de Serviços de Saúde em diversas áreas de especialidades, a serem executados aos usuários do SUS por empresas privadas com ou sem fins lucrativos** descritos no **Anexo I.**

## II - DAS CONDIÇÕES

**II.1** Todos os interessados em prestar serviços ao SUS poderão participar do chamamento, INCLUSIVE AS UNIDADES OU EMPRESAS JÁ CREDENCIADAS EM OUTROS PROCEDIMENTOS, igualmente obrigadas a encaminhar a documentação exigida e demonstrar o cumprimento dos requisitos deste Edital;

**II.2** Os serviços deverão ser prestados, necessariamente, dentro do limite territorial do Município de Aracaju-SE, respeitando o local de prestação de serviço previsto no contrato;

**II.3** As instituições interessadas em participar do presente Chamamento Público devem reunir toda a documentação que demonstrem a sua habilitação descrita neste Edital.

**II.4** As unidades habilitadas para realização da prestação de serviços de saúde deverão, obrigatoriamente, ter capacidade instalada para todos os procedimentos constantes no(s) Lote(s) pleiteado(s).

**II.5** As unidades deverão dispor de acesso específico e instalações físicas adaptadas para as pessoas portadoras de deficiência física;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**II.6** As instituições interessadas deverão disponibilizar aos setores correspondentes da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju – SMS, quando solicitadas, quaisquer informações atinente a execução dos serviços credenciados;

**II.7** Os repasses financeiros relativos à prestação de serviços elencados no **ANEXO I** terão como referência a Tabela SUS e serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde, observando os limites do **inciso XIII.3**;

**II.8** Os serviços objeto deste Edital serão contratados conforme a necessidade do Município, ou da sua população referenciada, bem como de acordo com as pactuações vigentes;

**II.9** As instituições que realizam procedimentos cuja execução dependa da **habilitação do Ministério da Saúde**, somente poderá fazê-lo se a obtiver, bem como deverão respeitar todas as normas sanitárias envolvendo os serviços prestados;

**II.10** A contratação dos lotes constantes do Anexo I está condicionada à sua compatibilidade com a atividade descrita na Licença Sanitária do interessado, e/ou a comprovação via contrato de prestação de serviços, com documentação regular e compatível com a atividade desenvolvida, da capacidade de cumprimento do objeto do chamamento;

**II.12** É terminantemente proibido a realização de quaisquer etapas dos procedimentos **contratados** em locais diversos daquele previsto em contrato;

**II.13** Os estabelecimentos credenciados deverão ofertar todos os procedimentos contemplados no lote interessado.

## III - DO PRAZO DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS

**III.1** Os interessados no presente credenciamento deverão entregar a documentação exigida no setor de Protocolo situado na Rua Nely Correia de Andrade, n.º 50, Bairro Coroa do Meio, Aracaju – SE, CEP: 49036-245, **no período de 30 de junho de 2022 à 14 de julho de 2022 das 08:00 às 16:00 horas no setor de protocolo**;

**III.2** A comissão terá até 30 (trinta) dias para análise da documentação e emissão de parecer conclusivo quanto à habilitação dos interessados, não sendo necessariamente obrigatório aguardar o fim dos 30 (trinta) dias para começar a realizar as visitas técnicas nas empresas que apresentem toda a documentação;

**III.2.1** Não será realizado nenhum agendamento prévio para realização das visitas técnicas, ao passo em que será realizada uma única visita, não havendo possibilidade de retorno da equipe para complementar a avaliação conforme o roteiro do **Anexo XI**;

**III.3** Será permitida a apresentação de documentos visando o credenciamento de eventuais interessados conforme item III.1, devendo-se nesse caso ser efetuado o rateio dos serviços de forma isonômica entre todas as empresas habilitadas, respeitando os critérios previstos no item V do presente edital;

**III.4** No ato da entrega da documentação, o interessado receberá protocolo atestando o recebimento do envelope devidamente lacrado pela instituição. O referido atesto não certificará que a documentação está completa e condizente com os preceitos estabelecidos nesse edital, ficando condicionada à efetiva análise pela Comissão;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**III.5** Os documentos deverão ser apresentados em envelope opaco, lacrado e endereçado, nos moldes do **Anexo II**;

**III.6** A documentação exigida neste edital poderá ser apresentada em cópia simples ou autenticada;

**III.6.1** A Comissão poderá solicitar a complementação de documentos depois de realizado o protocolo, desde que necessário, podendo ainda, solicitar esclarecimentos e retificações;

**III.7** Os documentos extraídos pela *internet* estão sujeitos à verificação de autenticidade pela Comissão;

**III.8** As informações prestadas pelos interessados são de sua inteira responsabilidade, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

**III.9** O Chamamento Público Nº 05/2022 permanecerá aberto para credenciamento de novos prestadores a qualquer tempo, a partir da publicação do aviso deste edital no Diário Oficial do Município de Aracaju, entretanto, as novas contratações serão realizadas no ano subsequente, obedecendo o prazo de renovação dos contratos em vigor, ressalvados os casos de abertura excepcional para novas contratações.

## IV - DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS

### 1º. Capacidade Jurídica

**a)** Registro comercial, no caso de empresa individual;

**b)** Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

**c)** Registro Geral (R.G.) e Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) dos responsáveis legais pela instituição;

**d)** Declaração emitida pela instituição atestando que atende ao inciso XXXIII, art.7° da Constituição Federal – proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo a condição de aprendiz, a partir de catorze anos, conforme modelo do **Anexo III.**

**e)** Declaração (modelo no **Anexo V**) dos sócios e diretores de que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do município de Aracaju.

**f)** Declaração (modelo no **Anexo VI**) firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição que, expressamente:

**f.1)** Conhecem e aceitam as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com a Tabela SUS, e que estão de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamento disponibilizado pela Secretaria Municipal da Saúde;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**f.2)** Têm disponibilidade para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela SMS e segundo as regras do SUS, do Conselho Nacional de Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais.

**g)** Declaração (modelo no **Anexo XII**) emitida pelo representante informando que inexiste suspensão, impedimento ou proibição de contratar com a Administração Pública;

**2º. Qualificação Econômico-Financeira**

**a)** Declaração exarada por contador devidamente registrado no Conselho da categoria profissional, de que a instituição detém escrituração contábil regular e que goza de boa saúde financeira, **anexando o balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício fiscal**;

a.1) Somente instituições que ainda não tenham completado seu primeiro exercício fiscal, poderão comprovar sua capacidade econômico-financeira por meio de balancetes mensais, conforme o disposto na Lei Federal n.º 8.541/92;

**3º. Regularidade Fiscal**

**a)** Certidão negativa de recuperação judicial e falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;
**b)** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
**c)** Certidões negativas de tributos e contribuições federais;
**d)** Certidões negativas de tributos e contribuições estaduais;
**e)** Certidões negativas de tributos e contribuições municipais;
**f)** Certificado de Regularidade de Fundo de Garantia (FGTS);
**g)** Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT).

**4º. Qualificação Técnica**

**a)** Certificado de inscrição e regularidade da instituição e dos responsáveis técnicos no respectivo Conselho de Classe.

**b)** Alvarás de Funcionamento e da Vigilância Sanitária;

**b.1)** Serão aceitos os meros protocolos dos pedidos de concessão dos alvarás caso sua emissão dependa, exclusivamente, de ato da Administração, ficando os interessados advertidos que se a unidade não atender a todos os requisitos que autorizem a concessão dos alvarás, a prestação dos serviços estará condicionada à regularização da situação pela unidade.

**c)** Documento que comprove inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

**d)** Memorial (modelo no **Anexo VII**) descritivo com os seguintes itens:

**d.1)** Declaração dos equipamentos instalados nas unidades na sua totalidade;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**d.2)** Relação do corpo clínico com seu respectivo número do Conselho de Classe, carga horária e a qualificação completa dos responsáveis pelas respectivas categorias.

**e)** Declaração informando o quantitativo de procedimentos ofertados ao SUS e especificações conforme **Anexo VIII**.

**f)** Preenchimento da Ficha Cadastral, conforme modelo no **Anexo IX.**

## V – DA AVALIAÇÃO

### V.1 ABERTURA DOS ENVELOPES E ANÁLISE DOCUMENTAL (1ª FASE)

V.1.1 A Comissão Especial de Chamamento irá realizar análise da documentação apresentada;

V.1.2 Só passará para a 2ª FASE, a empresa que apresentar toda a documentação exigida no edital, bem como, ter sido aprovada pela comissão;

### V.2 DA AVALIAÇÃO (2ª FASE):

V.2.1 A Comissão Especial de Chamamento designará equipes que efetuarão vistorias nas empresas que restarem habilitadas na 1ª fase;

V.2.2 Nessa vistoria será aplicado um questionário de avaliação das instalações e dos serviços, de acordo com o lote pleiteado, mediante planilhas onde serão atribuídos pontos para cada um dos itens examinados - **ANEXO XI**;

V.2.3 Serão consideradas habilitadas nesta fase as empresas que obtiverem pontuação mínima de **70% (setenta por cento)** dos pontos possíveis, de acordo com o lote pleiteado. A comissão examinadora fará publicar no Diário Oficial do Município a relação de empresas que obtiveram a pontuação exigida;

V.2.4 Aplicam-se a esta fase os mesmos procedimentos relativos aos recursos descritos na fase anterior.

### V.3 DO RATEIO DOS SERVIÇOS A SEREM ADQUIRIDOS ENTRE AS EMPRESAS HABILITADAS (3ª FASE).

V.3.1 EMPRESAS HABILITADAS 3ª FASE

V.3.1.1 Com base nos dados obtidos pela avaliação das empresas (2º fase), será realizado o rateio dos tetos físicos de cada procedimento a ser adquirido pela Secretaria Municipal da Saúde, de maneira proporcional entre o total de prestadores que obtiverem a pontuação necessária para habilitação, respeitando a capacidade instalada de cada;

V.3.1.2 Caso algum prestador faça jus a um quantitativo de procedimentos superior à sua capacidade instalada, esse excedente será rateado entre os demais prestadores habilitados na 2ª fase, que possuírem capacidade instalada e interesse para absorver. Nesse caso, a SMS não está obrigada a contratar a mais de outro procedimento desse prestador, a fim de que o teto físico global do prestador seja atingido.

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

V.3.1.3 A quantidade de procedimentos ofertada pela SMS/Aracaju, com base na programação realizada para o atendimento da demanda existente e sua disponibilidade financeira (procedimentos necessários) – ANEXO I.

## VI DA HABILITAÇÃO

**VI.1** Considerar-se-ão aptas as instituições que atenderem às condições da habilitação, ou seja, aquelas que apresentarem todos os documentos exigidos no presente Edital;

**VI.2** A Comissão de Chamamento poderá a qualquer tempo e durante a análise da documentação, promover diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

## VII DA VISTORIA TÉCNICA

**VII.1** As instituições habilitadas poderão ser vistoriadas por representantes da Secretaria Municipal da Saúde a qualquer momento após a entrega da documentação relacionada no item IV;

**VII.2** Durante a vistoria técnica, além da comprovação da veracidade das informações prestadas pela instituição no processo de habilitação, serão analisados os itens descritos no **Anexo VII** deste Edital, a fim de validar tais informações;

**VII.3** A vistoria técnica será pressuposto para habilitação, entretanto a divergência entre as informações prestadas pelo interessado e o certificado através da vistoria técnica poderá acarretar na rescisão do contrato eventualmente firmado com o Município, sem prejuízo da imposição das penalidades previstas no instrumento.

**VII.4** No ato da vistoria, será concedida a pontuação do item para a instituição, mesmo que a empresa não atenda o referido item, caso este seja incompatível com o lote pleiteado para credenciamento pela instituição. Explique-se: caso a empresa solicite apenas lotes de consultas e exames, não perderá ponto pelos itens do roteiro de vistoria pertinentes aos lotes cirúrgicos, dentre outros casos a serem dirimidos pela Comissão, se surgirem.

**VII.5** No caso do subitem **VII.4,** se a instituição for credenciada para prestar serviços de consultas e exames, e posteriormente solicitar a inclusão de lotes referentes a procedimentos cirúrgicos, deverá passar por nova vistoria para verificação de aptidão de tal inclusão.

## VIII – DO RATEIO DOS SERVIÇOS A SEREM ADQUIRIDOS ENTRE AS EMPRESAS HABILITADAS

**VIII.1** O rateio dos serviços será realizado de forma isonômica entre todas as empresas já credenciadas e aqueles novos interessados habilitados;

VIII.1.1 No caso de novas habilitações e diante da necessidade de se fazer novo rateio, estes serão contemplados nos contratos vigentes através de termo aditivo, não havendo necessidade de respeitar os limites do art. 65, § 1º da Lei nº. 8.666/93, em razão da natureza do instituto do credenciamento e da necessidade de manutenção do tratamento isonômica entre todos os interessados.

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**VIII.2** O rateio dos tetos físicos de cada procedimento a ser adquirido pela Secretaria Municipal da Saúde deverá ser distribuído de forma isonômica entre todos os interessados, respeitando os seguintes critérios:

a) Distribuição do total de procedimentos através da sua divisão aritmética entre todos os interessados, conforme previsto no item V e seus subitens;

b) Contratação da empresa habilitada respeitando a sua capacidade instalada e operacional;

c) No ato do rateio, caso alguma empresa habilitada obtenha um teto físico conforme o cálculo previsto no item V.3 para algum procedimento, e não tenha capacidade instalada suficiente para a execução do quantitativo a que teria direito, isso será respeitado no ato da contratação. Entretanto, a SMS não está obrigada a contratar a mais de outro procedimento desse prestador, a fim de que o teto físico global do prestador seja atingido.

d) No caso de haver remanescente de procedimentos distribuídos que não foram contratados em razão da capacidade instalada e/ou proposta do prestador da empresa habilitada, estes serão redistribuídos entre os demais interessados com a devida disponibilidade respeitando os mesmos critérios das alíneas anteriores.

## IX - DA PUBLICAÇÃO DO RESULTADO

A Comissão de Chamamento Público publicará a relação das instituições consideradas habilitadas e inabilitadas no Diário Oficial do Município e no site (www.aracaju.se.gov.br).

## X - DO PRAZO RECURSAL

**X.1** Os interessados terão prazo de 05 (cinco) dias úteis para recorrer, a contar da data intimação do ato, ou da lavratura da ata de publicação do resultado.

**X.2** O recurso será recebido no mesmo local da entrega da documentação do credenciamento e será dirigido ao(a) Secretário(a) da SMS por intermédio da Comissão, que poderá reconsiderar sua decisão ou fazê-lo subir, devidamente informado, para decisão da autoridade máxima.

**X.3** O recurso previsto nas alíneas “a” e “b” do inciso I do Art. 109, da Lei n.º 8.666/93 terá efeito suspensivo, podendo a autoridade competente, motivadamente e presentes razões de interesse público, atribuir ao recurso interposto eficácia suspensiva aos demais recursos.

**X.4** Não serão recebidos os recursos apresentados fora do devido prazo legal, nem subscritos por representante não habilitado legalmente, não identificado no processo para representar o licitante ou que não participou da licitação, pois falta-lhe legitimidade e interesse recursal.

## XI - DA HOMOLOGAÇÃO

**XI.1** Após a publicação final das instituições habilitadas, o processo será remetido ao(a) Secretário(a) Municipal da Saúde para homologação do resultado.

## XII - DA CONTRATAÇÃO

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**XII.1** Terão prioridade na contratação as instituições filantrópicas e privadas sem fins lucrativos, conforme disposto na Lei n.° 8.080/90, desde que tal tratamento não desrespeite a natureza do instituto do credenciamento.

**XII.2** A Administração não se obriga a contratar o quantitativo total dos serviços oferecidos pelas instituições habilitadas, mas a quantidade necessária para atender à demanda do Município de Aracaju e municípios referenciados, segundo a Programação Pactuada Integrada – PPI vigente e de acordo com a necessidade da população prevista nos quantitativos físicos de cada procedimento elencado no Anexo I do presente edital.

**XII.3** São de inteira responsabilidade das instituições contratadas, as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais e trabalhistas resultantes da execução do Contrato.

**XII.4** As instituições e seus profissionais contratados são responsáveis pelos danos causados diretamente à Secretaria Municipal da Saúde e/ou terceiros, decorrentes da execução do Contrato.

**XII.5** O prazo de vigência do Contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitadas a sua duração de 60 (sessenta) meses.

**XII.6** O prazo para assinatura do Contrato será de 05 (cinco) dias corridos, contados da convocação do interessado.

**XII.7** A instituição que vier a ser credenciada por força do presente Chamamento Público deverá iniciar suas atividades a partir da assinatura do Contrato.

**XII.8** O inadimplemento contratual implicará em sanções previstas na Lei Federal n.º 8.666/93 e no respectivo Contrato, assegurado o direito de ampla defesa.

**XII.9** É vedada a subcontratação, somente podendo ser feita por autorização expressa da Secretaria Municipal da Saúde.

**XII.10** As novas contratações após concluso a (**3ª FASE - DO RATEIO DOS SERVIÇOS**) previsto no edital, serão realizadas no ano subsequente, obedecendo o prazo de renovação dos contratos em vigor;

## XIII - DO PREÇO E DOS RECURSOS FINANCEIROS

**XIII.1** Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das despesas previstas neste Contrato ficam vinculados à transferência de recursos do Ministério da Saúde.

**XIII.2** A SMS pagará mensalmente pelos serviços efetivamente realizados conforme Tabela SUS em vigor, editada pelo Ministério da Saúde e de acordo com o preço contratado dos procedimentos referenciados nas diversas áreas;

**XIII.3** As despesas ocorrerão à conta dos recursos previstos no orçamento da Secretaria Municipal da Saúde – SMS, na forma abaixo declinada:

| | |
|---|---|
| **A. Unidade Orçamentária** | **18401** |
| **B. Fonte de Recurso** | **600** |
| **C. Projeto/Atividade/Denominação** | **2088** |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | |
|---|---|
| **D. Elemento de Despesa** | **33903900 / 33903936** |
| **E. Classificação Programática** | **0085** |

**XIII.7** Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito ou Ordem de Ressarcimento referente a glosas de procedimentos oriundas de irregularidades apontadas pelo Controle e Avaliação e/ou fiscal do contrato para o prestador.

**XIII.8** Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito e Ordem de Ressarcimento, será oportunizada ampla defesa ao prestador de serviços.

**XIII.9** A Secretaria Municipal da Saúde poderá, a qualquer momento, prever a inclusão do recurso de diferença de tabela oriunda do Decreto Estadual Nº 40.769/2021 em procedimento que não contenha tal previsão originariamente.

## XIV – DAS PENALIDADES

**XIV.1** Os contratantes decidem aplicar ao presente Contrato o disposto na Lei nº. 8.666/93 no caso de descumprimento, das cláusulas e condições nele estipuladas.

**XIV.2** A CONTRATADA sujeitar-se-á, no caso de inadimplemento de suas obrigações, às seguintes penalidades, conforme a gravidade da infração, sem prejuízo de sanções civis e criminais, se for o caso:

**XIV.3** São penalidades aplicáveis a CONTRATADA além das previstas na legislação pertinente:

a) Advertência;
b) Multa;
c) Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Administração;
d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração.

**XIV.4** As penalidades enumeradas nas alíneas “c” e “d” poderão ser aplicadas concomitantemente com a da alínea “b”;

**XIV.5** Será assegurada prévia defesa a CONTRATADA, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista do respectivo processo, sem prejuízo de eventual suspensão cautelar da vigência do contrato nas hipóteses em que a Administração repute de risco ou iminência de risco à saúde da população;

**XIV.6** A aplicação da pena de advertência dar-se-á, nos casos de descumprimento dos itens II, III, V, VII, VIII, e XXI da cláusula Terceira do Contrato, ou a critério da Secretaria Municipal da Saúde, no caso de infrações leves;

**XIV.7** Entende-se por infrações leves aquelas que não constituírem dolo ou que não implicarem em prejuízo direto ao usuário, nem em ato lesivo ao SUS.

**XIV.8** Nos casos em que se fizerem necessários, a pena de advertência será acompanhada de prazo para que a CONTRATADA sane a não conformidade, ora identificada, podendo, inclusive, resultar na suspensão temporária da vigência do contrato, até o cumprimento da obrigação.

**XIV.9** Caberá pena de multa nos casos de descumprimento dos itens I, IV, VI, IX, XII, XV, XVI, XVII, XVIII da cláusula Terceira do Contrato;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**XIV.10** A multa será imposta, igualmente, a critério da Administração, para as infrações não previstas expressamente no contrato e edital e que não se qualifiquem passíveis de aplicação da pena de advertência;

**XIV.11** A multa será graduada de acordo com a gravidade da infração, observado o seguinte limite máximo:

a) 20% (vinte por cento) sobre o valor mensal orçado para a prestação de serviços pela CONTRATADA.

**XIV.12** A apresentação de produção maior do que os serviços efetivamente realizados acarretará em ressarcimento ao erário do valor indevidamente cobrado, bem como na cobrança de multa equivalente a este valor;

**XIV.13** As penas de suspensão temporária de participação em licitação, de impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública serão aplicadas a CONTRATADA se, em razão deste contrato, vier a sofrer condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos, praticar atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação e demonstrar não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados, nos termos da Lei n.° 8.666/93;

**XIV.14** Esgotados todos os prazos para execução do objeto do contrato que lhe tiverem sido concedidos pela autoridade CONTRATANTE, a CONTRATADA ficará automaticamente impedida de participar de novas licitações enquanto não cumprir a obrigação antes assumida, sem prejuízo de outras penalidades;

**XIV.15** A administração se reserva ao direito de descontar do pagamento devido a CONTRATADA, o valor de qualquer multa e/ou demais sanções pecuniárias que porventura sejam impostas em virtude do descumprimento das condições estipuladas neste contrato;

**XIV.16** Quando houver suspensão da prestação dos serviços e/ou a CONTRATADA ficar impossibilitada de sofrer descontos nas próximas faturas, à cobrança será efetuada via administrativa e/ou judicial, e os valores respectivos deverão ser recolhidos aos cofres do Fundo Municipal de Saúde;

**XIV.17** Caberá suspensão temporária do credenciamento do SUS ou da prestação de determinado serviço, naquelas ações que resultem em danos pecuniários, ou que infringirem as normas reguladoras do SUS, de natureza operacional, administrativa ou contratual, ou ainda que levarem prejuízo à assistência do usuário.

**XIV.18** O prazo da suspensão será de 30 (trinta) a 90 (noventa) dias a depender da gravidade da infração. Nos casos em que a suspensão provier de irregularidade específica ou omissão a norma reguladora do SUS, o seu prazo estará condicionado até que a CONTRATADA sane as irregularidades e/ou respectivas omissões.

**XIV.19** As multas previstas nesta cláusula não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA de responsabilidade por perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**XIV.20** Na aplicação das sanções, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o SUS, as circunstâncias agravantes e atenuantes e os antecedentes da respectiva instituição de saúde.

**XIV.21** O cometimento reiterado de faltas implicará no agravamento da penalidade, devendo ser observada a proporcionalidade entre a falta cometida e a pena aplicada.

## XV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

**XV.1** Convocada para assinatura do Contrato, a selecionada não poderá se furtar de prestar serviços, conforme os valores estabelecidos na Tabela SUS bem como de acordo com o preço contratado ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no Capítulo IV, ART 87, INCISOS I a IV da Lei Federal n.º 8.666/93 e demais legislações aplicáveis.

**XV.2** Será descredenciada, a qualquer tempo, a instituição que não mantiver, durante o curso de Contrato, as mesmas condições que possibilitaram o seu credenciamento, bem como a que rejeitar qualquer paciente, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a sua conduta, ou, ainda, aquela cujo Contrato venha a ser rescindido, pelos motivos nele previstos.

**XV.3** É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial do Município e no site da Secretaria Municipal da Saúde, não podendo alegar desconhecimento dos atos.

**XV.4** As instituições selecionadas ficam, desde já, cientes de que os procedimentos contratados serão realizados mediante agendamento, regulação e/ou autorização da Regulação do NUCAR/SMS, em 100% da sua oferta, conforme critérios técnicos e fluxos pré-definidos por esta SMS.

**XV.5** Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão de Chamamento Público e, em última instância, pelo(a) Secretário(a) Municipal da Saúde.

**XV.6** Fica reservada a esta SMS a faculdade de revogar, no todo ou em parte, desde que para atender a interesse público, ou de anular o presente Chamamento Público em razão de vício, sem assistir às entidades direito à reclamação, indenização, reembolso ou compensação.

**XV.7** O Contrato a ser firmado seguirá os moldes do **Anexo X**.

**XV.8** Fica eleito o foro da Capital do Estado da Sergipe para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste Edital.

Aracaju (SE), 27 de junho de 2022.

***Pedro Júlio Rochadel M. Aragão Dantas***
***Membro da CCP/SMS***

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO I

LOTE 01 – PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA – COLETA DE MATERIAL I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 201010437 | BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO | R$ 46,19 | 2 | R$ 92,38 |
| TOTAL | | | 2 | R$ 92,38 |

LOTE 02 – PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA – COLETA DE MATERIAL II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 201010569 | BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA | R$ 70,00 | 56 | R$ 3.920,00 |
| TOTAL | | | 56 | R$ 3.920,00 |

LOTE 03 – PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA – COLETA DE MATERIAL III

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 201010585 | PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | R$ 66,48 | 49 | R$ 3.257,52 |
| 201010607 | PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA | R$ 140,00 | 57 | R$ 7.980,00 |
| TOTAL | | | 106 | R$ 11.237,52 |

LOTE 04 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 202090191 | MIELOGRAMA | R$ 5,79 | 5 | R$ 28,95 |
| TOTAL | | | 5 | R$ 28,95 |

LOTE 05 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS **(VALOR MÉDIO)** | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204 | RADIOLOGIA (EXCETO:0204010012, 0204010020,0204010160, 0204010179, 0204010187, 0204050103, 0204060044, 0204060052, 0204020026, 0204020026, 020401179, 0204060176, 0204010195, 0204010209, 0204020018, 0204030013, 0204030021, 0204030030, 0204030188, 0204030048,0204050014, 0204050022, 0204050030, 0204050049, 0204050057, 0204050073, 0204050081, 0204050146, 0204050154,0204050162, 0204050170, 0204050189, 0204050065, 0204060036, 0204060028) | R$ 6,21 | 8147 | R$ 50.592,87 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL | 8147 | R$ 50.592,87 |

LOTE 06 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204010012 | DACRIOCISTOGRAFIA | R$ 48,85 | 1 | R$ 48,85 |
| TOTAL | | | 1 | R$ 48,85 |

LOTE 07 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA III

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204010195 | SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA) | R$ 48,85 | 1 | R$ 48,85 |
| TOTAL | | | 1 | R$ 48,85 |

LOTE 08 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA IV

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204010160 | RADIOGRAFIA OCLUSAL | R$ 3,51 | 1 | R$ 3,51 |
| 204010179 | RADIOGRAFIA PANORAMICA | R$ 9,03 | 440 | R$ 3.973,20 |
| TOTAL | | | 441 | R$ 3.976,71 |

LOTE 09 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA V

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204010209 | TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS | R$ 6,44 | 110 | R$ 708,40 |
| TOTAL | | | 110 | R$ 708,40 |

LOTE 10 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA VI

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204020018 | MIELOGRAFIA | R$ 118,60 | 40 | R$ 4.744,00 |
| TOTAL | | | 40 | R$ 4.744,00 |

LOTE 11 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA VII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204010020 | PLANIGRAFIA DE LARINGE | R$ 27,32 | 20 | R$ 546,40 |
| 204020026 | PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL | R$ 19,60 | 30 | R$ 588,00 |
| 204050103 | PLANIGRAFIA DE RIM SEM CONTRASTE | R$ 14,48 | 15 | R$ 217,20 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 204060044 | PLANIGRAFIA DE OSSO-SUBSIDIÁRIA A OUTROS EXAMES ( POR PLANO) | R$ 18,68 | 20 | R$ 373,60 |
| 204060052 | PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS | R$ 18,68 | 20 | R$ 373,60 |
| TOTAL | | | 105 | R$ 2.098,80 |

LOTE 12 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA VIII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204060176 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES | R$ 9,29 | 100 | R$ 929,00 |
| TOTAL | | | 100 | R$ 929,00 |

LOTE 13 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA IX

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204030013 | BRONCOGRAFIA UNILATERAL | R$ 110,41 | 10 | R$ 1.104,10 |
| 204030021 | DUCTOGRAFIA (POR MAMA) | R$ 57,16 | 15 | R$ 857,40 |
| TOTAL | | | 25 | R$ 1.961,50 |

LOTE 14 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA X

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0204030048 | MARCAÇÃO PRÉ-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA À MAMOGRAFIA | R$ 62,50 | 10 | R$ 625,00 |
| TOTAL | | | 10 | R$ 625,00 |

LOTE 15 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XI

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204030030 | MAMOGRAFIA | R$ 22,50 | 171 | R$ 3.847,50 |
| 204030188 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO | R$ 45,00 | 2.502 | R$ 112.590,00 |
| TOTAL | | | 4.000 | R$ 116.437,50 |

LOTE 16 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0204050014 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE | R$ 47,76 | 30 | R$ 1.432,80 |
| 204050022 | COLANGIOGRAFIA PRÉ- OPERATORIA | R$ 32,61 | 10 | R$ 326,10 |
| 204050030 | COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA | R$ 32,61 | 10 | R$ 326,10 |
| 204050049 | DUODENOGRAFIA HIPOTÔNICA | R$ 34,52 | 10 | R$ 345,20 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 204050057 | FISTULOGRAFIA | R$ 45,34 | 10 | R$ 453,40 |
| 204050073 | PIELOGRAFIA ANTERÓGRADA PERCUTÂNEA | R$ 73,15 | 5 | R$ 365,75 |
| 204050081 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE | R$ 52,11 | 5 | R$ 260,55 |
| 0204050146 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO | R$ 35,22 | 30 | R$ 1.056,60 |
| 0204050154 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) | R$ 47,59 | 40 | R$ 1.903,60 |
| 204050162 | RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) | R$ 48,09 | 20 | R$ 961,80 |
| 204050170 | URETROCISTOGRAFIA | R$ 52,11 | 15 | R$ 781,65 |
| 0204050189 | UROGRAFIA VENOSA | R$ 57,40 | 30 | R$ 1.722,00 |
| TOTAL | | | 215 | R$ 9.935,55 |

LOTE 17 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XIII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204050065 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R$ 45,34 | 20 | R$ 906,80 |
| TOTAL | | | 20 | R$ 906,80 |

LOTE 18 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XIV

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204060028 | DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES) | R$ 55,10 | 250 | R$ 13.775,00 |
| TOTAL | | | 250 | R$ 13.775,00 |

LOTE 19 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XV

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 204060036 | ESCANOMETRIA | R$ 7,77 | 100 | R$ 777,00 |
| TOTAL | | | 100 | R$ 777,00 |

LOTE 20 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS **(VALOR MÉDIO)** | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205 | ULTRA-SONOGRAFIA (EXCETO: 0205010016, 0205010024, 0205010032, 0205020151, 0205010040, 0205010059, 0205020020, 0205020062,0205020089, 0205020178, 0205020011, 0205020208, 0205020216, 0205020194) | R$ 79,39 | 18750 | R$ 1.488.562,50 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL | 18750 | R$ 1.488.562,50 |

LOTE 21 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205010059 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO | R$ 42,90 | 100 | R$ 4.290,00 |
| TOTAL | | | 100 | R$ 4.290,00 |

LOTE 22 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA III

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205010016 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE | R$ 165,00 | 10 | R$ 1.650,00 |
| TOTAL | | | 10 | R$ 1.650,00 |

LOTE 23 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA IV

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205010032 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA | R$ 39,94 | 605 | R$ 24.163,70 |
| TOTAL | | | 605 | R$ 24.163,70 |

LOTE 24 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA V

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0205010040 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS | R$ 39,60 | 400 | R$ 15.840,00 |
| TOTAL | | | 400 | R$ 15.840,00 |

LOTE 25 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA VI

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205020011 | ECODOPPLER TRANSCRANIANO | R$ 117,00 | 3 | R$ 351,00 |
| TOTAL | | | 3 | R$ 351,00 |

LOTE 26 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA VII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205010024 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA | R$ 165,00 | 5 | R$ 825,00 |
| TOTAL | | | 5 | R$ 825,00 |

LOTE 27 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA VIII

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205020062 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO | R$ 24,20 | 980 | R$ 23.716,00 |
| TOTAL | | | 980 | R$ 23.716,00 |

LOTE 28 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA IX

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0205020151 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO | R$ 39,60 | 40 | R$ 1.584,00 |
| TOTAL | | | 40 | R$ 1.584,00 |

LOTE 29 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA X

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0205020178 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA | R$ 24,20 | 3 | R$ 72,60 |
| TOTAL | | | 3 | R$ 72,60 |

LOTE 30 – DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA XI

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 205020194 | MARCACAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRAFIA | R$ 25,43 | 40 | R$ 1.017,20 |
| TOTAL | | | 40 | R$ 1.017,20 |

LOTE 31 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS (VALOR MÉDIO) | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0206 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (EXCETO: 0206010087 E 0206010095) | R$ 95,99 | 50 | R$ 4.799,50 |
| TOTAL | | | 50 | R$ 4.799,50 |

LOTE 32 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 206010087 | TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R$ 138,63 | 5 | R$ 693,15 |
| TOTAL | | | 5 | R$ 693,15 |

LOTE 33 – DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA I

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 207020013 | ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL | R$ 268,75 | 4 | R$ 1.075,00 |
| 207 | DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, SEM CONTRASTE EXCETO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO/AORTA C/ CINE. | R$ 268,75 | 190 | R$ 51.062,50 |
| 207 | DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE A BASE DE GADOLÍNIO SOB INFUSÃO MANUAL EXCETO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO/AORTA C/ CINE. | R$ 268,75 | 100 | R$ 26.875,00 |
| 207 | DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE A BASE DE GADOLÍNIO ATRAVÉS DE BOMBA DE INFUSÃO EXCETO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO/AORTA C/ CINE. | R$ 268,75 | 50 | R$ 13.437,50 |
| 207020019 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/AORTA C/ CINE, COM ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE A BASE DE GADOLÍNIO SOB INFUSÃO MANUAL. | R$ 361,25 | 9 | R$ 3.251,25 |
| 207020019 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/AORTA C/ CINE, COM ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE A BASE DE GADOLÍNIO ATRAVÉS DE BOMBA DE INFUSÃO | R$ 361,25 | 10 | R$ 3.612,50 |
| 417010060 | SEDAÇÃO | R$ 15,15 | 19 | R$ 287,85 |
| TOTAL | | | 382 | R$ 99.601,60 |

LOTE 34 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA + PROCEDIMENTO CIRUGICO PARA COLOCAÇÃO DE PROTESES EM APARELHO DIGESTIVO

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0209010010 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA) | R$ 90,68 | 6 | R$ 544,08 |
| 407030085 | COLOCACAO DE PROTESE BILIAR | R$ 92,95 | 3 | R$ 278,85 |
| TOTAL | | | 9 | R$ 822,93 |

LOTE 35 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0209040041 | VIDEOLARINGOSCOPIA | R$ 45,50 | 100 | R$ 4.550,00 |
| 0209010029 | COLONOSCOPIA | 112,66 | 100 | R$ 11.266,00 |
| TOTAL | | | 200 | R$ 15.816,00 |

LOTE 36 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA APARELHO RESPIRATÓRIOII

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0209040017 | BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) | R$ 36,02 | 5 | R$ 180,10 |
| 209040033 | TRAQUEOSCOPIA | R$ 348,59 | 2 | R$ 697,18 |
| TOTAL | | | 7 | R$ 877,28 |

LOTE 37 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS **(VALOR MÉDIO)** | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 210 | RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA | R$ 199,91 | 100 | R$ 19.991,00 |
| TOTAL | | | 100 | R$ 19.991,00 |

LOTE 38 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0211040045 | HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA) | R$ 25,00 | 50 | R$ 1.250,00 |
| TOTAL | | | 50 | R$ 1.250,00 |

LOTE 39 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211020036 | ELETROCARDIOGRAMA | R$ 5,15 | 1000 | R$ 5.150,00 |
| 211020044 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) | R$ 30,00 | 100 | R$ 3.000,00 |
| 211020052 | MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL | R$ 10,07 | 200 | R$ 2.014,00 |
| TOTAL | | | 1300 | R$ 10.164,00 |

LOTE 40 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211020060 | TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO | R$ 30,00 | 200 | R$ 6.000,00 |
| TOTAL | | | 200 | R$ 6.000,00 |

LOTE 41 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA III

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211020010 | CATETERISMO CARDÍACO | R$ 614,72 | 80 | R$ 49.177,60 |
| 211020028 | CATETERISMO CARDÍACO EM PEDIATRIA | R$ 653,72 | 4 | R$ 2.614,88 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL | 84 | R$ 51.792,48 |

LOTE 42 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0211050024 | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTOESTÍMULO | R$ 11,34 | 100 | R$ 1.134,00 |
| 211050040 | ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO COM OU SEM FOTOESTÍMULO | R$ 25,00 | 50 | R$ 1.250,00 |
| 211050059 | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO | R$ 25,00 | 2 | R$ 50,00 |
| TOTAL | | | 152 | R$ 2.434,00 |

LOTE 43 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0211050032 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO | R$ 25,00 | 20 | R$ 500,00 |
| TOTAL | | | 20 | R$ 500,00 |

LOTE 44 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA III

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0211050083 | ELETRONEUROMIOGRAMA (EMG) | R$ 27,00 | 50 | R$ 1.350,00 |
| TOTAL | | | 50 | R$ 1.350,00 |

LOTE 45 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA IV

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211050075 | ELETROMIOGRAMA COM ESTUDO DE FIBRA ÚNICA | R$ 27,00 | 5 | R$ 135,00 |
| 211050156 | VÍDEO- ELETROENCEFALOGRAMA COM REGISTRO PROLONGADO | R$ 27,00 | 5 | R$ 135,00 |
| 211050067 | ELETROMIOGRAMA | R$ 27,00 | 5 | R$ 135,00 |
| TOTAL | | | 15 | R$ 405,00 |

LOTE 46 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA V

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0211050113 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO | R$ 4,06 | 5 | R$ 20,30 |
| TOTAL | | | 5 | R$ 20,30 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

LOTE 47 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA VI

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211050121 | POTENCIAL EVOCADO VISUAL/ OCCIPTO | R$ 4,06 | 5 | R$ 20,30 |
| TOTAL | | | 5 | R$ 20,30 |

LOTE 48 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA VII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211050130 | POTENCIAL SOSMATO-SENSITIVO | R$ 4,06 | 5 | R$ 20,30 |
| TOTAL | | | 5 | R$ 20,30 |

LOTE 49 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA VIII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211050105 | POLISSONOGRAFIA | R$ 125,00 | 10 | R$ 1.250,00 |
| TOTAL | | | 10 | R$ 1.250,00 |

LOTE 50 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211070017 | ANALISE ACUSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATORIO DE VOZ | R$ 4,11 | 5 | R$ 20,55 |
| 211070025 | AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA) | R$ 21,00 | 5 | R$ 105,00 |
| 0211070033 | AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE | R$ 20,13 | 5 | R$ 100,65 |
| 0211070041 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) | R$ 21,00 | 50 | R$ 1.050,00 |
| 211070050 | AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL | R$ 18,00 | 5 | R$ 90,00 |
| 0211070068 | AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA | R$ 4,11 | 5 | R$ 20,55 |
| 0211070076 | AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL | R$ 4,11 | 5 | R$ 20,55 |
| 0211070084 | AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO | R$ 4,11 | 3 | R$ 12,33 |
| 0211070114 | AVALIACAO VOCAL | R$ 4,11 | 3 | R$ 12,33 |
| 0211070149 | EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA | R$ 13,51 | 100 | R$ 1.351,00 |
| 0211070157 | ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA) | R$ 46,88 | 10 | R$ 468,80 |
| 211070165 | ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL | R$ 8,10 | 2 | R$ 16,20 |
| 211070173 | EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA | R$ 4,11 | 2 | R$ 8,22 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 211070181 | EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO | R$ 4,11 | 2 | R$ 8,22 |
| 0211070203 | IMITANCIOMETRIA | R$ 23,00 | 50 | R$ 1.150,00 |
| 0211070211 | LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF) | R$ 26,25 | 50 | R$ 1.312,50 |
| 211070254 | PESQUISA DE PARES CRANIANOS | R$ 1,37 | 5 | R$ 6,85 |
| 0211070262 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA | R$ 46,88 | 50 | R$ 2.344,00 |
| 211070270 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA | R$ 13,51 | 50 | R$ 675,50 |
| 0211070289 | PROVA DE FUNCAO TUBARIA | R$ 4,80 | 5 | R$ 24,00 |
| 0211070327 | TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO) | R$ 1,37 | 5 | R$ 6,85 |
| 0211070335 | TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES | R$ 1,37 | 5 | R$ 6,85 |
| 0211070343 | TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO | R$ 9,36 | 5 | R$ 46,80 |
| 0211070351 | TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS | R$ 12,12 | 5 | R$ 60,60 |
| 211070360 | TRIAGEM AUDITIVA DE ESCOLARES | R$ 12,00 | 5 | R$ 60,00 |
| TOTAL | | | 437 | R$ 8.978,35 |

LOTE 51 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – OTORRINOLARINGOLOGIA /FONOAUDIOLOGIA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 02.11.07.012-2 | ELETROCOCLEOGRAFIA | R$ 4,25 | 5 | R$ 21,25 |
| 02.11.07.013-0 | ELETROGUSTOMETRIA | R$ 1,37 | 5 | R$ 6,85 |
| 02.11.07.019-0 | GUSTOMETRIA | R$ 1,92 | 5 | R$ 9,60 |
| TOTAL | | | 15 | R$ 37,70 |

LOTE 52 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – PNEUMOLOGIA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211080012 | ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL | R$ 2,78 | 50 | R$ 139,00 |
| 211080020 | GASOMETRIA | R$ 2,78 | 50 | R$ 139,00 |
| 211080039 | GASOMETRIA (APÓS EXERCÍCO CICLO-ERGOMÉTRICO) | R$ 2,78 | 50 | R$ 139,00 |
| 211080047 | GASOMETRIA (APÓS OXIGÊNIO A 100 DURANTE A DIFUSÃO ALVÉOLO-CAPILAR | R$ 2,78 | 50 | R$ 139,00 |
| 211080071 | PROVA FARMACODINÂMICA | R$ 2,78 | 50 | R$ 139,00 |
| TOTAL | | | 250 | R$ 695,00 |

LOTE 53 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – PNEUMOLOGIA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211080055 | ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR | R$ 6,36 | 10 | R$ 63,60 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 211080063 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES | R$ 4,28 | 20 | R$ 85,60 |
| TOTAL | | | 30 | R$ 149,20 |

LOTE 54 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – UROLOGIA

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 211090018 | AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA | R$ 7,62 | 50 | R$ 381,00 |
| 211090077 | UROFLUXOMETRIA | R$ 8,82 | 15 | R$ 132,30 |
| TOTAL | | | 100 | R$ 513,30 |

LOTE 55 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 302040013 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | R$ 6,35 | 300 | R$ 1.905,00 |
| 302040021 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | R$ 4,67 | 300 | R$ 1.401,00 |
| 301010048 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | R$ 6,30 | 60 | R$ 378,00 |
| TOTAL | | | 660 | R$ 3.684,00 |

LOTE 56 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 302060014 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | R$ 4,67 | 1.000 | R$ 4.670,00 |
| 302050019 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS | R$ 6,35 | 7.000 | R$ 44.450,00 |
| 302050027 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS | R$ 4,67 | 7.000 | R$ 32.690,00 |
| 302060030 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR | R$ 4,67 | 1.000 | R$ 4.670,00 |
| 302030026 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS | R$ 4,67 | 80 | R$ 373,60 |
| 301010048 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | R$ 6,30 | 168 | R$ 1.058,40 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL | 16.248 | 87.912,00 |

LOTE 57 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA III

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 302030018 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO | R$ 6,35 | 80 | R$ 508,00 |
| 302060022 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | R$ 6,35 | 1.000 | R$ 6.350,00 |
| 301010048 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | R$ 6,30 | 132 | R$ 831,60 |
| 302060049 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO | R$ 6,35 | 80 | R$ 508,00 |
| 302060057 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ /PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA | R$ 6,35 | 80 | R$ 508,00 |
| TOTAL | | | 1.372 | R$ 8.705,60 |

LOTE 58 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA IV

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 302010017 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS | R$ 6,35 | 200 | R$ 1.270,00 |
| 302010025 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS | R$ 4,67 | 200 | R$ 934,00 |
| 301010048 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | R$ 6,30 | 40 | R$ 252,00 |
| TOTAL | | | 440 | R$ 2.456,00 |

LOTE 59 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA V

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 302020020 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO | R$ 4,67 | 80 | R$ 373,60 |
| 302020039 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA | R$ 6,35 | 80 | R$ 508,00 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 302040030 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR | R$ 4,67 | 80 | R$ 373,60 |
| 302040056 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS | R$ 4,67 | 80 | R$ 373,60 |
| 301010048 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | R$ 6,30 | 32 | R$ 201,60 |
| TOTAL | | | 352 | R$ 1.830,40 |

LOTE 60 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA VI

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 302070010 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO | R$ 4,67 | 80 | R$ 373,60 |
| 302070036 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS) | R$ 4,67 | 80 | R$ 373,60 |
| 301010048 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | R$ 6,30 | 16 | R$ 100,80 |
| TOTAL | | | 176 | R$ 848,00 |

LOTE 61 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA VII

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 302020012 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS | R$ 6,35 | 40 | R$ 254,00 |
| 301010048 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | R$ 6,30 | 4 | R$ 25,20 |
| TOTAL | | | 44 | R$ 279,20 |

LOTE 62 – PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – TRATAMENTOS POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 303120061 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMER) ATÉ 30 MCI | R$ 443,70 | 1 | R$ 443,70 |
| 303120070 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (GRAVES) | R$ 359,70 | 3 | R$ 1.079,10 |
| TOTAL | | | 4 | R$ 1.522,80 |

LOTE 63 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS , ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL I

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 407010254 | RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA | R$ 29,84 | 2 | R$ 59,68 |
| 407010319 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELASTICA DE LESAO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO | R$ 51,75 | 5 | R$ 258,75 |
| TOTAL | | | 7 | R$ 318,43 |

LOTE 64 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS, ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL II

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 0407020314 | LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO) | R$ 14,77 | 5 | R$ 73,85 |
| 407020390 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE | R$ 13,63 | 5 | R$ 68,15 |
| 407020497 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE HEMORROIDAS (POR SESSAO) | R$ 13,63 | 10 | R$ 136,30 |
| TOTAL | | | 20 | R$ 278,30 |

LOTE 65 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – MAMA

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 410010022 | ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO | R$ 20,74 | 5 | R$ 103,70 |
| TOTAL | | | 5 | R$ 103,70 |

LOTE 66 - TERAPIAS DO APARELHO GENITURINÁRIO

| CÓDIGO PROCEDIMENTO | NOME DO PROCEDIMENTO | VALOR TABELA SUS | QTD MENSAL | VALOR MENSAL |
|---|---|---|---|---|
| 309030102 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIAO RENAL) | 172 | 32 | 5.504,00 |
| 309030110 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIOES RENAIS) | 150,5 | 24 | 3.612,00 |
| 309030129 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL) | 172 | 48 | 8.256,00 |
| 309030137 | LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIOES RENAIS) | 150,5 | 32 | 4.816,00 |
| TOTAL | | | 136 | R$ 22.188,00 |

## RESUMO DO ANEXO I

| LOTE | PROCEDIMENTO | QTD MENSAL | VALOR MENSAL | QTD ANUAL | VALOR ANUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| LOTE 1 | PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA – COLETA DE MATERIAL I | 2 | R$ 92,38 | 24 | R$ 1.108,56 |
| LOTE | PROCEDIMENTO COM FINALIDADE | 56 | R$ 3.920,00 | 672 | R$ 47.040,00 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | DIAGNOSTICA – COLETA DE MATERIAL II | | | | |
| LOTE 3 | PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA – COLETA DE MATERIAL III | 106 | R$ 11.237,52 | 1272 | R$ 134.850,24 |
| LOTE 4 | DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO I | 5 | R$ 28,95 | 60 | R$ 347,40 |
| LOTE 5 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA I | 8147 | R$ 50.592,87 | 97764 | R$ 607.114,44 |
| LOTE 6 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA II | 1 | R$ 48,85 | 12 | R$ 586,20 |
| LOTE 7 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA III | 1 | R$ 48,85 | 12 | R$ 586,20 |
| LOTE 8 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA IV | 441 | R$ 3.976,71 | 5292 | R$ 47.720,52 |
| LOTE 9 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA V | 110 | R$ 708,40 | 1320 | R$ 8.500,80 |
| LOTE 10 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA VI | 40 | R$ 4.744,00 | 480 | R$ 56.928,00 |
| LOTE 11 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA VII | 105 | R$ 2.098,80 | 1260 | R$ 25.185,60 |
| LOTE 12 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA VIII | 100 | R$ 929,00 | 1200 | R$ 11.148,00 |
| LOTE 13 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA IX | 25 | R$ 1.961,50 | 300 | R$ 23.538,00 |
| LOTE 14 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA X | 10 | R$ 625,00 | 120 | R$ 7.500,00 |
| LOTE 15 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XI | 4000 | R$ 116.437,50 | 48000 | R$ 1.397.250,00 |
| LOTE 16 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XII | 215 | R$ 9.935,55 | 2580 | R$ 119.226,60 |
| LOTE 17 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XIII | 20 | R$ 906,80 | 240 | R$ 10.881,60 |
| LOTE 18 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XIV | 250 | R$ 13.775,00 | 3000 | R$ 165.300,00 |
| LOTE 19 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA XV | 100 | R$ 777,00 | 1200 | R$ 9.324,00 |
| LOTE 20 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA I | 18750 | R$ 1.488.562,50 | 225000 | R$ 17.862.750,00 |
| LOTE 21 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA II | 100 | R$ 4.290,00 | 1200 | R$ 51.480,00 |
| LOTE 22 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA III | 10 | R$ 1.650,00 | 120 | R$ 19.800,00 |
| LOTE 23 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA IV | 605 | R$ 24.163,70 | 7260 | R$ 289.964,40 |
| LOTE 24 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA V | 400 | R$ 15.840,00 | 4800 | R$ 190.080,00 |
| LOTE 25 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA VI | 3 | R$ 351,00 | 36 | R$ 4.212,00 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LOTE 26 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA VII | 5 | R$ 825,00 | 60 | R$ 9.900,00 |
| LOTE 27 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA VIII | 980 | R$ 23.716,00 | 11760 | R$ 284.592,00 |
| LOTE 28 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA IX | 40 | R$ 1.584,00 | 480 | R$ 19.008,00 |
| LOTE 29 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA X | 3 | R$ 72,60 | 36 | R$ 871,20 |
| LOTE 30 | DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA XI | 40 | R$ 1.017,20 | 480 | R$ 12.206,40 |
| LOTE 31 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA I | 50 | R$ 4.799,50 | 600 | R$ 57.594,00 |
| LOTE 32 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA II | 5 | R$ 693,15 | 60 | R$ 8.317,80 |
| LOTE 33 | DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA I | 382 | R$ 99.601,60 | 4584 | R$ 1.195.219,20 |
| LOTE 34 | DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA + PROCEDIMENTO CIRUGICO PARA COLOCAÇÃO DE PROTESES EM APARELHO DIGESTIVO | 9 | R$ 822,93 | 108 | R$ 9.875,16 |
| LOTE 35 | DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA | 200 | R$ 15.816,00 | 2400 | R$ 189.792,00 |
| LOTE 36 | DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA APARELHO RESPIRATÓRIO II | 7 | R$ 877,28 | 84 | R$ 10.527,36 |
| LOTE 37 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA | 100 | R$ 19.991,00 | 1200 | R$ 239.892,00 |
| LOTE 38 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA | 50 | R$ 1.250,00 | 600 | R$ 15.000,00 |
| LOTE 39 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA I | 1300 | R$ 10.164,00 | 15600 | R$ 121.968,00 |
| LOTE 40 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA II | 200 | R$ 6.000,00 | 2400 | R$ 72.000,00 |
| LOTE 41 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA III | 84 | R$ 51.792,48 | 1008 | R$ 621.509,76 |
| LOTE 42 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA I | 152 | R$ 2.434,00 | 1824 | R$ 29.208,00 |
| LOTE 43 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA II | 20 | R$ 500,00 | 240 | R$ 6.000,00 |
| LOTE 44 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA III | 50 | R$ 1.350,00 | 600 | R$ 16.200,00 |
| LOTE 45 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA IV | 15 | R$ 405,00 | 180 | R$ 4.860,00 |
| LOTE 46 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA V | 5 | R$ 20,30 | 60 | R$ 243,60 |
| LOTE 47 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA | 5 | R$ 20,30 | 60 | R$ 243,60 |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | VI | | | | |
| LOTE 48 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA VII | 5 | R$ 20,30 | 60 | R$ 243,60 |
| LOTE 49 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA VIII | 10 | R$ 1.250,00 | 120 | R$ 15.000,00 |
| LOTE 50 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA I | 437 | R$ 8.978,35 | 5244 | R$ 107.740,20 |
| LOTE 51 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – OTORRINOLARINGOLOGIA /FONOAUDIOLOGIA II | 15 | R$ 37,70 | 180 | R$ 452,40 |
| LOTE 52 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – PNEUMOLOGIA I | 250 | R$ 695,00 | 3000 | R$ 8.340,00 |
| LOTE 53 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – PNEUMOLOGIA II | 30 | R$ 149,20 | 360 | R$ 1.790,40 |
| LOTE 54 | MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – UROLOGIA | 100 | R$ 513,30 | 1200 | R$ 6.159,60 |
| LOTE 55 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA I | 660 | R$ 3.684,00 | 7920 | R$ 44.208,00 |
| LOTE 56 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA II | 16248 | R$ 87.912,00 | 194976 | R$ 1.054.944,00 |
| LOTE 57 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA III | 1372 | R$ 8.705,60 | 16464 | R$ 104.467,20 |
| LOTE 58 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA IV | 440 | R$ 2.456,00 | 5280 | R$ 29.472,00 |
| LOTE 59 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA V | 352 | R$ 1.830,40 | 4224 | R$ 21.964,80 |
| LOTE 60 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA VI | 176 | R$ 848,00 | 2112 | R$ 10.176,00 |
| LOTE 61 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – FISIOTERAPIA VII | 44 | R$ 279,20 | 528 | R$ 3.350,40 |
| LOTE 62 | PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – TRATAMENTOS POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO | 4 | R$ 1.522,80 | 48 | R$ 18.273,60 |
| LOTE 63 | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS , ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL I | 7 | R$ 318,43 | 84 | R$ 3.821,16 |
| LOTE 64 | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS, ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL II | 20 | R$ 278,30 | 240 | R$ 3.339,60 |
| LOTE 65 | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – MAMA | 5 | R$ 103,70 | 60 | R$ 1.244,40 |
| LOTE 66 | TERAPIAS DO APARELHO GENITURINÁRIO | 136 | R$ 22.188,00 | 1632 | R$ 266.256,00 |
| | **TOTAL** | **57615** | **R$ 2.143.224,50** | **691380** | **R$ 25.718.694,00** |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO II

## Modelo do Envelope

**Secretaria Municipal da Saúde - Aracaju/Sergipe**

**A/C DA COMISSÃO DO CHAMAMENTO PÚBLICO SMS – N.º 005/2022 – CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE**

**(nome da instituição interessada e seu respectivo endereço)**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO III

## Declaração

Declaramos, sob as penas da Lei, em atendimento ao quanto previsto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não empregamos menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, () nem menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

Aracaju _____de _____ de _____.

_____

**(nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa).**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO IV

## Análise Econômico-Financeira

A situação financeira das licitantes será aferida por meio dos índices de:

- Liquidez corrente – LC
- Liquidez geral – LG
- Solvência geral – SG

Ativo Circulante
LC = _____
Passivo Circulante

Ativo Circulante (+) Realizável ao Longo Prazo
LG = _____
Passivo Circulante (+) Exigível ao Longo Prazo

Ativo Total
SG = _____
Passivo Circulante (+) Exigível ao Longo Prazo

Os índices calculados acompanharão as demonstrações contábeis, sendo consideradas habilitadas as empresas que apresentarem os seguintes resultados:

Liquidez corrente – índice maior ou igual a 1,00
Liquidez geral – índice maior ou igual a 1,00
Solvência geral – índice maior ou igual a 1,00

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

## ANEXO V

### Declaração de Incompatibilidade de Cargos e Funções

Eu, _____, declaro, para os devidos fins, que na Instituição _____, não há nenhum sócio ou diretor que exerça Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do município de Aracaju, não comprometendo desta forma a participação da Instituição supracitada no presente processo de Chamamento Público.

Em ____ / ____ / ____

_____
Assinatura

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO VI

## Declaração de Ciência dos Termos

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ n.º xxxxxxx, com sede no endereço XXXX, através de seus sócios e/ou diretores, infra–firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO n.º 05/2022, cujo objeto a prestação de serviços de saúde na área de diagnóstico em laboratório clínico a serem executados aos usuários do SUS, por intermédio da regulação, declara, sob as penas da lei, que:

 Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, bem como pelos preços contratados, e estão de acordo com o programa de repasse e financeiro disponibilizado pela Secretaria Municipal da Saúde.

 Tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as regras do SUS, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e seguindo as normas fixadas pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju.

Aracaju, _____ de _____ de _____.

Assinatura (nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).
**Observação: Em papel timbrado da Instituição interessada.**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO VII

**Modelo de Indicação das Instalações, do Aparelhamento e do Pessoal Técnico.**
**CHAMAMENTO PÚBLICO SMS n.° 05/2022.**

Indicamos para os fins de cumprimento das obrigações editalícias, as instalações, o aparelhamento e pessoais técnicos adequados e disponíveis para realização do objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO n.° 05/2022, como sendo:

 Instalações e Aparelhamento (descrever COM PRECISÃO as instalações e aparelhamentos disponíveis aos usuários do SUS)

 Pessoal Técnico (Relação do corpo clínico com seu respectivo número do Conselho de Classe, carga horária e a qualificação completa dos responsáveis pelas respectivas categorias).

Declaro que todas as informações aqui prestadas estão corretas e correspondem à realidade.

Aracaju, _____de _____ de _____.

Assinatura (nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa).

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO VIII

**Quantitativo de Procedimentos Ofertados e Especificações – nos termos do anexo I**

Lote:

Código Procedimento/Subgrupo:

Quantidade Ofertada (Mês):

Total de Procedimentos:

Aracaju _____de _____ de _____.

_____

Assinatura (nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa)

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO IX

## Modelo de Formulário de Cadastramento

A Instituição....., pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua/Avenida ..... n.º ....., Bairro ....., Cidade ....., Estado ....., CEP n.º, ..... inscrita no CNPJ sob o n.º ....., vem solicitar seu cadastramento nos termos do Edital do Chamamento Público n.º XX/2020, informando desde já os dados a seguir:

DADOS DA INSTITUIÇÃO

Nome:

Telefone:

Email:

Banco Agência Conta

Aracaju _____de _____ de _____.

_____

Assinatura (nome, carimbo e assinatura do representante legal da instituição).

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**ANEXO X**
**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º xxxxx /2022**

**MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE N.º XXX/2022, que entre si firmam de um lado, o MUNICIPIO DE ARACAJU, através da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, representada pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE e a empresa XXXXXXXXXXXXXX.**

Pelo presente instrumento de Contrato de Prestação de Serviços **n.º XX/2022, oriundo do Chamamento Público Nº 05/2022**, de um lado o Município de Aracaju, pessoa jurídica de direito público, representado neste ato pela **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, via **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrito no CNPJ n.° 11.718.406/0001-20, representada por sua Secretária, **WANESKA DE SOUZA BARBOZA**, brasileira, solteira, médica, portadora do CPF n.° xxxxxxxxxxxxx e Cédula de Identidade n.° xxxxxxxxxxx SSP/XX, doravante denominado apenas de **CONTRATANTE e a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº xxxxx/xxxx, **CNES nº xxxxx**, estabelecido na xxxxxxxxxxxxxx, neste ato representado pelo seu representante legal, portador da carteira de identidade n.º XXXXXXXXXXX e inscrito no CPF n.º XXXXXXXXXXXX, doravante denominado **CONTRATADO**, tendo em vista o Chamamento Público XX/2020, o que dispõe a Lei n.º 8.080/90 e demais legislações pertinentes, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente instrumento, que se regerá pelas normas gerais da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e demais legislações aplicáveis mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente termo tem por objeto a execução pela **CONTRATADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM DIVERSAS ÁREAS DE ESPECIALIDADE**, conforme Lote XXXX do Anexo I do Edital de Chamamento Público nº. 05/2022, a serem prestados aos munícipes de Aracaju e/ou munícipes de regiões referenciadas deste Município, nos limites quantitativos (físico / financeiro) adiante fixados, que seguirão as normas do Sistema Único de Saúde – SUS.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES GERAIS**

Na execução do presente contrato, os contratantes deverão observar as seguintes condições gerais:

I - O acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência;

II - Encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contrarreferência do SUS e sem prejuízo da observância das ações do NUCAR – Núcleo de Controle Avaliação e Regulação, deste Município;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

III - Gratuidade nos serviços de saúde, vedação do pagamento pelo servidor de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento do fornecimento do serviço;

IV - Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;

V - Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;

VI - Obediência às normas pertinentes à matéria objeto do edital de chamamento público nº. 05/2022, sob pena de rescisão contratual;

VII - Se a instituição for credenciada para prestar serviços de consultas e exames, e posteriormente solicitar a inclusão de lotes referentes a procedimentos cirúrgicos, deverá passar por nova vistoria para verificação de aptidão de tal inclusão. Este posicionamento deverá ser adotado para casos semelhantes;

§ 1º Os serviços ambulatoriais ora contratados obedecerão aos limites quantitativos e financeiros mensais dispostos na Ficha de Programação Orçamentária – FPO, **Anexo I do edital e respeitando o rateio entre os interessados habilitados**, que integra este instrumento, para todos os efeitos legais;

§ 2º Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde desta SMS e serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS;

§ 3º A **CONTRATADA** fica, desde já, ciente de que os procedimentos eletivos contratados deverão ser realizados mediante agendamento e autorização do NUCAR, conforme critérios técnicos pré-definidos por esta SMS;

§ 4º Os Serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados por _____, situada _____, n.º ____ na cidade de Aracaju, com Alvará de Funcionamento expedido pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS, sob o n.º ____ e sob a responsabilidade técnica do Dr.(a) _____, registrado no Conselho de Classe de_____ sob o n.º ____;

§ 5º É terminantemente proibido a realização de quaisquer etapas dos procedimentos contratados em locais diversos daquele previsto em contrato, somente podendo ser feita por autorização expressa da Secretaria Municipal da Saúde;

§ 6º As instituições que realizam procedimentos cuja execução dependa da habilitação do Ministério da Saúde, somente poderá fazê-lo se a obtiver;

§ 7º Fica consignado à possibilidade dos servidores e usuários denunciarem qualquer irregularidade na prestação dos serviços e/ou no faturamento.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

Para o cumprimento do objeto deste contrato, a **CONTRATADA** obriga-se a prestar os serviços em estrita observância às especificações constantes na FPO, devendo:

I - Manter a disposição do SUS a capacidade total ofertada neste Contrato;

II - Assegurar o cumprimento integral das normas e diretrizes do SUS, assim como de normas complementares estaduais e municipais, no que couber;

III - Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

IV - Submeter-se, quando necessário, a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;

V - Assegurar o funcionamento contínuo, em perfeitas condições, dos serviços ora propostos;

VI - Garantir quadro de recurso humano qualificado e compatível aos serviços ora contratados, de modo que a prestação se dê de forma contínua e ininterrupta;

VII - Manter afixado em lugar visível placa informando que a **CONTRATADA** atende pelo **SUS**;

VIII- Disponibilizar acesso único aos usuários, não importando se o atendimento se dará através do SUS ou por qualquer outro tipo de convênio;

IX - Não efetuar qualquer tipo de cobrança aos usuários no que tange aos serviços cobertos pelo SUS;

X - Responder pelas obrigações fiscais, eventualmente devidas, de qualquer natureza, relativa à equipe, sendo-lhe defeso invocar a existência desse Contrato para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**;

XI - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade de Saúde, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários do SUS, que deverão estar em conformidade com as Resoluções dos Conselhos de Classe pertinentes, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;

XII - Garantir as condições técnicas e operacionais para a manutenção das licenças e alvarás nas repartições competentes, necessárias à execução dos serviços, objeto do presente Contrato, bem como do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;

XIII - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros, por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares, que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

XIV - Garantir a desinfecção, esterilização e antissepsia, em perfeitas condições com as normas técnicas vigentes, bem como assegurar o uso adequado dos equipamentos, garantindo o funcionamento das instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral, para a correta prestação dos serviços ora contratados;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

XV - Utilizar o Sistema de Informação desta SMS para registro das informações dos serviços prestados, obedecendo aos prazos, fluxos e rotinas de entrega da produção à **CONTRATANTE**;

XVI - Disponibilizar a agenda, em até 100% ao NUCAR, conforme critérios técnicos pré-definidos por esta SMS;

XVII - Submeter-se aos critérios de autorização e regulação estabelecida por esta SMS;

XVIII - Não negar atendimento ao paciente encaminhado pela Regulação do NUCAR;

XIX - Fornecer a esta SMS, quando solicitado, informações necessárias à avaliação dos serviços contratados;

XX - Manter atualizado o CNES, o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH, ou outro sistema de informação que venha a ser implementado pela **CONTRATANTE**;

XXI - Permitir, a qualquer tempo, o acesso de técnicos da SMS às suas instalações com a finalidade de acompanhar e fiscalizar a execução do contrato.

XXII – Fornecer os laudos dos procedimentos realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do dia seguinte à realização dos mesmos;

XXIII – Os serviços objeto desta contratação não poderão sofrer interrupção por motivo de férias, licença média, demissão, quebra de aparelho, etc., devendo haver imediata substituição e prestação do serviço.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

I - Transferir os recursos previstos neste Contrato à **CONTRATADA**, conforme Cláusula Quinta deste termo;

II - Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados;

III - Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde;

IV - Analisar a produção da **CONTRATADA**, comparando-se a oferta com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados;

V - Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento assim como lhe dar ciência de qualquer alteração no presente Contrato.

**CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

O valor mensal estimado do presente Contrato importa em R$ **xxxxxxx** e anual estimado R$ **xxxxxxxxx** conforme tabela de preços constantes na Tabela SUS e preço contratado, além do quantitativo de procedimentos ofertados pela **CONTRATADA**.

§ 1º Os serviços prestados serão remunerados no valor da produção total aprovada pelos sistemas oficiais da **CONTRATANTE**, a ser pago em parcelas mensais pós-produção;

§ 2º Estão inclusos nos preços todo e qualquer custo ou despesa necessários à prestação dos serviços objeto deste instrumento, tais como: encargos tributários, trabalhistas, previdenciários, sociais, despesas e custos operacionais e não operacionais (translado materiais de consumo, expediente, penso, medicamentos, limpeza, telefone, gases liquefeitos e medicinais, lavanderia, alimentação entre outros);

§ 3º O repasse previsto na presente cláusula será efetivado com base na Nota Fiscal/Fatura e relatórios dos sistemas oficiais da **CONTRATANTE**;

§ 4° A SMS aumentará o teto financeiro deste Contrato na mesma proporção que o Ministério da Saúde aumentar o valor dos procedimentos existentes na Tabela SUS;

§ 5° Anualmente poderá ser feita a revisão dos valores financeiros, e os quantitativos de serviços, desde que se respeitem às disposições legais vigentes e haja dotação orçamentária para tanto.

§ 6º A SMS pagará mensalmente pelos serviços efetivamente realizados conforme Tabela SUS em vigor, editada pelo Ministério da Saúde e de acordo com o preço contratado dos procedimentos referenciados**.**

## CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA

As despesas ocorrerão à conta dos recursos previstos no orçamento da Secretaria Municipal da Saúde – SMS, na forma abaixo declinada:

| | |
|---|---|
| **A. Unidade Orçamentária** | **xx** |
| **B. Fonte de Recurso** | **xx** |
| **C. Programa de Trabalho** | **xx** |
| **D. Projeto/Atividade/Denominação** | **xx** |
| **E. Elemento de Despesa** | **xx** |

## CLÁUSULA SÉTIMA – DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE

O Contrato contará com um fiscal para avaliar a execução dos serviços contratados.

§ 1° O fiscal do contrato de que trata o caput desta cláusula será designado por ato específico para tal finalidade;

§ 2° As atribuições do fiscal do contrato, dentre outras, serão de acompanhar a execução dos serviços contratados;

§ 3° A **CONTRATADA** fica obrigada a fornecer ao fiscal do contrato, todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades;

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

§ 4° A existência do fiscal não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal);

§ 5° A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento.

**CLÁUSULA OITAVA – DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

A **CONTRATADA** obriga-se a encaminhar à **CONTRATANTE**, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações:

I - Arquivos (faturamento) e relatórios da produção mensal até último dia previsto no calendário estipulado pelo NUCAR;

II - Nota Fiscal/Fatura e demais documentos referentes aos serviços efetivamente executados no período, conforme estabelecido pelo NUCAR.

**CLÁUSULA NONA – DAS ALTERAÇÕES**

O presente Contrato poderá ser alterado mediante a celebração de Termo Aditivo, ressalvado o seu objeto, que não pode ser modificado, com exceção de procedimentos que, hodiernamente, não estejam incluídos na Tabela do SUS e que venham, posteriormente, a ser inclusos.

Parágrafo Único: A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, e mediante Termo Aditivo, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários ao quantitativo dos serviços, no montante de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado no presente Contrato, de acordo com o art. 65 § 1º da Lei n.º 8.666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO**

O presente Contrato poderá ser rescindido total ou parcialmente pela **CONTRATANTE** quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

I - Pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pela **CONTRATANTE**;

II - Pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da SMS ou do Ministério da Saúde;

III - Pela negativa da **CONTRATADA** em prestar serviços aos usuários do SUS ou pela paralisação dos serviços sem prévia comunicação à **CONTRATANTE**;

IV - Caso efetue qualquer tipo de cobrança aos usuários no que tange aos serviços cobertos pelo SUS;

V - Descumprimento de qualquer cláusula estabelecida no Edital.

§ 1° Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a **CONTRATADA** estará obrigada a continuar a prestação dos

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

serviços contratados por mais 90 (noventa) dias, sob pena de, em havendo negligência de sua parte, estar sujeita às sanções legais;

§ 2° Em caso de rescisão do presente Contrato pela **CONTRATANTE** não caberá, à **CONTRATADA**, direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços prestados até a data do evento.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES**

Os contratantes decidem aplicar ao presente Contrato o disposto na Lei nº. 8.666/93 no caso de descumprimento, das cláusulas e condições nele estipuladas.

§ 1° A **CONTRATADA** sujeitar-se-á, no caso de inadimplemento de suas obrigações, às seguintes penalidades, conforme a gravidade da infração, sem prejuízo de sanções civis e criminais, se for o caso:

**XI.1** São penalidades aplicáveis a CONTRATADA além das previstas na legislação pertinente:

**a)** Advertência;
**b)** Multa;
**c)** Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Administração;
**d)** Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração.

**XI.2** As penalidades enumeradas nas alíneas “c” e “d” poderão ser aplicadas concomitantemente com a da alínea “b”;

**XI.3** Será assegurada prévia defesa a CONTRATADA, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista do respectivo processo, sem prejuízo de eventual suspensão cautelar da vigência do contrato nas hipóteses em que a Administração repute de risco ou iminência de risco à saúde da população;

**XI.4** A aplicação da pena de advertência dar-se-á, nos casos de descumprimento dos itens II, III, V, VII, VIII, e XXI da cláusula Terceira do presente Contrato, ou a critério da Secretaria Municipal da Saúde, no caso de infrações leves;

Entende-se por infrações leves aquelas que não constituírem dolo ou que não implicarem em prejuízo direto ao usuário, nem em ato lesivo ao SUS.

Nos casos em que se fizerem necessários, a pena de advertência será acompanhada de prazo para que a CONTRATADA sane a não conformidade, ora identificada, podendo, inclusive, resultar na suspensão temporária da vigência do contrato, até o cumprimento da obrigação.

**XI.5** Caberá pena de multa nos casos de descumprimento dos itens I, IV, VI, IX, XII, XV, XVI, XVII, XVIII da cláusula Terceira do presente Contrato;

**XI.6** A multa será imposta, igualmente, a critério da Administração, para as infrações não previstas expressamente no contrato e edital e que não se qualifiquem passíveis de aplicação da pena de advertência;

**XI.7** A multa será graduada de acordo com a gravidade da infração, observado o seguinte limite máximo:

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

**a)** 20% (vinte por cento) sobre o valor mensal orçado para a prestação de serviços pela CONTRATADA.

**XI.8** A apresentação de produção maior do que os serviços efetivamente realizados acarretará em ressarcimento ao erário do valor indevidamente cobrado, bem como na cobrança de multa equivalente a este valor;

**XI.9** As penas de suspensão temporária de participação em licitação, de impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública serão aplicadas a CONTRATADA se, em razão deste contrato, vier a sofrer condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos, praticar atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação e demonstrar não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados, nos termos da Lei n.° 8.666/93;

**XI.10** Esgotados todos os prazos para execução do objeto do contrato que lhe tiverem sido concedidos pela autoridade CONTRATANTE, a CONTRATADA ficará automaticamente impedida de participar de novas licitações enquanto não cumprir a obrigação antes assumida, sem prejuízo de outras penalidades;

**XI.11** A administração se reserva ao direito de descontar do pagamento devido a CONTRATADA, o valor de qualquer multa e/ou demais sanções pecuniárias que porventura sejam impostas em virtude do descumprimento das condições estipuladas neste contrato;

**XI.12** Quando houver suspensão da prestação dos serviços e/ou a CONTRATADA ficar impossibilitada de sofrer descontos nas próximas faturas, à cobrança será efetuada via administrativa e/ou judicial, e os valores respectivos deverão ser recolhidos aos cofres do Fundo Municipal de Saúde;

§ 1° Caberá suspensão temporária do credenciamento do SUS ou da prestação de determinado serviço, naquelas ações que resultem em danos pecuniários, ou que infringirem as normas reguladoras do SUS, de natureza operacional, administrativa ou contratual, ou ainda que levarem prejuízo à assistência do usuário.
§ 2° O prazo da suspensão será de 30 (trinta) a 90 (noventa) dias a depender da gravidade da infração. Nos casos em que a suspensão provier de irregularidade específica ou omissão a norma reguladora do SUS, o seu prazo estará condicionado até que a CONTRATADA sane as irregularidades e/ou respectivas omissões.
§ 3° As multas previstas nesta cláusula não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** de responsabilidade por perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.
§ 4° Na aplicação das sanções, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o SUS, as circunstâncias agravantes e atenuantes e os antecedentes da respectiva instituição de saúde.

§ 5° O cometimento reiterado de faltas implicará no agravamento da penalidade, devendo ser observada a proporcionalidade entre a falta cometida e a pena aplicada.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DENÚNCIA**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

Qualquer um dos contratantes poderá denunciar o presente Contrato, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, devendo ser respeitado o andamento das atividades que não puderem ser interrompidas neste prazo ou que possa causar prejuízos à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para o encerramento deste Contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO**

A **CONTRATANTE** providenciará a publicação do extrato do presente Contrato no Diário Oficial do Município de Aracaju, de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n.º 8.666/93 e na forma da legislação municipal.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do Contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período, limitado ao máximo de 60 (sessenta) meses.

Parágrafo Único: A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitando prazo de vigência do Contrato, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Fundo Municipal da Saúde – FMS.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO**

Fica eleito o foro da Comarca de Aracaju, estado de Sergipe, para dirimir questões sobre a execução do presente Contrato e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos contratantes. E, por estarem, assim, justos e acordados, os contratantes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Aracaju, _____ de _____ de _____.

_____
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

_____
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
**CONTRATADA**

Testemunhas:

1._____ CPF _____

2._____CPF _____

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# PLANO OPERATIVO – CTPS XXXXX/2022

## CONTRATADO XXXXXX

O Plano Operativo, parte integrante do contrato celebrado entre o Município de Aracaju e a **EMPRESA XXXXX,** encontra-se delineado à missão do Contratado no Sistema Único de Saúde, bem como, são apresentadas as ações, atividades, serviços, metas e indicadores pactuados, em conformidade com o edital de chamamento público nº. 05/2022 e das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## I - DIRETRIZES GERAIS

I. Contratação dos serviços e ações necessárias para compor elenco que, em combinação com as ações organizadas em outras unidades da rede ambulatorial e em outras redes, visam assegurar atendimento integral aos usuários SUS em Aracaju.
II. Ordenamento da capacidade instalada para atender as necessidades mais prementes dos usuários atendidos nas instituições prestadoras de serviços.
III. Estabelecimento de metas de atendimento ambulatorial, onde se pactuam as quantidades e as características que qualificam essas ações.
IV. Aprimorar o modelo de atenção tendo em vista a implantação de programas de humanização preconizados pelo Ministério da Saúde e as características do modelo implantado pelo gestor.
V. Aprimoramento da gestão ambulatorial.

## II - AÇÕES E SERVIÇOS

As ações e serviços na área de diagnóstico dos serviços contratados consideram por um lado as características assistenciais da unidade contratada, sua vocação, sua densidade tecnológica e, ainda, sua missão no contexto do SUS.

### Missão da EMPRESA XXXXXXXXXXX

Referência em prestação de serviços na área de serviços ambulatoriais e apoio diagnóstico e terapêutico.

## III - CAPACIDADE OPERACIONAL

### Ordenamento da Capacidade operacional

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

Com vistas ao ordenamento da capacidade instalada, como diretriz geral, as instituições contratualizadas deverão adequar os serviços conforme a demanda e necessidades dos gestores.

A gestão sobre a capacidade operacional deverá obedecer aos fluxos estabelecidos e normatizados pela Secretaria Municipal da Saúde. Assim, a capacidade operacional dos serviços como unidade de urgência, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico deverão estar à disposição dos usuários do SUS de forma ininterrupta, possibilitando acesso a toda a tecnologia disponível na instituição.

### Implantação de novos serviços

A implantação de novos serviços deverá obedecer aos seguintes pressupostos: necessidade do gestor, disponibilidade de recursos financeiros e reunir as condições técnicas indispensáveis para sua habilitação.

## IV - DA ENTREGA DOS RESULTADOS DOS EXAMES:

A CONTRATADA se compromete a entregar os resultados dos exames no prazo máximo de **30 (trinta)** dias corridos após a entrega no prestador.

## V - METAS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento será ambulatorial, dando ênfase no nível de classificação e hierarquia. Para conformação dos quantitativos ora pactuados, em conformidade com a regulamentação do termo de contratualização e da Planilha abaixo.

**LOTE 01 – DIAGNÓSTICO POR**

---

## VI - DA VALIDADE

O Plano Operativo terá validade de 12 meses.

Aracaju, de de 2022

xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE**
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
**CONTRATADA**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

# ANEXO XI

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**LOTES 01-04; 20-30; 34-36; 38-54**

**DATA: ____ / ____ / _____**

**DADOS DO ESTABELECIMENTO VISTORIADO**

## 1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Razão Social: _____

1.2. Nome Fantasia: _____

1.3. CNPJ: _____ CNES: _____

1.4. Endereço: _____ Bairro: _____

1.5. Fone: _____

1.6. E-mail: _____

1.7. Responsável legal: _____

1.8. Responsável técnico: _____ Conselho de Classe: _____

1.9. Número total de funcionários: Nível superior: _____ Nível médio: _____

1.10. Número da Licença Sanitária: _____ Expedida em: ____

1.11. Licença de funcionamento: _____Data: _____ Validade: _____

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**LOTES 01-04; 20-30; 34-36; 38-54**

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s) :** _____

**PRIMEIRA PARTE**

| Nº | ITEM DE VERIFICAÇÃO | SIM | NÃO |
|---|---|---|---|
| 01 | A estrutura física dispõe de acessibilidade para portadores de necessidades especiais? | | |
| 02 | Existe sanitário adaptado para deficientes e/ou cadeirantes? | | |
| 03 | Possui ar-condicionado central e/ou por ambiente? | | |
| 04 | Possui política de garantia da qualidade, envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão, formalmente expressa e autorizada pela direção do serviço? | | |
| 05 | Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível? | | |
| 06 | Os ambientes estão identificados? | | |
| 07 | Possui rotinas e normas que contemplem a avaliação de satisfação do usuário atualizadas anualmente, assinadas pelo responsável técnico pela unidade e disponível aos colaboradores? | | |
| 08 | A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo: nome, data de nascimento, sexo, endereço, telefone de contato, CNS, e CPF? | | |
| 09 | Os ambientes possuem lavatórios com provisão de sabão, anti-séptico e recursos para secagem das mãos? | | |
| 10 | Dispõe de procedimentos de limpeza e desinfecção/esterilização de todos os dispositivos que entram em contato direto com a pele e/ou mucosa dos pacientes, a cada atendimento, a fim de prevenir infecção e/ou qualquer outro evento adverso? | | |
| 11 | Possui regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências? | | |
| 12 | Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público? | | |
| 13 | Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| | * Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário. | | |
| **14** | Possui contrato de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos? | | |
| **15** | Equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? | | |
| **16** | O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES, está atualizado? | | |
| **17** | Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal? | | |
| **18** | Mantem disponíveis registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas, inclusive documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe, quando for o caso? | | |
| **19** | Possui registros que evidenciam a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente para todos os profissionais? | | |
| **20** | Os funcionários estão uniformizados? | | |
| **21** | Mantem disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente ao controle de saúde ocupacional? | | |
| **22** | Possui plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)? | | |
| **23** | Funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas? | | |
| **24** | Mantem registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis? | | |
| **25** | Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? | | |
| **26** | Dispõe de materiais e equipamentos para o atendimento de emergência aos usuários, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento? | | |
| **27** | Possui mecanismos e/ou rotina estabelecida que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção? | | |
| **28** | Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade? | | |
| **29** | Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso? | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| **30** | Possui controle, semestral, da qualidade da água necessária ao funcionamento do estabelecimento? | | |
| **31** | Possui documento que comprove ações de manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações prediais, de forma própria ou terceirizada? | | |
| **32** | Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas? | | |
| **33** | Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? | | |

**Legenda para a Primeira Parte: SIM – 03 pontos NÃO – 00 ponto**

**Pontuação máxima na Primeira Parte: 99 pontos.**

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE:**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

## ROTEIRO DE VISTORIA

## LOTES 01-04; 20-30; 34-36; 38-54

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s):** _____

### SEGUNDA PARTE

### AVALIAÇÃO GERAL

**1. Controle de Qualidade**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | Dispõe de programa de controle de qualidade. | | 01 ponto |
| B | Não dispõe de programa de controle de qualidade. | | 00 ponto |

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA SEGUNDA PARTE:**

**Pontuação máxima na Primeira Parte 99 pontos.**

**Pontuação máxima na Segunda Parte 01 ponto.**

**Total de pontos que podem ser obtidos nesse roteiro de avaliação: 100 pontos (100%).**

**Pontuação mínima para ser aprovada: 70 pontos (70%)**

### RELATÓRIO

**Caracterização da Vistoria:** _____
**Razão social:** _____
**Lote(s) e/ou serviço(s) pleiteado(s):**_____

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | |
|---|---|
| Inspeção | **Inicial – SIM (  )  NÃO (  )** |

Período  ☐☐ ☐☐ ☐☐ **à** ☐☐ ☐☐ ☐☐

Data do Relatório  ☐☐ ☐☐ ☐☐

**Pessoas Contatadas** (nome por extenso sem abreviaturas / função):

_____

_____

| | |
|---|---|
| **Pontuação Obtida:** | |
| **Habilitado:** | **( ) Sim  ( ) Não** |

*** Pontuação mínima para ser aprovada: 70 pontos (70%).**

**Equipe:**

| Nome do fiscal / Profissão | Matrícula/Conselho de classe – Nº | Assinatura |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**RADIOLOGIA**

**Lotes: 05-19; 31; 32; 37**

**DATA: ____ / ____ / _____**

**DADOS DO ESTABELECIMENTO VISTORIADO**

## 2. IDENTIFICAÇÃO

2.1. Razão Social: _____

2.2. Nome Fantasia: _____

2.3. CNPJ: _____ CNES: _____

2.4. Endereço: _____Bairro: _____

2.5. Fone: _____

2.6. E-mail: _____

2.7. Responsável legal: _____

2.8. Responsável técnico médico: _____ CRM: _____

2.9. Responsável pela proteção radiológica: _____Conselho de Classe:_____

2.10. Número total de funcionários: Nível superior: _____ Nível médio: _____

2.11. Número da Licença Sanitária: _____ Expedida em: _____

2.12. Licença de funcionamento: _____Data: _____ Validade: _____

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**RADIOLOGIA**

**Lotes: 05-19; 31; 32; 37**

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s) :** _____

**PRIMEIRA PARTE**

| | **RADIOLOGIA** | | |
|---|---|---|---|
| **Nº** | **ITENS DE VERIFICAÇÃO** | **SIM** | **NÃO** |
| **01** | Possui Projeto Básico de Arquitetura (PBA) aprovado pela vigilância sanitária disponível? | | |
| **02** | Possui Programa de Garantia da Qualidade? | | |
| **03** | Possui Programa de Educação Permanente, para todos os profissionais? | | |
| **04** | Possui Programa de Proteção Radiológica disponível? | | |
| **05** | Possui registros que evidenciam a execução dos Programas de Garantia da Qualidade, Educação Permanente e de Proteção Radiológica, atualizados e disponíveis? | | |
| **06** | Possui responsável técnico substituto legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal? | | |
| **07** | Possui memorial descritivo aprovado pela vigilância sanitária, atualizado e disponível? | | |
| **08** | Possui a relação e registros de todos os procedimentos radiológicos realizados, normas, rotinas, protocolos, procedimentos operacionais, atualizado e disponível? | | |
| **09** | Possui inventário dos produtos sujeitos a regime de vigilância sanitária e de proteção radiológica, com comprovação de regularização junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), quando couber, atualizado e disponível? | | |
| **10** | Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizado e disponível? | | |
| **11** | Possui sinalização luminosa vermelha, visível, acima da face externa da porta de acesso, acionada durante os procedimentos radiológicos? | | |
| **12** | A sinalização luminosa está acompanhada do símbolo internacional da radiação ionizante e de inscrições na porta? Tais como: a) "Raios X, entrada restrita" ou "Raios X, entrada proibida a pessoas não autorizadas"; e b) "Quando a luz vermelha estiver acesa, a entrada é proibida". | | |
| **13** | Na sala de exames e na(s) porta(s) de acesso constam, em lugar visível, quadro com orientações de proteção radiológica? A saber: | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| | I - "Paciente, exija e use corretamente vestimenta plumbífera, para sua proteção durante o procedimento radiológico";<br><br>II - "Não é permitida a permanência de acompanhantes na sala durante o procedimento radiológico, salvo quando estritamente necessário e autorizado";<br><br>III - "Acompanhante, quando houver necessidade de contenção de paciente, exija e use corretamente vestimenta plumbífera, para sua proteção";<br><br>IV - "Nesta sala pode permanecer somente 1 (um) paciente de cada vez"; e<br><br>V - "Mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez: informem ao médico ou ao técnico antes do exame". | | |
| **14** | Funcionários utilizam equipamento de proteção individual e coletivos, de acordo com as atividades desenvolvidas? | | |
| **15** | Possui dados, atualizados, de monitoração dos indivíduos ocupacionalmente expostos? | | |
| **16** | Todo indivíduo ocupacionalmente exposto possui dosímetro individual durante sua jornada de trabalho e enquanto permanecer em área controlada? | | |
| **17** | Existe instrumento de registro e/ou rotina escrita para monitoramento e investigação de doses elevadas ? | | |
| **18** | O serviço disponibiliza equipamentos de proteção individuais aos pacientes? (aventais de chumbo, protetores de tireóide, protetor de gônadas, etc)? | | |
| **19** | Mantem exemplar da Portaria nº 330, de 20 de dezembro de 2019 disponível à equipe? | | |
| **20** | O serviço comprova que os profissionais possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis? | | |
| **21** | Possui rotinas e normas que contemplem a avaliação de satisfação do usuário? | | |
| **22** | Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade? | | |
| **23** | Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso? | | |
| **24** | Possui controle, semestral, da qualidade da água necessária ao funcionamento do estabelecimento? | | |
| **25** | Existe certificado* de sanitização do estabelecimento (desratização, desinsetização, etc.)? *Empresa responsável pela execução deverá possuir Alvará Sanitário) | | |
| **26** | Os funcionários estão uniformizados? | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| **27** | Possui contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos direta ou indiretamente ligados à assistência? | | |
| **28** | Equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? | | |
| **29** | A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo: nome, data de nascimento, sexo, endereço, telefone de contato, CNS, e CPF? | | |
| **30** | Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)? | | |
| **31** | Os registros são mantidos, no mínimo, por cinco anos? | | |
| **32** | Dispõe de materiais e equipamentos para o atendimento de emergência aos usuários, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento? | | |
| **33** | Todos os procedimentos de radioterapia pleiteados serão realizados nos equipamentos instalados no próprio estabelecimento? | | |

**Legenda: SIM – 03 pontos NÃO – 00 ponto**

**Pontuação máxima na primeira parte: 99 pontos.**

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE:**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**RADIOLOGIA**

**Lotes: 05-19; 31; 32; 37**

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s) :** _____

**SEGUNDA PARTE**

**AVALIAÇÃO GERAL**

**1 - Controle de Qualidade**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | Não dispõe de programa de acreditação. | | 00 ponto |
| B | Dispõe de programa de acreditação. | | 01 ponto |

**Pontuação máxima na Primeira Parte: 99 pontos.**

**Pontuação máxima na Segunda Parte: 01 ponto.**

**Total de pontos que podem ser obtidos nesse roteiro de avaliação: 100 pontos (100%).**

**Pontuação mínima a ser aprovada: 70 pontos.**

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA SEGUNDA PARTE:**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

# RELATÓRIO

**Caracterização da Vistoria:** _____
**Razão social:** _____
**Lote(s) e/ou serviço(s) pleiteado(s):**_____

Inspeção **SIM ( ) NÃO ( )**

Período ☐☐ ☐☐ ☐☐ **à** ☐☐ ☐☐ ☐☐

Data do Relatório ☐☐ ☐☐ ☐☐

**Pessoas Contatadas** (nome por extenso sem abreviaturas / função):
_____
_____

| | |
|---|---|
| **Pontuação Obtida:** | |
| **Habilitado:** | **( ) Sim** **( ) Não** |

*** Pontuação mínima para ser aprovada: 70 pontos (70%).**

| Nome do profissional/Profissão | Matrícula/Conselho de classe – Nº | Assinatura |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

**Lote: 33**

**DATA: ____ / ____ / _____**

**DADOS DO ESTABELECIMENTO VISTORIADO**

## 3. IDENTIFICAÇÃO

3.1. Razão Social: _____

3.2. Nome Fantasia: _____

3.3. CNPJ: _____ CNES: _____

3.4. Endereço: _____Bairro: _____

3.5. Fone: _____

3.6. E-mail: _____

3.7. Responsável legal: _____

3.8. Responsável técnico médico: _____CRM: _____

3.9. Responsável técnico de enfermagem: _____COREN: _____

3.10. Responsável técnico de farmácia: _____CRF: _____

3.11. Número total de funcionários: Nível superior: _____ Nível médio: _____

3.12. Número da Licença Sanitária: _____ Validade: _____

3.13. Licença de funcionamento: _____Data: _____ Validade: _____

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

**Lote: 33**

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s) :** _____

**PRIMEIRA PARTE**

| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº** | **ITENS DE VERIFICAÇÃO** | **SIM** | **NÃO** |
| **01** | Possui Projeto Básico de Arquitetura (PBA) aprovado pela vigilância sanitária, disponível? | | |
| **02** | A estrutura física dispõe de acessibilidade para portadores de necessidades especiais? | | |
| **03** | Existe sanitário adaptado para deficientes e/ou cadeirantes? | | |
| **04** | Possui ar-condicionado central ou por ambiente? | | |
| **05** | As salas do sistema de ressonância magnética dispõem de isolamento acústico? | | |
| **06** | Possui projeto de blindagem? | | |
| **07** | A sala de exames possui sinalização nas portas de acesso, informando os riscos e a proibição da entrada de pessoas com implantes ou outros objetos incompatíveis com a tecnologia, em linguagem ou simbologia internacionalmente aceita, compreensível para os indivíduos do público? | | |
| **08** | Dispõe de sistema de comunicação entre a sala de comando e a sala de exames, que permita manter contato audiovisual com o paciente durante toda a realização do procedimento? | | |
| **09** | Possui responsável técnico substituto legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal? | | |
| **10** | Possui disponível a relação de equipamentos e instrumentos disponíveis no serviço? | | |
| **11** | Possui programa de educação permanente que contem, dentre outras, as orientações para toda a equipe sobre segurança e restrições de acesso às zonas III ou IV quando o magneto estiver gerando campo magnético? | | |
| **12** | Funcionários utilizam equipamentos de proteção individual e coletiva, de acordo com as atividades desenvolvidas? | | |
| **13** | Possui protocolos clínicos e normas e rotinas técnicas de procedimentos disponíveis, datados, atualizados* e assinados pelo Responsável Técnico? *Revisado anualmente e sempre que necessário. | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| **14** | Mantem registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis? | | |
| **15** | Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizado e disponível? | | |
| **16** | Apresenta comprovação de que os profissionais possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis? | | |
| **17** | Possui rotinas e normas que contemplem a avaliação de satisfação do usuário? | | |
| **18** | Utiliza Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ressonância magnética? | | |
| **19** | Possui instrumentos para registros de notificação, investigação de eventos adversos? | | |
| **20** | Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade? | | |
| **21** | Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso? | | |
| **22** | Possui controle, semestral, da qualidade da água necessária ao funcionamento do estabelecimento? | | |
| **23** | Existe certificado* de sanitização do estabelecimento (desratização, desinsetização, etc.)? *Empresa responsável pela execução deverá possuir Alvará Sanitário) | | |
| **24** | Os funcionários estão uniformizados? | | |
| **25** | Possui contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos direta ou indiretamente ligados à assistência? | | |
| **26** | Equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade e/ou conforme especificação do fabricante ou INMETRO? | | |
| **27** | A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo: nome data de nascimento, sexo, endereço, telefone de contato, CNS, e CPF? | | |
| **28** | Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)? | | |
| **29** | Mantem registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis, no mínimo, por cinco anos? | | |
| **30** | Possui política de garantia da qualidade, envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão, formalmente expressa e autorizada pela direção do serviço? | | |
| **31** | Os ambientes possuem lavatórios com provisão de sabão, anti-séptico e recursos para secagem das mãos? | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| **32** | Realiza controle de estoque de medicamento, roupas, materiais e outros insumos? | | |
| **33** | Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? | | |

**Legenda: SIM – 03 pontos NÃO – 00 ponto**

**Pontuação máxima na primeira parte: 99 pontos.**

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE:**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

**Lote: 33**

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s) :** _____

**SEGUNDA PARTE**

**AVALIAÇÃO GERAL**

**1 - Controle de Qualidade**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | Dispõe de programa de acreditação. | | 01 ponto |
| B | Não dispõe de programa de acreditação. | | 00 ponto |

**Pontuação máxima na Primeira Parte: 99 pontos.**

**Pontuação máxima na Segunda Parte: 01 ponto.**

**Total de pontos que podem ser obtidos nesse roteiro de avaliação: 100 pontos (100%).**

**Pontuação mínima para ser aprovada: 70 pontos.**

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA SEGUNDA PARTE:**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

# RELATÓRIO

**Caracterização da Vistoria:** _____
**Razão social:** _____
**Lote(s) e/ou serviço(s) pleiteado(s):**_____

Inspeção **SIM ( ) NÃO ( )**

Período ☐☐ ☐☐ ☐☐ **à** ☐☐ ☐☐ ☐☐

Data do Relatório ☐☐ ☐☐ ☐☐

**Pessoas Contatadas** (nome por extenso sem abreviaturas / função):
_____
_____

| | |
|---|---|
| **Pontuação Obtida:** | |
| **Habilitado:** | **( ) Sim** **( ) Não** |

*** Pontuação mínima para ser aprovada: 70 pontos (70%).**

| Nome do profissional/Profissão | Matrícula/Conselho de classe – Nº | Assinatura |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**FISIOTERAPIA - LOTES 55-61**

**DATA: ____ / ____ / _____**

**DADOS DO ESTABELECIMENTO VISTORIADO**

## 4. IDENTIFICAÇÃO

4.1. Razão Social: _____

4.2. Nome Fantasia: _____

4.3. CNPJ: _____ CNES: _____

4.4. Endereço: _____ Bairro: _____

4.5. Fone: _____

4.6. E-mail: _____

4.7. Responsável legal: _____

4.8. Responsável técnico: _____ Conselho de Classe: _____

4.9. Número total de funcionários: Nível superior: _____ Nível médio: _____

4.10. Número da Licença Sanitária: _____ Expedida em: ____

4.11. Licença de funcionamento: _____Data: _____ Validade: _____

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**FISIOTERAPIA - LOTES 55-61**

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s) :** _____

**PRIMEIRA PARTE**

| Nº | ITEM DE VERIFICAÇÃO | SIM | NÃO |
|---|---|---|---|
| 01 | Possui salas, boxes e/ou mecanismos (biombos) que garantam a avaliação e/ou atendimento fisioterapêutico individual? | | |
| 02 | A distribuição dos equipamentos e mobiliário atende às ações propostas, sem causar estrangulamento das áreas de circulação e garantindo movimentação segura de profissionais, pacientes e acompanhantes? | | |
| 03 | Os colchões, colchonetes e demais mobiliários almofadados são revestidos de material lavável e impermeável, não apresentando furos, rasgos, sulcos e reentrâncias? | | |
| 04 | A estrutura física dispõe de acessibilidade para portadores de necessidades especiais? | | |
| 05 | Existe sanitário adaptado para deficientes e/ou cadeirantes? | | |
| 06 | Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível? | | |
| 07 | Os ambientes estão identificados? | | |
| 08 | Possui rotinas e normas que contemplem a avaliação de satisfação do usuário atualizadas anualmente, assinadas pelo responsável técnico pela unidade e disponível aos colaboradores? | | |
| 09 | A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo: nome, data de nascimento, sexo, endereço, telefone de contato, CNS, e CPF? | | |
| 10 | Os ambientes possuem lavatórios com provisão de sabão, anti-séptico e recursos para secagem das mãos? | | |
| 11 | Dispõe de procedimentos de limpeza e desinfecção/esterilização de todos os dispositivos que entram em contato direto com a pele e/ou mucosa dos pacientes, a cada atendimento, a fim de prevenir infecção e/ou qualquer outro evento adverso? | | |
| 12 | Possui regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| | competências? | | |
| **13** | Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público? | | |
| **14** | Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução?<br><br>* Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário. | | |
| **15** | Possui contrato de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos? | | |
| **16** | Equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? | | |
| **17** | O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES, está atualizado? | | |
| **18** | Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal? | | |
| **19** | Mantem disponíveis registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas, inclusive documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe, quando for o caso? | | |
| **20** | Possui registros que evidenciam a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente para todos os profissionais? | | |
| **21** | Os funcionários estão uniformizados? | | |
| **22** | Mantem disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente ao controle de saúde ocupacional? | | |
| **23** | Possui plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)? | | |
| **24** | Funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas? | | |
| **25** | Mantem registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis? | | |
| **26** | Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? | | |
| **27** | Dispõe de materiais e equipamentos para o atendimento de emergência aos usuários, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento? | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

| | | | |
|---|---|---|---|
| **28** | Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade? | | |
| **29** | Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso? | | |
| **30** | Possui controle, semestral, da qualidade da água necessária ao funcionamento do estabelecimento? | | |
| **31** | Possui documento que comprove ações de manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações prediais, de forma própria ou terceirizada? | | |
| **32** | Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas? | | |
| **33** | Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? | | |

**Legenda para a Primeira Parte: SIM – 03 pontos NÃO – 00 ponto**

**Pontuação máxima na Primeira Parte: 99 pontos.**

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE:**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

**ROTEIRO DE VISTORIA**

**FISIOTERAPIA - LOTES 55-61**

**Razão Social:** _____

**Lote (s) e/ou serviço (s) pleiteado (s) :** _____

**SEGUNDA PARTE**

**AVALIAÇÃO GERAL**

**1. Controle de Qualidade**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | Dispõe de política de garantia da qualidade, envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão.<br><br>(Art 4º, VI e 5º, da RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011). | | 01 ponto |
| B | Não dispõe de política de garantia da qualidade, envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão. | | 00 ponto |

**PONTUAÇÃO OBTIDA NA SEGUNDA PARTE:**

**Pontuação máxima na Primeira Parte: 99 pontos.**

**Pontuação máxima na Segunda Parte: 01 ponto.**

**Total de pontos que podem ser obtidos nesse roteiro de avaliação: 100 pontos (100%).**

**Pontuação mínima para ser aprovada: 70 pontos (70%).**

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE ARACAJU

# RELATÓRIO

**Caracterização da Vistoria:** _____
**Razão social:** _____
**Lote(s) e/ou serviço(s) pleiteado(s):**_____

| | |
|---|---|
| Inspeção | **Inicial – SIM (  )  NÃO (  )** |

Período [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] **À** [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

Data do Relatório [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

**Pessoas Contatadas** (nome por extenso sem abreviaturas / função):
_____
_____

| | |
|---|---|
| **Pontuação Obtida:** | |
| **Habilitado:** | **( ) Sim  ( ) Não** |

**+ Pontuação mínima para ser aprovada: 70 pontos (70%).**

**Equipe:**

| Nome do fiscal / Profissão | Matrícula/Conselho de classe – Nº | Assinatura |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# ANEXO XII

## Modelo de Declaração

A empresa ....., CNPJ Nº ....., situada no endereço ....., neste ato representada por seu (sua) representante legal ....., (nacionalidade), (estado civil), portador da carteira de identidade nº ..... e CPF nº ....., DECLARO, para os devidos fins, que inexiste suspensão, impedimento ou proibição de a empresa ..... em contratar com a Administração Pública, me responsabilizando pela veracidade das informações aqui prestadas.

Aracaju _____de _____ de _____.

_____
Assinatura (nome, carimbo e assinatura do representante legal da instituição).

Assinado por 1 pessoa: PEDRO ROCHADEL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08 e informe o código 8450-159A-673B-1F08

# VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 8450-159A-673B-1F08

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

PEDRO ROCHADEL (CPF 019.XXX.XXX-57) em 27/06/2022 10:26:36 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://aracaju.1doc.com.br/verificacao/8450-159A-673B-1F08