



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE-SESAB

TERMO DE REFERÊNCIA

Contratação de Empresa Especializada na prestação dos Serviços de Hemodinâmica (Diagnóstico e Terapêutico) Adulto e Pediátrico, com emissão dos respectivos laudos, de acordo com o estabelecido no presente Termo de Referência, para realizar atendimento no Hospital Geral Roberto Santos, de forma complementar, por um período de 12 (doze) meses.

1. INTRODUÇÃO

O modelo de contratação de Empresa Especializada na prestação dos Serviços de Hemodinâmica (Diagnóstico e Terapêutico) Adulto e Pediátrico, incluindo Cardiologia Intervencionista, Neurointervenção, Cirurgia endovascular e Radiologia Intervencionista, com seus respectivos laudos, mediante remuneração estabelecida no presente Termo de Referência, no HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, busca a modernidade, a eficiência e a economia no gerenciamento de recursos. Esse modelo deverá atender às necessidades programadas de assistência à saúde e implantar o gerenciamento da logística dos recursos humanos, materiais, financeiros, de informações para operacionalização dos serviços em questão, no HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, que serão acompanhados pela Superintendência da Atenção Integral à Saúde (SAIS), Diretoria Geral de Gestão de Unidades Próprias (DGGUP) e Diretoria de Gestão de Serviços de Saúde (DGESS).

O Gestor Público do Sistema Estadual de Saúde regula, monitora, avalia e controla a atividade assumida pela Empresa Especializada, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência, enquanto a empresa especializada gerencia e produz serviço dentro de critérios especificados no Edital de Seleção e no contrato de prestação de serviços.

2. INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE SAÚDE E ESTRUTURA A SER UTILIZADA

O Hospital Geral Roberto Santos é um Hospital Geral de Grande Porte (620) leitos, de natureza pública, constitutivo da Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião Leste, com atendimento por demanda espontânea e referenciada pela Central de Regulação de Urgências do SAMU Regional de Salvador e pela Central Estadual de Regulação integrada aos demais pontos de atenção mediante processos regulatórios.

Programado para desenvolver um trabalho assistencial com oferta de serviços integral pelo SUS, com acesso por demanda espontânea ou sob regulação **Central de Regulação de Urgências do SAMU Regional Barreiras-Ibotirama, SAMU Regional de Bom Jesus da Lapa e pela Central Estadual de Regulação**, integrado aos demais pontos de atenção mediante processos regulatórios.

Na condição de Hospital Público que compõe a rede assistencial do Estado da Bahia, está vinculado tecnicamente à Superintendência da Atenção Integral à Saúde (SAIS) e Diretoria Geral de Gestão de Unidades Próprias (DGGUP).

3. OBJETIVOS

A assistência dos Serviços de Hemodinâmica consiste em:

- Organizar a rede de assistência de exames e demais procedimentos intervencionistas, com enfoque no Diagnóstico e na Terapêutica, estabelecendo métodos, critérios e parâmetros para facilitar o acesso dos pacientes à assistência, bem como a melhoria na qualidade do atendimento prestado;
- Garantir o acesso da população aos serviços de saúde em alta complexidade de forma adequada, equânime e qualificada;
- Gerenciar a Unidade de Hemodinâmica visando a otimização da produtividade do Setor, reduzindo os períodos ociosos e minimizando a subutilização do maquinário instalado;
- Contribuir com a organização da assistência em saúde nos âmbitos regionais (Municipal, Micro e Macrorregional) e estadual, observando as diretrizes contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS/02, Plano Diretor Regionalizado do Estado da Bahia – PDR, Programação Pactuada Integrada – PPI e o Plano Estadual de Saúde – PES.

4. DETALHAMENTO DO OBJETO

4.1. O processo de contratação tem por finalidade viabilizar a prestação de serviços de Hemodinâmica, adulto e pediátrico sob regime diário (de segunda-feira a sexta-feira das 7h às 23h; no sábado: das 7h às 19h), e excepcionalmente, (i) após as 23h de segunda a sexta, (ii) após as 19h dos sábados, e (iii) aos domingos, atendendo ao chamamento da Contratante.

4.2. No Setor de Hemodinâmica deverão ser realizados: exames diagnósticos e terapêuticos intervencionistas e endovasculares, adultos e pediátricos, englobando procedimentos neurológicos, viscerais, periféricos e de cardiologia intervencionista, realizando todos os procedimentos descritos no **Anexo I**.

4.3. Os serviços serão realizados nas dependências do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), compostas por:

- 01(uma) Sala de Informações / Recepção;
- 02(duas) Salas de Procedimento Hemodinâmico;
- 01(uma) Sala de Comando;
- 01(uma) Sala Servidor;
- 01(uma) Sala de Armazenamento de Materiais;
- 01(uma) Copa;
- 01(uma) Sala de Estar da Equipe;
- 01(uma) Área de Equipamentos;
- 01(uma) Sala de Reunião;
- 01(uma) Coordenação de Enfermagem;

- **08(oito) leitos para admissão dos pacientes externos e os que farão pós-operatório internados;**

- 01(um) Posto de Enfermagem;
- 01(um) Vestiário;
- 01(uma) Sala Técnica;
- 04(quatro) Banheiros.

4.4. A **CONTRATADA** deverá manter serviços médicos bem como a equipe técnica mínima, conforme detalhamento contido neste Termo de Referência, para a realização de todos os procedimentos e o acompanhamento intra e pós-operatório imediato, advindos dos serviços contidos neste mesmo instrumento (Termo de Referência).

4.4.1. O acompanhamento do paciente no período pós-operatório será de responsabilidade da **CONTRATADA**, conforme descreve o **ITEM 5. METODOLOGIA DOS SERVIÇOS**, até que sejam encaminhados aos leitos de origem.

4.4.1.1. O acompanhamento dos pacientes após a alta proferida pelo médico especialista que realizou o procedimento na Hemodinâmica deverá ser realizado por profissional da especialidade que encaminhou o paciente na Unidade de origem, ou conforme disposto no item 4.8.2.

4.5. Os serviços serão executados para atender as necessidades dos usuários da Rede Pública Estadual, dentro das Normas e Legislações pertinentes, sob inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, obedecendo ao detalhamento constante neste Termo de Referência.

4.6. Para realização dos procedimentos, a **CONTRATADA** deverá possuir no seu Quadro, profissionais da área de saúde com experiência em Hemodinâmica quais sejam: Médicos Radiologistas Intervencionistas, Médicos Neurorradiologistas Intervencionistas, Médicos Cardiologistas Intervencionistas, Médicos Angioradiologistas/Endovasculares, Anestesiologistas, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Técnicos de Radiologia bem como pessoal de apoio.

4.7. Os Médicos Radiologistas Intervencionistas contratados deverão possuir título de Especialista expedido pela Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular – SOBRICE/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem – CBR. Os Médicos Neurorradiologistas Intervencionistas deverão possuir título de Especialista expedido pela Sociedade Brasileira de Neurorradiologia – SBNR. Os Médicos Angioradiologistas/Endovasculares deverão possuir Certificado de Atuação em Angioradiologia e Cirurgia Endovascular, emitido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e os Médicos em Cardiologia Intervencionista deverão possuir título de Especialista expedido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, com área de atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

4.8. A **CONTRATADA** disponibilizará profissional para atendimento ambulatorial de pacientes eletivos, bem como para os que realizarão consultas de retorno.

4.8.1. O atendimento ambulatorial terá seu processamento em **05 (cinco) dias** na semana em conformidade com o funcionamento da Unidade e atenderá pacientes agendados, com limitação de 10 (dez) pacientes/por dia de atendimento.

4.8.2. O atendimento ambulatorial poderá ser realizado de 02 (duas) formas distintas: primeira consulta e consultas subsequentes.

4.8.3. Entende-se por primeira consulta, a primeira avaliação realizada pelo Médico Intervencionista por indicação ou encaminhamento do Médico Especialista. As demais consultas deste usuário (retornos) serão consideradas consultas subsequentes, mesmo que atendido por outro profissional que não o inicial.

4.8.4. No tocante ao Sistema de Registro de Prontuário, ficará a cargo da **CONTRATADA** a transferência mensal dos registros dos pacientes atendidos, que deverão ser arquivados no HGRS para controle e eventual consulta não isentando a **CONTRATADA** em prestar esclarecimentos e informações quando solicitados.

5. METODOLOGIA DOS SERVIÇOS

Para o cumprimento dos objetivos constantes deste Termo de Referência e perfeita execução do objeto, os pacientes serão classificados da seguinte forma:

a) Pacientes Ambulatoriais: São os pacientes provenientes dos respectivos domicílios, previamente agendados e devidamente autorizados pela **CONTRATADA**, com avaliação prévia no ambulatório do Serviço ou do Sistema Lista Única. Receberão acompanhamento pós-operatório em Unidade Aberta ou de Terapia Intensiva do HGRS.

b) Pacientes da Rotina Interna do Hospital Geral Roberto Santos: São os pacientes internados no Hospital Geral Roberto Santos, com avaliação prévia de profissional do Serviço, devidamente autorizados pela **CONTRATADA** e que serão encaminhados para retorno à Unidade de origem, para internamento ou em Unidade de Terapia Intensiva do HGRS. As urgências serão priorizadas após avaliação conjunta entre um profissional Médico do Serviço e a Equipe Médica Assistente.

c) Pacientes Internados da Rede / SESAB: São os pacientes internados na Rede SUS/SESAB, cujos serviços de saúde foram previamente agendados pela Central Estadual de Regulação – CER e devidamente autorizados pela **CONTRATADA**, sendo o transporte do paciente de responsabilidade da Central Estadual de Regulação – CER-BA, incluindo ida e retorno à Unidade de Origem. O nível de complexidade e tempo de espera da ambulância será decidido em avaliação conjunta com equipe da **CONTRATADA**.

5.1 Para atendimento dos pacientes em regime ambulatorial ou hospitalar todas as solicitações de exames (requisições) deverão conter o motivo da solicitação e a assinatura sob carimbo do Profissional Médico solicitante.

5.2. Autorizado o procedimento pelos Médicos do Serviço, será emitido e encaminhado para a Central Estadual de Regulação – CER-BA, o Formulário para Agendamento de Exames/Procedimentos, que conterá informações sobre: data, hora e observações especiais tais como: preparos para a realização do mesmo, além da complexidade do transporte necessário e o tempo que o mesmo deve ficar disponível para a **CONTRATADA**, durante o atendimento ao paciente.

5.3. Será responsabilidade da Central Estadual de Regulação – CER-BA o provimento de vaga em Unidade de Terapia Intensiva para o acompanhamento pós-operatório de pacientes da rede SESAB que necessitem desse suporte na Unidade de Origem ou em outra.

5.4. É de inteira responsabilidade da **CONTRATADA** a utilização de contraste e/ou sedação para os exames, bem como a disponibilização do profissional com capacidade técnica para acompanhamento do procedimento.

5.5. A **CONTRATADA** deverá possuir sistema que produza Relatórios de Controle Mensal contendo os dados dos pacientes, quais sejam: nome completo, idade, Cartão Nacional de Saúde – CNS, RG, CPF, endereço, telefone, e-mail, descrição e data do procedimento, além da identificação do representante da empresa, apresentando mensalmente junto as comprovações dos serviços realizados.

6. COMPROMISSOS DA UNIDADE SOLICITANTE

6.1. Garantir o encaminhamento do paciente de posse de todos os documentos e exames exigidos para a realização do procedimento, conforme Formulário de Agendamento de Exames/Procedimentos, **ITEM 5.2**.

6.2. Garantir a pontualidade na chegada do paciente para realização do procedimento agendado.

7. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1. A **CONTRATADA** visualizará no próprio Sistema de Regulação (SISREG) na modalidade "UNIDADE EXECUTANTE" a lista nominal dos usuários que farão procedimentos.

7.2. Os resultados dos Exames deverão ser entregues na conclusão do exame/procedimento, podendo eventualmente ser entregue em até 48 (quarenta e oito) horas.

7.3. É de responsabilidade da **CONTRATADA** o fornecimento de todos os Impressos e Materiais de Consumo, tais como: Materiais de Administração, Enfermagem, Médicos, Descartáveis, Impressos Necessários, Materiais OPME, dentre outros materiais para a prestação dos serviços.

7.4. Além das obrigações que estarão contidas no contrato, por determinação legal, a **CONTRATADA** deverá promover a correta e completa execução dos serviços sem interrupção, comprometendo-se a:

7.4.1. Não recusar a realização de qualquer procedimento ou serviço objeto deste Termo de Referência, sem que haja a justificativa técnica formalizada ao Gestor da Unidade.

7.4.2. Prestar os serviços contratados, com exatidão e zelo nos termos da legislação vigente e ao quanto estabelecido neste Termo de Referência, responsabilizando-se integralmente pelos serviços contratados.

7.4.3. Intear-se de imediato das normas da Unidade onde ocorrerá a prestação dos serviços, quais sejam: horário de funcionamento, horário das atividades e rotinas especiais.

7.5. Manter-se durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, como também com todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste Contrato.

7.6. A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração Pública ou a terceiros, decorrentes de sua omissão, culpa ou dolo na execução dos serviços, objeto deste Termo de Referência e do posterior contrato, não podendo ser arguido para efeito de exclusão da sua responsabilidade o fato da SESAB proceder com a fiscalização ou o acompanhamento de execução do referido serviço.

7.7. A **CONTRATADA** deverá sujeitar-se a mais ampla e irrestrita fiscalização por parte da **CONTRATANTE** cabendo-lhe, ainda, prestar todos os esclarecimentos solicitados. Em relação às inconformidades eventualmente detectadas pela **CONTRATANTE**, as mesmas serão informadas à **CONTRATADA** por ofício, estabelecendo o prazo para que as mesmas sejam regularizadas.

7.8. A **CONTRATADA** deverá assumir inteira responsabilidade quanto às relações de trabalho pactuadas e vinculadas ao objeto deste Termo de Referência, eventuais demandas judiciais e ações por perdas ou danos, bem como indenizações provenientes de erros ou mesmo por omissão de sua gestão empresarial.

7.9. Efetuar pontualmente o pagamento de todos os tributos que incidam ou venham a incidir sobre as suas atividades e/ou sobre a execução do objeto do presente contrato, bem como observar e respeitar as Legislações Federal, Estadual e Municipal, relativas aos serviços prestados. Ressaltando que se a **CONTRATADA** for detentora de isenções fiscais, deverá apresentar justificativa e documentação, em conformidade com a legislação;

7.10. Relatar a **DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DAS UNIDADES PRÓPRIAS - DGGUP/ SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS**, por ofício toda e qualquer inconformidade verificada no decorrer da prestação dos serviços.

7.11. Atender de imediato às solicitações com vistas a promover substituições dos profissionais, que por ventura venham adotar conduta incompatível para a prestação dos serviços.

7.12. Nos processos de pagamento a **CONTRATADA** deverá apresentar para a **CONTRATANTE** até o dia 10 (dez) de cada mês subsequente ao mês de execução dos serviços:

a) Fatura devidamente atestada pelo (a) Diretor (a) da Unidade na qual o serviço esta sendo prestado (HGRS);

a.1) DA PARTE FIXA: a) Relação dos atendimentos no ambulatório realizados pela **CONTRATADA**, contendo: nome do paciente, nome e registro do médico responsável pelos atendimentos, bem como a indicação de que se trata de primeira consulta e ou consulta subsequente, bem como a indicação do procedimento realizado ou a ser realizado; b) Relação mensal dos procedimentos realizados com seus respectivos códigos, datas de realização e nome do paciente; c) Número de procedimentos suspensos no mês, com as seguintes informações, nome do paciente, do procedimento, código do procedimento, e motivo da suspensão; d) Declaração mensal de que a parte operacional foi atendida conforme contrato, contendo a informação de que: o quantitativo de pessoal e os materiais/medicamentos necessários para o mês/procedimentos foram atendidos, a referida declaração deve conter as informações das faltas e suas motivações; e) Comprovação por meio de relatório da Manutenção dos equipamentos vinculados à execução dos serviços.

a.2) DA PARTE VARIÁVEL: A **CONTRATADA** deverá apresentar à Direção do HGRS até o 10º dia útil do mês subsequente o relatório de produção contendo o número total de procedimentos realizados no mês anterior.

a.2.1. A **CONTRATADA** apresentará também a (i) descrição individual dos procedimentos que deverá trazer no mínimo as seguintes informações: Nome do completo sem abreviação do paciente, informações do paciente (CPF, endereço, número do cartão SUS, telefone para contato), código do procedimento e descrição conforme TR, data do procedimento, nome completo sem abreviação e CRM dos Médicos Intervencionista e Anestesiista, bem como a informação do uso ou não de OPME, (ii) e a ficha operatória, contendo a descrição cirúrgica devidamente assinada pelo médico responsável.

a.2.2. Nos casos em que houver a realização de mais de 01 (um) procedimento para o mesmo paciente, a **CONTRATADA** deverá informar o motivo da realização dos procedimentos subsequentes, correlacionando os mesmos em sua ficha operatória.

a.2.3. A **CONTRATADA** deverá apresentar o protocolo de entrega dos Prontuários ao Setor de Contas Médicas do HGRS, uma vez que **SÓ SERÃO PAGOS** aqueles procedimentos, relativos à Parte Variável, que forem recebidos e atestados pelo referido Setor.

a.3) DO REEMBOLSO DE OPME: A compra de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) será de responsabilidade da **CONTRATADA**, obedecendo as regras de compatibilização para os procedimentos e preço máximo de referência a Tabela de Base, **ANEXOS II e III**. Será reembolsada pela **CONTRATANTE**, no valor máximo previsto por item tomando por base a TABELA SIGTAP/SUS, conforme procedimento disposto no respectivo anexo. A prestação de contas para solicitação do reembolso deve conter: Folha de Rosto e Registro de Uso de OPME, apresentação da Nota Fiscal da Compra (devidamente identificada com o nome completo sem abreviação do paciente, data do procedimento, e o nome completo sem abreviação do Médico responsável pelo respectivo procedimento), bem como as etiquetas (contendo código de barra, data de vencimento, número e série, sendo os dois últimos individuais a cada material) dos materiais utilizados.

7.13. A **CONTRATADA** assumirá a execução do serviço imediatamente após a assinatura do contrato.

7.14. A **CONTRATADA** deverá cumprir com os postulados legais vigentes de âmbito Federal, Estadual ou Municipal, bem como com as Normas Internas de Segurança e Medicina do Trabalho, com as Normas Técnicas contidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), NR 32 e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCH), como forma de atender as normas de segurança.

7.15. Por descumprimento total ou parcial das obrigações contratadas e assumidas serão aplicadas à **CONTRATADA** as penalidades previstas neste Termo de Referência, bem como no contrato a ser pactuado, com base na legislação pertinente;

7.16. Os casos omissos serão analisados pelos representantes legais das partes, sem que haja prejuízo para nenhuma destas, tendo por base o que dispõe a legislação vigente e aplicável à espécie.

7.17. Os Serviços devem ser executados por profissionais que possuam qualificação técnica compatível com as atividades que lhe forem incumbidas, sob responsabilidade da **CONTRATADA**, que deve orientá-los quanto as suas obrigações e afazeres.

7.18. No tocante ao Sistema de Registro de Prontuário, ficará a cargo da **CONTRATADA** a transferência mensal dos registros dos pacientes atendidos, que deverão ser arquivados no HGRS para controle e eventual consulta não isentando a **CONTRATADA** em prestar.

7.19. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar profissionais especializados em número suficiente para a correta e ininterrupta execução dos serviços que constam do objeto deste Termo de Referência. Como já mencionado, será de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**, as despesas para com a remuneração dos profissionais bem como o recolhimento e/ou pagamento de todos os encargos e obrigações decorrentes dos serviços executados.

7.20. Ficará a cargo da **CONTRATADA** o fornecimento de alimentação aos seus colaboradores.

8. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Além das obrigações contidas no contrato por determinação legal, a **CONTRATANTE** deverá:

8.1. Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços na modalidade “in loco” tanto sob o aspecto quantitativo quanto no qualitativo, indicado através da Diretoria do HGRS, um fiscal para o Contrato que ficará responsável pela fiel observância e execução do objeto contido no mesmo, pelo acompanhamento das escalas mensais, podendo também prestar esclarecimentos de qualquer item e/ou dúvida(s) que porventura sejam suscitados. Ressaltando que a referida designação deverá ser apresentada quando da assinatura do contrato.

8.2. Pagar mensalmente à **CONTRATADA**, na forma estipulada no contrato, o preço ofertado em até 10 (dez) dias úteis da data da regularidade do processo de pagamento.

8.3. Assegurar o livre acesso dos profissionais da **CONTRATADA**, quando devidamente identificados, aos locais em que devam executar suas atribuições.

8.4. Informar à **CONTRATADA**, o nome, e-mail e telefone do fiscal do contrato, bem como do seu substituto, mantendo tais dados atualizados.

8.5. Anotar e comunicar à **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados, determinando que a mesma empenhe todos os seus esforços no sentido de promover as devidas regularizações com vistas ao restabelecimento do fiel cumprimento do Contrato.

8.6. Durante toda a vigência do Contrato, observar que sejam cumpridas as obrigações assumidas pela **CONTRATADA**, bem como, para que sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação, exigidas neste Termo de Referência.

8.7. Fornecer à **CONTRATADA** todos os esclarecimentos necessários para execução dos serviços e demais informações que a mesma porventura venha a solicitar, com vistas ao desempenho dos serviços contratados.

8.8. Exigir o imediato afastamento e/ou substituição de qualquer profissional ou preposto da **CONTRATADA** que não cumpra suas obrigações conforme objeto contratado, gerando complicações para a supervisão e fiscalização ou que adote postura inconveniente ou incompatível com o exercício das atribuições que lhe foram designadas.

8.9. Verificar a situação de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da **CONTRATADA**, antes de cada pagamento.

8.10. Dar suporte à **CONTRATADA** através do fornecimento de equipamentos médicos hospitalares, apoio diagnóstico e terapêutico, apoio logístico e farmacêutico para que não ocorram interrupções dos serviços especificados no objeto constante neste Termo de Referência.

8.11. Será de responsabilidade do Hospital Geral Roberto Santos, realizar a lavagem, bem como o recolhimento e entrega na Unidade de Hemodinâmica de toda a roupa utilizada na Unidade de Hemodinâmica, bem como a esterilização dos materiais.

8.12. Disponibilizar à **CONTRATADA**, quando necessário, através do Hospital Geral Roberto Santos, os **MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO** elencados no **ANEXO IV**.

8.12.1. A **CONTRATADA** deverá solicitar à Direção do HGRS, no prazo mínimo de 05 (cinco dias) com apresentação do relatório e prescrição médica, o **MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO** a ser utilizado.

8.13. Será de responsabilidade do Hospital Geral Roberto Santos o serviço de higienização, bem como a disponibilização do serviço de maqueiros para a Unidade de Hemodinâmica.

8.14. Será de responsabilidade do Hospital Geral Roberto Santos o fornecimento de água, energia elétrica e telefonia fixa para a Unidade de Hemodinâmica.

8.15. Será de responsabilidade do Hospital Geral Roberto Santos a coleta e o descarte de resíduos da Unidade de Hemodinâmica, em conformidade com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

8.16. Será de responsabilidade do Hospital Geral Roberto Santos o fornecimento de gases hospitalares para a Unidade de Hemodinâmica.

8.17. Será de responsabilidade do Hospital Geral Roberto Santos, fornecer alimentação aos pacientes da Unidade de Hemodinâmica. A **CONTRATADA** fornecerá ao SENUT – Serviço de Nutrição / HGRS para provisão dos quantitativos de refeições bem como quantitativo diário de pacientes. O SENUT / HGRS designará: Nutricionista para avaliação dos pacientes, bem como cozeira para entrega da alimentação dos pacientes no Setor de Hemodinâmica.

8.18. Será de responsabilidade do Hospital Geral Roberto Santos, disponibilizar local adequado para acondicionamento de insumos, cuja aquisição seja de obrigação da **CONTRATADA**.

9. ESPECIFICAÇÕES DO QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS

O quantitativo de 400 (quatrocentos) procedimentos diagnósticos e terapêuticos, do processo de contratação bem como a **OPME - PARTE REEMBOLSÁVEL** foi estabelecido a partir da capacidade de produção, dos aparelhos instalados e da equipe proveniente da **CONTRATADA**, atendendo no horário pré-estabelecido e excepcionalmente, após os mesmos, atendendo ao chamamento da Contratante, para os casos de Urgência. Os **ANEXOS I e II, apresentam os procedimentos com OPME, com a finalidade diagnóstica ou terapêutica em hemodinâmica**. Destaca-se que os quantitativos e as estimativas de consumo previstas, são meros referenciais a serem observados pela **CONTRATADA** como forma de evitar eventual descontinuidade do serviço, ressaltando que a mesma será remunerada **SOMENTE** pelos serviços comprovadamente realizados e materiais efetivamente utilizados.

10. OPME

10.1. A compra de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) será de responsabilidade da **CONTRATADA**, obedecendo como regra a Tabela Base SIGTAP/SUS.

10.2. Os Materiais e Medicamentos serão de responsabilidade da **CONTRATADA**, obedecendo à quantidade estimada dos procedimentos proposta em contrato firmado com a **CONTRATANTE**.

11. FLUXO DA DEMANDA

Antes da realização dos procedimentos, as solicitações médicas deverão ser previamente analisadas e validadas pela **CONTRATADA** através de um profissional devidamente qualificado para tanto. Em seguida, as solicitações médicas deverão tramitar entre as Unidades Solicitantes, Central Estadual de Regulação e **CONTRATADA** conforme Fluxo Regulatório previamente estabelecido entre as mesmas e devidamente autorizado pela **CONTRATADA**. As solicitações provenientes da Rede Hospitalar do Estado (inclusive do interior) também deverão seguir este fluxo, conforme **ANEXO V**.

11.1. FLUXOGRAMA

11.1.1. Pacientes Ambulatoriais

11.1.2. Pacientes Internados no HGRS**11.1.3. Pacientes Regulados – CER – Central Estadual de Regulação****12. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO**

A licitante deverá comprovar possuir recursos humanos especializados e com experiência em hemodinâmica em número suficiente para a correta execução dos serviços que constam do objeto deste Termo de Referência, de **FORMA ININTERRUPTA**, sob regime diário de segunda-feira a Sexta-feira das 7h às 23h, Sábado das 7h às 19h, e excepcionalmente, após as: 23h de segunda a sexta, 19h do sábado e aos domingos, atendendo ao chamamento da Contratante.

Destaque-se que é admitida a subcontratação de parte do objeto, qual seja: serviços médicos e serviços de manutenção dos equipamentos.

Sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**, as despesas e todos os encargos e obrigações decorrentes dos serviços executados.

13. LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A execução dos serviços será realizada nas dependências do **Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)**, utilizando o espaço que foi destinado à Hemodinâmica e que dispõe do espaço físico conforme **ANEXO VI – LAYOUT**.

13.1. Na falta de leitos hospitalares, os leitos do Setor de Hemodinâmica que são destinados à internação, bem como ao acompanhamento pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório dos pacientes **NÃO PODERÃO** ser utilizados para suporte de outros setores do HGRS.

13.2. O atendimento ambulatorial acontecerá no prédio anexo do HGRS em horários pré-determinados pela Diretoria da referida Unidade. Sendo que, neste caso, o custo da **CONTRATADA** se limitará ao serviço médico especializado.

13.3. O HGRS disponibilizará 10 (dez) leitos de retaguarda nas Unidades de Internação e 05 (cinco) leitos na Unidade de Terapia Intensiva para pacientes que realizarão procedimentos no Setor de Hemodinâmica. Caberá à **CONTRATADA** informar mapa diário de pacientes que necessitarão de vaga de internação.

14. DEPENDÊNCIAS E INSTALAÇÕES FÍSICAS

A **CONTRATADA** receberá as dependências da Unidade de Hemodinâmica em plenas condições de funcionamento dos serviços a serem realizados. Dessa forma, além das obrigações inerentes já mencionadas, deverá a **CONTRATADA**:

14.1. Manter as instalações físicas e dependências utilizadas na prestação dos serviços, objeto deste Termo de Referência, em conformidade com legislação vigente;

14.2. Garantir que as dependências vinculadas à execução dos serviços sejam de uso exclusivo ao atendimento do objeto deste Termo de Referência;

14.3. Manter as dependências e equipamentos vinculados à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, responsabilizando-se por eventuais extravios ou quebras;

14.4. Identificar todos os equipamentos de sua propriedade, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da **CONTRATANTE**;

14.5. Providenciar imediatamente a substituição de qualquer material ou insumo que não se apresentar dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pela **CONTRATANTE**;

14.6. Efetuar manutenção preventiva e corretiva e operacionalização dos seus equipamentos, substituindo-os quando necessário, sem quaisquer ônus para a **CONTRATANTE**, ressaltando que as peças de alto custo que seguirá o disposto no **item 15.4**.

14.7. Executar a manutenção corretiva de todas as instalações e equipamentos danificados a fim de que seja garantido o bom andamento do serviço e a segurança dos seus profissionais;

14.8. Responder à **CONTRATANTE** pelos danos ou avarias causados ao patrimônio desta por seus profissionais.

14.9 Responsabilizar-se pela conservação da estrutura física da área utilizada;

14.10. Fornecer todos os materiais de consumo necessários à execução dos serviços:

14.10.1. Todos os impressos e materiais de consumo, tais como: materiais de administração, enfermagem, médicos descartáveis, impressos necessários, materiais OPME, entre outros materiais para a prestação dos serviços serão fornecidos pela **CONTRATADA**;

14.11. Devolver, na ocasião do término do contrato, os materiais pertencentes à Unidade Hospitalar, bem como a estrutura física em estado de conservação compatível com o recebido.

14.12. A manutenção das instalações elétricas e dos equipamentos será de inteira responsabilidade da empresa **CONTRATADA**, devendo todo e qualquer procedimento nesta área ser previamente submetido à aprovação da Gerência de Manutenção do Hospital Geral Roberto Santos.

15. EQUIPAMENTOS

Os equipamentos vinculados à execução dos serviços serão cedidos pela SESAB, através de **TERMO DE CESSÃO DE USO**, em boas condições de uso e com garantia técnica de qualidade e inovação tecnológica.

15.1. A **CONTRATADA** deverá manter todos os equipamentos e materiais necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, a substituição daqueles que forem considerados impróprios pela **CONTRATADA**, devido ao mau estado de conservação ou exaurido o prazo de vida útil do mesmo, será de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

15.2. A **CONTRATADA** deverá efetuar, imediatamente, a reposição do acervo patrimonial que for inutilizado por quebra ou extravio, respeitando as especificações técnicas e o modelo do equipamento.

15.3. A **CONTRATADA** deverá apresentar, quando solicitado, o contrato de manutenção preventiva e corretiva das máquinas empregadas, mantido às suas expensas, a fim de evitar paralisações que se posterguem no tempo.

15.4. Os valores relativos às peças e/ou serviços de alto custo que impliquem em paralisação do equipamento serão obrigatoriamente adquiridas pela **CONTRATADA**, que apresentará à **CONTRATANTE**, no mínimo 03 (três) cotações de preços viabilizando a comparação, sendo que a referida aquisição de peças ou serviços dar-se-á pela de menor valor.

15.5. O fornecimento dos equipamentos relativos à parte de Tecnologia da Informação – TI, no âmbito administrativo (hardware e software) também serão de responsabilidade da **CONTRATADA**.

16. DA FORMAÇÃO DE PREÇO

O preço mensal dos serviços tomará por base os **SERVIÇOS EFETIVAMENTE PRESTADOS**.

16.1 Compreenderão as **DESPESAS FIXAS DE CUSTEIO** da **CONTRATADA**:

1. **CUSTOS COM RECURSOS HUMANOS:** Considerando o quantitativo para: recepção, salas de procedimentos, sala de comando, setor de recuperação (08 leitos), armazenamento e distribuição de materiais e insumos, apoio assistencial, serviços administrativos, serviços ambulatoriais, bem como as coordenações dos serviços, quais sejam, Médica, Enfermagem e Administrativa. Para a formação de Preço foram considerados todos os encargos relativos às respectivas modalidades de contratação, conforme disposto no **ANEXO VIII** – Valor de Referência.
2. **CUSTO OPERACIONAL DOS SERVIÇOS DOS LEITOS DE RECUPERAÇÃO:** Com o objetivo de promover a composição de preços para contratação dos Serviços de Hemodinâmica, para realização de 400 (quatrocentos) procedimentos e manutenção dos 08 (oito) leitos de recuperação, foram considerados os custos com Medicamentos, Materiais Médicos, Tecnologia da Informação e o Material de Consumo.
3. **MANUTENÇÃO DAS MÁQUINAS COM REPOSIÇÃO DE PEÇAS:** Custo com a manutenção preventiva e corretiva e operacionalização dos equipamentos, substituindo-os quando necessário, sem quaisquer ônus para a **CONTRATANTE**, exceto as peças de alto custo, conforme **ITEM 15.4**. A **CONTRATADA** deverá apresentar quando solicitado o contrato bem como o laudo da manutenção preventiva e/ou corretiva das máquinas.

16.2. Compreenderão as **DESPESAS DA PARTE VARIÁVEL:**

OS PROCEDIMENTOS: Os parâmetros utilizados para fixar o preço dos procedimentos são os previstos na **TABELA** constante no **ANEXO I**. A **CONTRATADA**, somente fará jus aos valores correspondentes aos procedimentos **EFETIVAMENTE REALIZADOS**. Os valores estipulados para os procedimentos serão revistos observadas as respectivas atualizações publicadas pelo Ministério da Saúde, para os procedimentos constantes da Tabela SIGTAP/SUS.

16.3 Compreenderão as **DESPESAS DA PARTE REEMBOLSÁVEL:**

As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão de responsabilidade da **CONTRATADA**, obedecendo à quantidade estimada dos procedimentos proposta neste Termo de Referência (**ANEXO II**), bem como na Tabela de Compatibilização de Tecnologia – **ANEXO III**, e em contrato firmado com a **CONTRATANTE**.

17. PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

O pagamento ocorrerá mensalmente tomando por base os valores relativos à **PARTE FIXA, PARTE VARIÁVEL E PARTE REEMBOLSÁVEL (OPME)** considerando os **SERVIÇOS EFETIVAMENTE PRESTADOS**.

a) O pagamento será ser efetuado mediante a apresentação de Nota Fiscal acompanhada dos respectivos relatórios dos serviços prestados, devidamente atestados pelo fiscal do contrato e Diretor da Unidade. Havendo discordância dos relatórios apresentados, deverá ser emitido pelo referido fiscal um parecer circunstanciado para subsidiar eventuais glosas. A Nota Fiscal deverá vir acompanhada obrigatoriamente das comprovações de regularidade fiscal.

b) Não será efetuado qualquer pagamento à **CONTRATADA** enquanto houver pendência de liquidação da obrigação financeira em virtude de penalidade ou inadimplemento contratual, bem como, com ausência dos documentos constantes nos itens anteriores;

c) Ocorrendo erro no documento da cobrança, este será devolvido e o pagamento será susinado até que a **CONTRATADA** adote as medidas cabíveis para a respectiva correção.

d) Caso seja constatado erro e/ou irregularidade na Nota Fiscal, a SAIS/SESAB, a seu critério, poderá devolvê-la para as devidas regularizações ou aceitá-las promovendo a glosa da parte que considerar indevida;

e) Na hipótese de devolução da Nota Fiscal, a mesma será considerada como não apresentada para fins de atendimento das condições contratuais;

e.1). Deverão ser apresentadas para a **DGGUP/SAIS**: a produção referente ao período requerido contendo documentos comprobatórios (relação de pacientes atendidos com número total de procedimentos realizados no mês, bem como a **Folha de rosto com informações do paciente**, os documentos pessoais, endereço, telefone, laudos dos pacientes acompanhados das suas respectivas autorizações. Após análise da produção, o processo de pagamento deverá ser aberto via Sistema Eletrônico de Informações (SEI), devidamente atestado pela Administração do HGRS, conforme disposto no art. 161, I, b, da Lei Estadual no 9.433/2005, através do fiscal do Contrato. As Notas Fiscais deverão vir acompanhadas das certidões de regularidade.

e.2) A certificação da Nota Fiscal deverá ser realizada pelo fiscal do Contrato e Diretoria do Hospital Geral Roberto Santos-HGRS, devendo conter no corpo da mesma: a descrição do objeto, o número do contrato e número da conta bancária da **CONTRATADA**, para depósito do valor relativo ao pagamento, após o recebimento definitivo da prestação de contas.

g) **OPME** – Os valores relativos a estes itens que venham a ser utilizados serão reembolsados à **CONTRATADA** em observância à Tabela SIGTAP/SUS.

18. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DO PAGAMENTO

Para fins de pagamento, deverão ser observados os critérios abaixo:

a) Serão aceitos para fins de pagamento, os procedimentos estabelecidos pela SESAB em conformidade com este Termo de Referência;

b) A análise da produção apresentada pela **CONTRATADA** deverá estar em conformidade com as orientações contidas neste Termo de Referência.

c) A Avaliação do Controle de Qualidade será realizada pelo fiscal do Contrato, e a qualquer tempo também pela **DGGUP/SAIS/SESAB**.

d) A produção mensal dentro do limite físico-financeiro pré-estabelecido deverá ser apresentada à SAIS/SESAB até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao mês da prestação do serviço (competência anterior), contendo todos os procedimentos realizados pela **CONTRATADA**, do primeiro ao último dia de cada mês, organizados em ordem sequencial de execução por dia, com listagem nominal/procedimento.

e) O teto máximo estabelecido em números de procedimentos e em valores para pagamento mensal deverá estar em conformidade com a previsão constante neste Termo de Referência. Caso a produção apresentada atinja o limite físico-financeiro, deverá a **CONTRATADA** comunicar imediatamente ao **ordenador da despesa**, como também ao fiscal do Contrato, pleiteando a autorização para continuidade do atendimento e posteriormente, deverá promover junto aos mesmos, a apresentação deste excedente, seja ele físico ou financeiro;

f) No caso da ocorrência do item anterior tal produção deverá ser apresentada, devidamente caracterizada como produção Extrateto Físico/Financeiro, separadamente da produção mensal normal.

A **CONTRATADA** será remunerada pelo valor da Tabela de Procedimentos previsto no **ANEXO I**.

19. ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

A **CONTRATADA** é a única e exclusiva responsável pela execução de todos os Procedimentos objeto deste Termo de Referência, a **CONTRATANTE** reserva-se ao direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade:

19.1. Acompanhar e/ou avaliar a qualidade dos serviços realizados;

19.2. A designação do Fiscal do Contrato estará publicada em Diário Oficial do Estado da Bahia e constar do contrato, terá como atribuição promover registro próprio de todas as ocorrências relacionadas com a execução dos serviços contratados, comunicando-as de imediato por ofício à Diretoria Geral de Gestão das Unidades Próprias – DGGUP/SAIS/SESAB, adotando no menor tempo possível todas as medidas necessárias para a completa regularização das eventuais inconformidades detectadas;

19.3. As decisões e providências que porventura ultrapassem a competência do Fiscal do Contrato deverão ser solicitadas por ofício à Diretoria Geral de Gestão das Unidades Próprias – DGGUP da SESAB, em tempo hábil, para que sejam adotadas as medidas pertinentes para a completa regularização da situação;

19.4 A fiscalização realizada pela **CONTRATANTE** não desobriga a **CONTRATADA** de sua responsabilidade no tocante à perfeita execução do objeto deste instrumento;

19.5. A ausência de comunicação referente a eventuais irregularidades ou falhas, por parte da **CONTRATANTE**, não exime a **CONTRATADA** das responsabilidades determinadas neste Termo de Referência e no Contrato;

19.6 A **CONTRATANTE** realizará uma avaliação relativa à qualidade do atendimento, dos resultados concretos dos esforços sugeridos pela **CONTRATADA** e dos benefícios decorrentes;

19.6.1 A avaliação acima mencionada será considerada pela **CONTRATANTE** para cobrar da **CONTRATADA** a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela mesma, além da possibilidade de revestir-se como instrumento para subsidiar a decisão acerca da conveniência de renovar ou rescindir a qualquer tempo, o contrato de prestação de serviços;

20. DA PROPOSTA DE PREÇO

20.1. A proposta a ser apresentada deverá conter o preço unitário para os itens, conforme **ANEXO IX**;

20.2. A proposta deverá conter todos os Custos Fixos, expresso em moeda corrente nacional, em algarismos e o valor total por extenso, nela incluídas todas as despesas e custos que direta ou indiretamente venham a incidir sobre o objeto a ser contratado.

20.3. A proposta a ser apresentada deverá conter ainda como anexo, a planilha aberta, descrevendo a composição dos serviços e seus respectivos valores.

20.4. A proposta deverá ser apresentada em papel timbrado e devidamente assinada.

20.5. A proposta deverá apresentar prazo de validade.

20.6. Os interessados deverão apresentar anexos às respectivas propostas, declaração formal se comprometendo com a prestação de serviços de saúde na área de Hemodinâmica (Diagnóstico e Terapêutico), **praticando as regras e valores previstos** nos anexos referentes à Parte Variável e a Reembolsável (**ANEXOS I, II, III**). .

21. DA MODALIDADE

Realizar-se-á o certame na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO pelo tipo **MENOR VALOR GLOBAL RELATIVO AOS VALORES ESTIMADOS COMO REFERÊNCIA**, por se tratar de serviços comuns que são aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos no edital, com base nas especificações usuais praticadas no mercado.

O procedimento licitatório obedecerá, a Lei Federal Nº 10.520, de 17.07.2002, que regulamenta a modalidade Pregão e os Decretos nº 5.450, de 31.05.05, Decretos nº 3.555, de 08.08.2000, Lei Complementar nº. 123/2006 e subsidiariamente a Lei Estadual 9.433/2005.

22. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

A Qualificação Técnica dos proponentes deve obedecer ao quanto disposto abaixo devendo a documentação ser apresentada em original ou cópia autenticada em Serviço Notarial, para fins avaliação da capacidade gerencial por demonstração de experiência dos serviços objeto deste Termo de Referência.

22.1. Para a demonstração da capacidade técnico-operacional da licitante, deverão ser apresentados um ou mais atestados de capacidade técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove aptidão para o desempenho dos serviços objeto do presente certame: qual seja: Serviços de Hemodinâmica, com emissão dos respectivos laudos compatível com o objeto em características, quantidades e prazos de que trata esta licitação, detalhando o prazo contratual (data de início e de término; Local da prestação dos serviços; Natureza da prestação dos serviços; Quantidades executadas; Caracterização do bom desempenho da licitante; especificação do equipamento; identificação da pessoa jurídica emitente, bem como o nome e o cargo do signatário).

22.1.1. O(s) atestado(s) de capacidade técnica deverá (ão) comprovar que a empresa é capaz de realizar ao menos 30% do quantitativo de 400 (quatrocentos) procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos mensalmente para a parte variável (Termo de Referência em seu item 9. **ESPECIFICAÇÕES DO QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS**).

22.1.2. O (s) responsável (is) técnico indicado (s) pela licitante deverá (ao) comprovar especialização na área de conhecimento do objeto do Termo de Referência, quando couber, reconhecida pela entidade profissional competente ou órgão equivalente.

22.1.3. – Os licitantes deverão apresentar a comprovação de Registro da pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina – CRM, em vigência.

22.1.4. Fica facultada aos proponentes interessados, a realização de visita técnica, por intermédio dos seus Representantes Legais com vistas a conhecer todas as condições relativas à estrutura física, hidráulica e elétrica para utilização dos equipamentos que serão disponibilizados para a execução dos serviços. A visita técnica deverá ser agendada previamente, com antecedência mínima de 48h através do e-mail hgrs.diretoriageral@saude.ba.gov.br.

Realizada a visita a empresa ou instituição deverá apresentar junto à documentação, a declaração emitida pelo HGRS. No caso de não realizar a visita técnica deverá declarar ter conhecimento do inteiro teor deste Termo de Referência.

ANEXOS

- **ANEXO I** – Lista de Procedimentos Com Preço de Referência – **PARTE VARIÁVEL**;
- **ANEXO II** – Planilha de OPME – Valor de Referência – Máximo a ser reembolsado;
- **ANEXO III** – Planilha de Compatibilização dos Procedimentos – OPME
- **ANEXO IV** – Medicamentos de alto custo
- **ANEXO V** – Fluxograma;
- **ANEXO VI** – LAYOUT;
- **ANEXO VII** – Planilha de controle mensal – **PARTE VARIÁVEL**;

• ANEXO VIII – Preços de Referência

ANEXO I
LISTA DE PROCEDIMENTOS COM PREÇO DE REFERÊNCIA – PARTE VARIÁVEL

TABELA DE PROCEDIMENTO - SUS			
Código do Procedimento (SUS)	Procedimento/Especialidade	Serviço Hospitalar (R\$)	Serviço Profissional (R\$)
Cirurgia Vascular: acesso vascular e filtro de veia cava			
04.18.01.004-8	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE		
04.06.02.062-0	RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEL	15,40	5,32
04.18.01.003-0	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE		
04.06.04.014-1	COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE FILTRO DE VEIA CAVA (NA TROMBOSE VENOSA PERIFÉRICA E EMBOLIA PULMONAR)	414,00	267,25
04.06.03.010-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE SISTEMA CARDIOVASCULAR POR TECNICAS HEMODINAMICAS	534,52	122,50
Doença da Aorta: tratamento cirúrgico e Endovascular			
04.06.04.016-8	CORRECAO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECCAO DA AORTA ABDOMINAL E ILIACAS C/ ENDOPROTESE BIFURCADA	1.027,52	587,25
04.06.04.021-4	EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO VASCULAR POR PUNCAO DIRETA (INCLUI DROGAS EMBOLIZANTES)	666,00	399,30
04.06.04.015-0	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL COM ENDOPRÓTESE RETA / CÔNICA	1.027,51	587,25
04.06.04.017-6	CORRECAO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECCAO DA AORTA TORACICA C/ ENDOPROTESE RETA OU CONICA	1.027,51	587,25
04.06.04.027-3	OCLUSÃO PERCUTÂNEA ENDOVASCULAR DE ARTÉRIA / VEIA	666,00	399,30
Endovascular : Angiografias e Angioplastias			
02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	504,43	
02.10.01.014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51	
02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	179,46	
04.06.04.009-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)	666,00	399,30
04.06.04.006-0	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (C/ STENT NAO RECOBERTO)	666,00	399,30
04.06.04.010-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS C/ STENT NAO RECOBERTO	666,00	399,30
Cirurgia Vascular: Quimioembolização Hepática			
04.16.04.019-5	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO	807,95	292,50
Angioplastia Coronária e Cateterismo Cardíaco			
02.1.102.001-0	CATETERISMO CARDIACO	492,52	122,20
04.06.03.003-0	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	988,48	587,25
04.06.03.001-4	ANGIOPLASTIA CORONARIANA	988,48	587,25
Neurorradiologia terapêutica			
0403070040	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO ESTREITO	1.238,88	858,00
Oncologia			
04.07.03.010-7	DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA EXTERNA		
04.07.03.011-5	DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA INTERNA		
04.06.04.026-5	IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO	1.027,51	587,25
04.06.04.030-3	TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZAÇÃO	666,00	399,30
04.06.04.019-2	EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	666,00	399,30
04.06.04.031-1	TRATAMENTO DE HEMOPTISE POR EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA	666,00	399,30
04.06.04.029-0	TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZAÇÃO	666,00	399,30
04.03.07.011-2	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL SIMPLES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	415,83	522,60
04.06.04.033-8	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA	666,00	399,30
04.03.07.013-9	EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR INTRA-CRANIANO OU DA CABEÇA E PESCOÇO	1.238,88	406,50
04.09.01.029-4	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	417,14	183,30
04.03.07.009-0	EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA CAROTIDO-CAVERNOSA DIRETAS	1.238,88	572,00
TOTAL GERAL			

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIGTAP), em 22/07/2020.

ANEXO II
PLANILHA DE OPME – VALOR DE REFERÊNCIA – MÁXIMO A SER REEMBOLSADO

Código do Procedimento	Procedimento/Especialidade	Serviço Hospitalar (R\$)	Serviço Profissional (R\$)	Sub- Total (tabela SUS) R\$	Quantidade
OPME					
07.02.01.001-4	BALAO DESCARTÁVEL	788,56		788,56	1
07.02.04.007-0	CATETER BALÃO P/ ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA	499,14		499,14	1
07.02.04.008-8	CATETER BALAO P/ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	500,00		500,00	169
07.02.10.001-3	CATTER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE	482,34		482,34	1
07.02.01.004-9	CATETER GUIA CALIBRE 6F A 8F	563,00		563,00	8
07.02.04.013-4	CATETER GUIA P/ ANGIOPLASTIA TRASNLUMINAL PERCUTANEA	195,45		195,45	54
07.02.04.015-0	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN	97,48		97,48	1
07.02.05.010-5	CIANOACRILATO	500,00		500,00	3
07.02.04.016-9	COILS EMBOLIZANTE	706,00		706,00	7
07.02.01.008-1	CONECTOR EM Y / RETO	78,43		78,43	5
07.02.04.017-7	CONJUNTO DE ACESSO HEPATICO TRANSJUGULAR	4.300,00		4.300,00	1
07.02.04.028-2	ENDOPROTESE AORTICA BIFURCADA	14.000,00		14.000,00	3
07.02.04.029-0	ENDOPROTESE AORTICA TUBULAR / CONICA	10.200,00		10.200,00	7
07.02.04.030-4	ENDOPROTESE TORACICA RETA	14.000,00		14.000,00	1
07.02.04.031-2	ENXERTO ARTERIAL INORGANICO VALVADO (CONDUTO VALVADO)	4.012,40		4.012,40	1
07.02.04.032-0	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR BIFURCADO INORGANICO C/ COLAGENO	609,57		609,57	1
07.02.04.033-9	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR INORGANICO C/ COLAGENO	420,90		420,90	1
07.02.04.034-7	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR ORGANICO	327,46		327,46	1
07.02.04.035-5	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR VALVADO ORGANICO	1.313,96		1.313,96	1
07.02.04.036-3	ENXERTO TUBULAR DE POLITETRAFLUORETILENO DE ATÉ 20CM (PTFE)	25,27		25,27	1
07.02.04.037-1	ENXERTO TUBULAR DE POLITETRAFLUORETILENO DE ATÉ 70CM (PTFE)	25,27		25,27	1
07.02.01.013-8	ESPIRAIS DE PLATINA	1.350,00		1.350,00	53
07.02.04.039-8	GUIA E FILTRO P/ VEIA CAVA	3.580,00		3.580,00	7
07.02.01.014-6	FIO GUIA HIDROFILICO 0,035	300,00		300,00	203
07.02.04.038-0	FIO GUIA DIRIGIVEL PARA ANGIOPLASTIA	195,45		195,45	99
07.02.01.016-2	INTRODUTOR 6FA 8F	74,00		74,00	1
07.02.05.034-2	INTRODUTOR VALVULADO	97,48		97,48	323
07.02.04.041-0	MARCAPASSO CARDIACO MULTIPROGRAMAVEL DE CAMARA DUPLA	5.225,25		5.225,25	1
07.02.04.042-8	MARCAPASSO CARDIACO MULTIPROGRAMAVEL DE CAMARA UNICA	4.324,34		4.324,34	1
07.02.04.043-6	MARCAPASSO MULTI-SITIO	15.720,16		15.720,16	1
07.02.01.019-7	MICROBALAO DE REMODELAGEM	2.000,00		2.000,00	4
07.02.05.035-0	MICRO CATETER	1.650,00		1.650,00	23
07.02.01.017-0	MICRO CATETER FLUXO DEPENDENTE	1.301,15		1.301,15	1
07.02.01.018-9	MICRO CATETER P/ BALAO	1.419,41		1.419,41	1
07.02.05.036-9	MICRO GUIA	830,00		830,00	14
07.02.05.042-3	PARTICULAS EMBOLIZANTES (FRASCO)	300,00		300,00	7
07.02.04.044-4	PATCH INORGANICO (20 CM2)	88,81		88,81	1
07.02.04.045-2	PATCH INORGANICO (50 CM2)	98,00		98,00	1
07.02.05.043-1	PATCH INORGANICO (ATE 260 CM2)	0,94		0,94	1
07.02.04.046-0	PATCH ORGANICO (20 CM2)	90,10		90,10	1
07.02.04.047-9	PATCH ORGANICO (50 CM2)	113,05		113,05	1
07.02.05.044-0	PATCH ORGANICO (ATE 260 CM2)	1,07		1,07	1
07.02.01.025-1	RESERVATÓRIO COM CATETER PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS	310,00		310,00	1
07.02.04.058-4	SISTEMA DE COLOCACAO DE COILS	1.250,00		1.250,00	1
07.02.04.060-6	SISTEMA DE PROTEÇÃO DISTAL PARA CAROTIDA E/OU CORONARIA	2.815,20		2.815,20	4
07.02.04.053-3	STENT PARA ARTÉRIA CORONARIA	2.035,50		2.035,50	34
07.02.04.061-4	STENT FARMACOLÓGICO PARA ARTERIA CORONARIA	2.034,50		2.034,50	38
07.02.04.048-7	STENTE FARMACOLÓGICO PARA ARTERIA PERIFÉRICA	2.113,36		2.113,36	1
07.02.04.051-7	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA	2.034,50		2.034,50	30
TOTAL OPME					

ANEXO III**PLANILHA DE COMPATIBILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS – OPME****ACESSOS VASCULARES E FILTRO DE VEIA CAVA****001 – 04.18.01.004-8 – Implante de cateter de longa permanência para hemodiálise**

- Sem OPME disponível / Cateter de longa permanencia p/ hemodialise

002 – 04.06.02.062-0 – Retirada de cateter de longa permanência semi ou totalmente implantável

- Não é necessário OPME

003 – 04.18.01.003-0 – Confecção de fístula artério venosa para hemodiálise

- Não é necessário OPME

004 – 04.06.04.014-1 – Colocação percutânea de filtro de veia cava (na trombose venosa periférica e embolia pulmonar)

OPME: • Introdutor Valvulado • Filtro de veia cava
005 – 04.06.03.010-3 – Retirada de corpo estranho de sistema cardiovascular por técnicas hemodinâmicas • Sem OPME disponível
DOENÇAS DA AORTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ENDOVASCULAR
006 – 04.06.04.021-4 – Embolização de malformação vascular por punção direta • Sem OPME disponível
007– 04.06.04.016-8 – Correção endovascular de aneurisma/dissecção de aorta abdominal e ilíacas com endoprótese bifurcada OPME: • Introdutor valvulado • Fio guia dirigível para angioplastia • Cateter balão para angioplastia periférica • Endoprótese aórtica bifurcada • Endoprótese aórtica tubular/conica
008– 04.06.04.015-0 – Correção endovascular de aneurisma/dissecção de aorta abdominal com endoprótese reta/conica OPME: • Introdutor valvulado • Fio guia dirigível para angioplastia • Cateter balão para angioplastia periférica • Endoprótese aórtica tubular/conica • Cateter venoso central duplo lumem
009 – 04.06.04.017-6 – Correção endovascular de aneurisma/dissecção de aorta torácica com endoprótese reta/conica OPME: • Introdutor valvulado • Fio guia dirigível para angioplastia • Cateter balão para angioplastia periférica • Endoprótese aórtica tubular/conica • Cateter venoso central duplo lumem
010 – 04.06.04.027-3 – Oclusão percutânea endovascular de artéria/veia OPME: • Introdutor valvulado • Fio guia dirigível para angioplastia • Coils embolizante – 1 unidade
ENDOVASCULAR: ANGIOGRAFIAS E ANGIOPLASTIAS
011 – 02.10.01.010-0 – Arteriografia para investigação de hemorragia cerebral • Sem OPME disponível
012 – 02.10.01.014-2 – Arteriografia seletiva por cateter (por vaso) • Sem OPME disponível
013 – 02.10.01.007-0 – Arteriografia de membro • Sem OPME disponível
014 – 04.06.04.009-5 – Angioplastia intraluminal de vasos do pescoço/troncos supra-aórticos com stent não recoberto OPME:

- Introdutor valvulado
- Fio guia dirigível para angioplastia
- Cateter balão para angioplastia periférica
- Sistema de proteção cerebral distal para carótida e/ou coronária
- Stent para artéria periférica

015 – 04.06.04.010-9 – Angioplastia intraluminal de vasos viscerais com stent não- recoberto

OPME:

- stent para artéria periférica
- cateter balao p/ angioplastia periferica
- cateter guia p/ angioplastia transluminal percutanea
- fio guia dirigível para angioplastia
- introdutor valvulado

016 – 04.06.04.006-0 – Angioplastia intraluminal de vasos de extremidade com stent não-recoberto

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia para angioplastia
- Fio guia dirigível para angioplastia
- Cateter balão para angioplastia periférica – 2 unidades
- Stent para artéria periférica – 2 unidades

CIRURGIA VASCULAR: QUIMIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA**017 – 04.16.04.019-5 – Quimioembolização do carcinoma hepático**

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia para angioplastia
- Fio guia dirigível para angioplastia
- Microcateter
- Microguia
- Partículas embolizantes – 2 frascos

ANGIOPLASTIA CORONÁRIA E CATETERISMO CARDÍACO**018 – 02.11.02.001-0 – Cateterismo Cardíaco**

- Sem OPME disponível

019– 04.06.03.003-0 – Angioplastia coronariana com implante de stent

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia para angioplastia
- Fio guia dirigível para angioplastia
- Cateter balão para angioplastia
- Stent para artéria coronariana
- Stent farmacológico para artéria coronariana
- Cateter venoso central duplo lumem

020 – 04.06.03.001-4 – Angioplastia coronariana

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia para angioplastia
- Fio guia dirigível para angioplastia
- Cateter balão para angioplastia

- Cateter venoso central duplo lumen

NEURORRADIOLOGIA TERAPÊUTICA**021– 04.03.07.004-0 – Embolização de aneurisma cerebral maior que 15mm com colo estreito**

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia
- Fio guia hidrofílico 0,035"
- Micro cateter
- Micro guia
- Espirais de platina – 10 unidades

ONCOLOGIA**022 – 04.07.03.010-7 - Drenagem biliar percutânea externa**

- Sem OPME compatibilizado

023– 04.06.04.026-5 – Implante de shunt intrahepático porto-sistêmico com stent não recoberto

OPME:

- Cateter balão para angioplastia
- Conjunto acesso transjugular
- Fio guia dirigível para angioplastia
- Stent para artéria periférica

024 – 04.06.04.030-3 – Tratamento de hematúria ou sangramento genital por embolização

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia 6 a 8F
- Fio guia hidrofílico 0,035"
- Micro cateter
- Micro guia
- PVA – 2 unidades
-

025– 04.06.04.019-2 – Embolização arterial de hemorragia digestiva

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia 6 a 8F
- Fio guia hidrofílico 0,035"
- Micro cateter
- Micro guia
- PVA – 2 unidades

026 -04.06.04.029-0 – Tratamento de epistaxe por embolização

OPME:

- Introdutor valvulado
- Cateter guia 6 a 8F
- Fio guia hidrofílico 0,035"
- Micro cateter
- Micro guia
- PVA – 2 unidades

027 – 04.06.04.031-1 – Tratamento de hemoptise por embolização percutânea**028 – 04.03.07.011-2 – Embolização da malformação arteriovenosa intraparenquimatosa do sistema nervoso central**

OPME:

• Cateter guia 6 a 8F • Fio guia hidrofílico 0,035" • Micro cateter – 3 unidades • Micro guia • Cianoacrilato – 3 unidades
029– 04.06.04.033-8 – Tratamento endovascular do pseudoaneurisma OPME: • Introdutor valvulado • Cateter guia • Fio guia dirigível para angioplastia • Stent farmacológico para artéria periférica
030– 04.03.07.013-9 – Embolização de tumor de cabeça e pescoço OPME: • Introdutor valvulado • Cateter guia 6 a 8F • Fio guia dirigível para angioplastia • Micro cateter • Micro guia • Partículas embolizantes – 2 frascos •
031– 04.09.01.029-4 – Nefrostomia percutânea • Sem OPME disponível
032– 04.03.07.009-0 – Embolização de fístula carotido-cavernosa com balões descartáveis OPME: • Cateter guia calibre 6F a 8F • Introdutor 6F a 8F • Micro cateter para balão • Balão descartável – 3 unidades

ANEXO IV

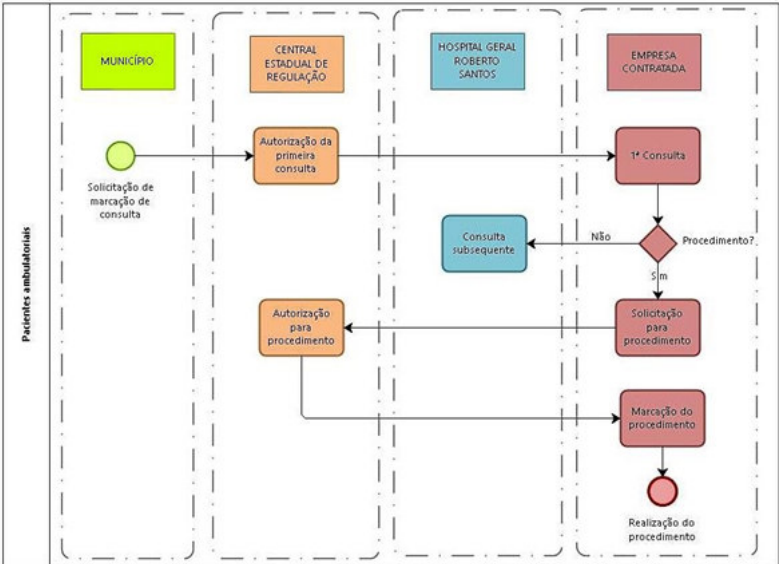
MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

MEDICAMENTOS ALTO CUSTO
ACTILYSE 50mg - Actilyse é um medicamento que atua na dissolução de coágulos sanguíneos. O princípio ativo da Actilyse é uma enzima trombolítica. Indicação: Actilyse é um medicamento indicado para pacientes que apresentam Oclusão coronariana aguda (de origem trombótica). Oclusão coronariana aguda é uma doença resultante da queda do fluxo sanguíneo para o músculo do coração. A causa mais comum é a formação de
MILRINONA 10mg - O milrinona é um inotrópico positivo que pode ser utilizado no tratamento da insuficiência cardíaca descompensada, em pós-operatório. Indicação: Inotrópico positivo e vasodilatador. Lactato de milrinona é indicado para o tratamento intravenoso em curto prazo da insuficiência cardíaca congestiva severa, inclusive nos estados de
Mecanismo de ação: inibidor de fosfodiesterase III, com efeito inotrópico positivo e pouco efeito cronotrópico positivo. Vasodilatador direto (diminuição
LIPIODOL 1 ampola - Apresentação: cx. c/ 2 ou 10 amp. de 5 ml da sol. inj. Composição: Éster etílico do ácido graxo do óleo de papoula iodado 5,00 ml. Indicações: Linfografia Indicações complementares: Histerossalpingografia, uretrografia retrógrada, sialografia, colangiografia pré ou pós-operatória,
DOXORRUBICINA 50mg - Apresentação: Frasco-ampola 50mg Substância Ativa: Doxorubicina Indicações: Cloridrato de Doxorrubicina tem sido usado com êxito para produzir regressão em várias neoplasias, tais como carcinoma da mama, pu

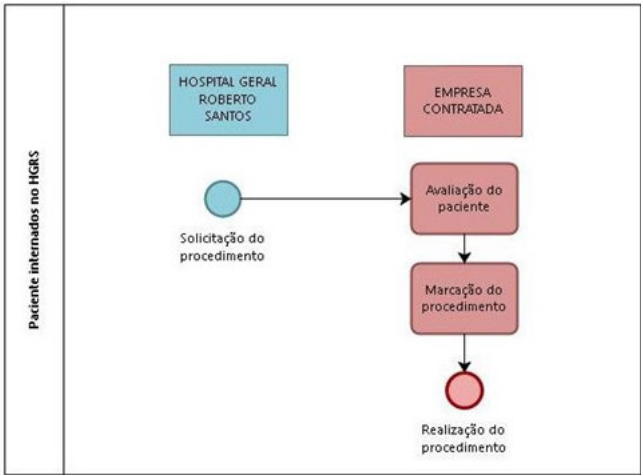
ANEXO V

FLUXOGRAMA

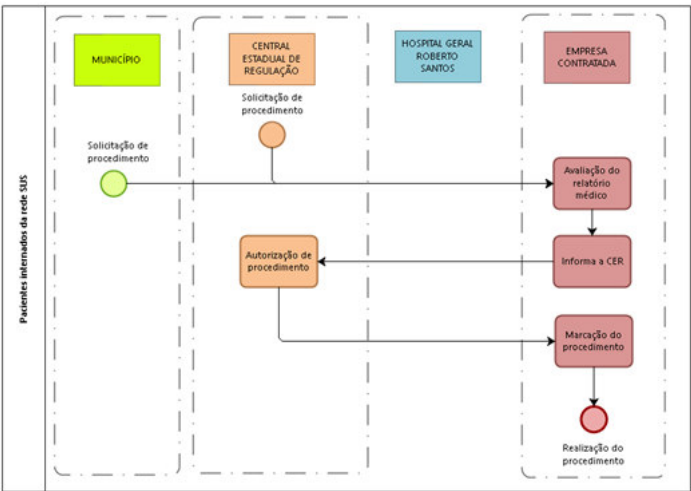
- FLUXO PACIENTE AMBULATORIAL



• FLUXO PACIENTE INTERNADO NO HGRS

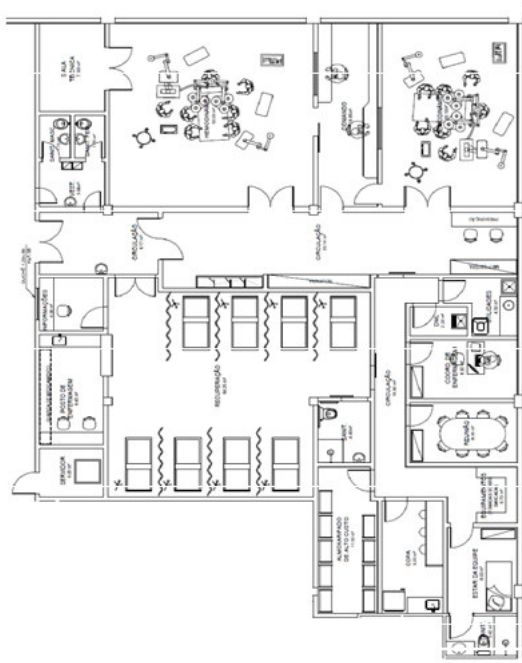


• FLUXO PACIENTE - REDE SESAB (CAPITAL E INTERIOR) – CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO - CER



ANEXO VI

LAYOUT DO SETOR DE HEMODINÂMICA



PLANILHA DE CONTROLE MENSAL – PARTE VARIÁVEL

Senhor Diretor do Hospital Geral Roberto Santos,

Paciente	
Nome Completo	
Idade	
CNS	
Nº RG	
Nº CPF	
Endereço	
Fone	
E-mail	
Procedimento:	
Código	
Descrição	
Data	
Médico	
CRM Médico	

Ciente, _____

Fiscal do Contrato

PARTE FIXA*

ITEM	CUSTO MENSAL
PESSOAL	
CUSTO OPERACIONAL - LEITOS	
MANUTENÇÃO MÁQUINAS E REPOSIÇÃO DE PEÇAS	
VALOR MENSAL - PARTE FIXA	
VALOR ANUAL - PARTE FIXA	

PARTE VARIÁVEL

PARTE VARIÁVEL: Para a realização do quantitativo estimado de 400 (quatrocentos) procedimentos fica reservado o valor máximo de **R\$** , tomando por base os valores de referência que constam no anexo I deste Termo de Referência.

TOTAL DO VALOR DA PARTE VARIÁVEL MÊS	
TOTAL DO VALOR DA PARTE VARIÁVEL ANO	



Documento assinado eletronicamente por **Leilane Oliveira dos Santos, Diretor**, em 16/12/2020, às 17:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Igor Lobão Ferraz Ribeiro, Diretor**, em 16/12/2020, às 19:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00025645141** e o código CRC **6023C365**.