



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SMS Nº 005/ 2025

O Município de Aracaju, por meio da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, com sede à Rua Nely Correia de Andrade 50 – Bairro Coroa do Meio – Aracaju – SE, CEP: 49036-245, por condução da Comissão de Credenciamento de Serviços da Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, instituída através da Portaria n.º 362, de 07 de julho de 2025, presidida por WILLIAMS RODRIGO FERREIRA CARDOSO, torna público e CONVIDA os interessados a participarem do **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 005/2025**, que tem como objeto o **CRENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO CLÍNICO PARA OS USUÁRIOS DO SUS, A SEREM EXECUTADOS POR EMPRESAS PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS**, a partir de sua publicação no Diário Oficial do Município e jornal diário de grande circulação, podendo ser realizado a qualquer tempo desde que sejam preenchidas todas as condições editalícias e que haja lotes disponíveis, conforme aprovado pelo Parecer Jurídico PGM nº 851/2025, de 2025.

I - DO OBJETO

I.1 O presente Chamamento Público é regido pela Lei Federal nº 14.133 de 1º de abril de 2021, e pelo Decreto Municipal nº 7.178, de 12 de junho de 2023, e tem por objeto o **CRENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO CLÍNICO PARA OS USUÁRIOS DO SUS, A SEREM EXECUTADOS POR EMPRESAS PRIVADAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS**, conforme descrito no **Anexo I** deste edital.

II - DAS CONDIÇÕES

II.1 Todos os interessados poderão participar do processo de chamamento desde que sejam instituições que satisfaçam as condições específicas de habilitação fixadas neste Edital e seus anexos, obrigadas a encaminhar a documentação exigida e demonstrar o cumprimento dos requisitos deste Edital, que estejam legalmente constituídas, habilitadas, com idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal.



que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do Poder Público, com capacidade técnica comprovada;

II.2 Não incorrer em qualquer das condições impeditivas discriminadas abaixo:

II.2.1 Estar sob processo de falência ou concordata;

II.2.2 Impedimentos para Contratar com a Administração Pública

Declara que não se enquadra em nenhuma das seguintes hipóteses de impedimento para contratar:

a) Impedimento específico na área da saúde (Lei 8.080/90)

No caso de entidades privadas que atuam no Sistema Único de Saúde - SUS declara que seus sócios, diretores ou responsáveis técnicos **não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no SUS**, nos termos do art. 26, caput, da Lei 8.080/90.

b) Impedimento por vínculo com agente público (Lei 14.133/2021)

Declara que não mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante, com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, conforme estabelecido no art. 14, inciso IV, da Lei nº 14.133/2021.

c) Estar impedida de participar de licitação apenada na Lei nº 14.133/2021, desde que a suspensão se estenda ao território do Estado de Sergipe ou território nacional;

II.3 Em cumprimento aos princípios da economicidade e eficiência, 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.4 **É terminantemente proibida a realização de quaisquer etapas dos procedimentos e exames de imagem** em local diverso ao previsto que consta estabelecido em contrato, **EXCETUANDO-SE os casos de anatomia patológica (para o exame de IMUNOHISTOQUÍMICA)**, desde que comprovado contrato terceirizado com o contratado;



II.5 As unidades deverão dispor de acesso específico e instalações físicas adequadas para as pessoas com deficiência física;

II.6 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.7 Os estabelecimentos credenciados deverão ofertar todos os tipos de procedimentos contemplados no lote interessado;

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 e sua disponibilidade orçamentária e financeira;

II.9 A contratação dos serviços constantes no **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.10 As instituições que realizam procedimentos cuja execução dependa da **habilitação do Ministério da Saúde**, somente poderão fazê-lo se a obtiverem, bem como deverão respeitar todas as normas sanitárias envolvendo os serviços prestados;

II.11 As instituições deverão disponibilizar aos setores correspondentes da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju – SMS, quando solicitadas, quaisquer informações relacionadas à execução dos serviços credenciados;

II.12 Dos Valores e Reajuste

II.12.1. Os valores de referência constantes no Anexo I foram estabelecidos com base em pesquisa de mercado junto a prestadores da região e valores praticados em contratações anteriores, conforme estudos técnicos que fundamentam esta licitação.

II.12.2 Os valores constantes no Anexo I poderão ser reajustados pela Secretaria Municipal de Saúde após decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data de apresentação da proposta ou do último reajuste concedido, aplicando-se o índice IPCA/IBGE acumulado no período, ou, preferencialmente, o mesmo



percentual de reajuste concedido pelo Ministério da Saúde à Tabela SIGTAP, o que for mais favorável à Administração.

Parágrafo único. O reajuste de que trata o caput não constitui direito subjetivo da contratada, ficando condicionado à análise de conveniência e oportunidade pela Secretaria Municipal de Saúde, observada a disponibilidade orçamentária e financeira, bem como a comprovação do impacto da variação de custos sobre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

II.13 As instituições interessadas ficam, desde já, cientes de que os procedimentos contratados serão realizados mediante regulação, agendamento e/ou autorização do Núcleo de Controle, Avaliação e Regulação (NUCAR) da SMS, em 100% da sua oferta, conforme critérios técnicos e fluxos definidos previamente por esta Secretaria, com garantia de acesso aos usuários do SUS, salvo os casos em que haja anuência do NUCAR para agendamento local, tendo em vista algum fluxo estabelecido;

II.14 A DRMAAC (Diretoria de Regulação, Monitoramento, Auditoria e Avaliação de Contratos) designará equipe técnica para realizar as vistorias conforme roteiro no Anexo XI, como critério de habilitação;

II.15 As instituições participantes deverão observar integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018), especialmente quanto à segurança, confidencialidade e finalidade do uso dos dados pessoais dos usuários do SUS no contexto da execução contratual.

III - DO CREDENCIAMENTO

III.1 O credenciamento será realizado exclusivamente por meio eletrônico, mediante preenchimento de formulário disponível no site oficial da Prefeitura Municipal de Aracaju, a partir do primeiro dia útil após a publicação do edital. O referido formulário permanecerá acessível de forma contínua no site www.ajuinteligente.aracaju.se.gov.br, permitindo o cadastramento permanente de novos interessados;

III.2 As empresas terão o prazo de **10 dias úteis** para a apresentação da documentação;

III.3 Anexadas as documentações, será informada pelo sistema a finalização do processo de credenciamento da empresa interessada. Esse ato não certificará que a documentação está completa e condizente com os preceitos estabelecidos neste edital, ficando condicionada à efetiva análise pela Comissão Permanente de Chamamento Público;



III.4 A documentação exigida neste edital deverá ser anexada utilizando-se **original** ou **cópia autenticada**;

III.5 Os documentos extraídos da internet estarão sujeitos à verificação de autenticidade pela Comissão;

III.6 É vedada a inscrição condicional, a extemporânea, a presencial, a via postal, a via Fax, ou a via correio eletrônico;

III.7 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 chamamento;

III.8 O Chamamento Público nº 005/2025 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 e em jornal de grande circulação. Entretanto, as novas contratações somente serão efetivadas no exercício subsequente, observando-se o prazo de vigência e renovação dos contratos atualmente em vigor, ressalvadas as hipóteses de necessidade excepcionais devidamente justificadas, que poderão ensejar a contratação imediata.

IV – DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

IV.1 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.7º 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 II;



e) Declaração (Anexo IV) 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 (Anexo V) firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição que, expressamente:

f.1) Conhecem e aceitam as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com os valores previstos no anexo I deste Edital, e que estão de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamento disponibilizado pela Secretaria Municipal da Saúde;

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 (Anexo IX) emitida pelo representante informando que inexistem suspensão, impedimento ou proibição de contratar com a Administração Pública.

IV.2 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.

IV.3 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).

IV.4 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 (Anexo VI) descritivo com os seguintes itens:
 - d.1) Declaração dos equipamentos instalados nas unidades na sua totalidade;
 - d.2) Relação do corpo clínico/técnico 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 (Anexo VII);
- f) Preenchimento da Ficha Cadastral (Anexo VIII).



V - DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

1ª FASE: da Análise Documental e Avaliação

- a) Compete à Comissão Permanente de Chamamento Público da Secretaria Municipal da Saúde – SMS realizar a análise da documentação apresentada;
- b) A Comissão poderá solicitar a complementação ou adequação de documentos, desde que necessário;
- c) A Comissão terá até 15 (quinze) dias corridos para análise da documentação e emissão de parecer conclusivo quanto a mesma.
- d) Somente passará para a 2ª FASE, a empresa que apresentar toda a documentação exigida neste edital, bem como ter sido aprovada pela Comissão Permanente de Chamamento Público da SMS.

2ª FASE: Da Vistoria Técnica

- a) A DRMAAC designará equipes que efetuarão vistorias, não agendadas, nas empresas que estiverem com as documentações **completas e aprovadas na 1ª FASE. Destaca-se que não é, necessariamente, obrigatório aguardar o fim dos 15 (quinze) dias para início das vistorias;**
 - a.1) Durante a vistoria, além da comprovação da veracidade das informações prestadas pela instituição no processo de habilitação, será aplicado questionário de avaliação das instalações e dos serviços, **de acordo com o lote pleiteado**, mediante uso de planilhas onde serão atribuídos pontos para cada um dos itens examinados – **Anexo XI**;
- b) 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 e jornal diário de grande circulação a relação de empresas que obtiveram a pontuação mínima exigida;
- c) Aplicam-se a esta fase os mesmos procedimentos relativos aos recursos escritos na fase anterior;
- d) As instituições que manifestarem interesse ao Edital de Chamamento nº 005/2025 poderão ser vistoriadas por representantes da Secretaria Municipal da Saúde a qualquer momento depois de anexada a documentação;



e) A vistoria técnica será pressuposto para habilitação. 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.

3ª FASE: DO RATEIO DOS SERVIÇOS A SEREM ADQUIRIDOS ENTRE AS EMPRESAS HABILITADAS

a) Com base nos dados obtidos pela avaliação das empresas, será realizado rateio dos tetos físicos de cada procedimento a ser adquirido pela Secretaria Municipal da Saúde de forma isonômica entre todas as empresas já credenciadas e aqueles novos interessados habilitados, considerando ainda a capacidade técnica informada pelo prestador;

b) A quantidade de procedimentos ofertados pela SMS/Aracaju é baseada na programação realizada para o atendimento da demanda existente e sua disponibilidade financeira (procedimentos necessários).

V.1 DAS EMPRESAS HABILITADAS NA 3ª FASE

Com base nos dados obtidos pela avaliação das empresas (2ª FASE), estas serão enquadradas em CLASSES, e atribuídos pesos conforme Tabela I que serão utilizados para o rateio dos tetos físicos de cada procedimento a ser adquirido pela Secretaria Municipal da Saúde.

V.1.1 TABELA I

Percentual de Pontos / Classe	Pontos
Empresa A 95%	05 pontos
Empresa B 85%	04 pontos
Empresa C 75%	03 pontos
Empresa D 60%	02 pontos

* Percentual obtido após vistoria do total possível de pontos (fase anterior)

V.1.2 Para os efeitos de cálculo dos tetos físicos dos procedimentos de cada prestador, a pontuação (pontos) de cada uma das empresas será somada para ser obtido total denominado de **PONTUADO**;



V.1.3 A quantidade de procedimentos ofertada pela SMS/Aracaju (PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS), com base na programação realizada para o atendimento da demanda existente e sua disponibilidade financeira (**Anexo I**), dividida pelo valor PONTUADO será denominada de **QUANTIDADE BÁSICA**;

V.1.4 A QUANTIDADE BÁSICA será multiplicada pelos pontos obtidos por cada Instituição para ser obtido o **TETO FÍSICO A SER CONTRATADO** de cada Empresa.

Por Exemplo:

A Secretaria Municipal da Saúde necessita adquirir 5.000 (cinco mil) procedimentos de determinado exame (PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS) e, para oferecer este procedimento, 04 empresas conseguiram habilitação conforme tabela a seguir:

Empresa	Percentual e Pontos	Classe	Pontuado	Teto Físico
Empresa A	95% = 05 pontos			
Empresa B	85% = 04 pontos			
Empresa C	75% = 03 pontos			
Empresa D	60% = 02 pontos			

TOTAL = 5 + 4 + 3 + 2 = 14 (PONTUADO)

QUANTIDADE BÁSICA = 5000 (PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS) / 14 (PONTUADO) = 357

TETO FÍSICO DA EMPRESA = QUANTIDADE BÁSICA X N.º DE PONTOS OBTIDOS

TETO FÍSICO DA EMPRESA A = 357 X 05 PONTOS OBTIDOS = 1.785 PROCEDIMENTOS MENSALS

TETO FÍSICO DA EMPRESA B = 357 X 04 PONTOS OBTIDOS = 1.428 PROCEDIMENTOS MENSALS

TETO FÍSICO DA EMPRESA C = 357 X 03 PONTOS OBTIDOS = 1.071 PROCEDIMENTOS MENSALS

TETO FÍSICO DA EMPRESA D = 357 X 02 PONTOS OBTIDOS = 714 PROCEDIMENTOS MENSALS



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, acrescido do resultado da vistoria técnica com **pontuação mínima de 70%** (item V, 2ª Fase);

VI.2 Este edital prevê contratação de acordo com o **Anexo I**, considerando necessidade da Secretaria Municipal de Saúde e sua disponibilidade orçamentária e financeira.

VII - DA PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS

A Comissão Permanente de Chamamento Público da SMS publicará a relação das instituições consideradas habilitadas e inabilitadas no Diário Oficial do Município de Aracaju e jornal diário de grande circulação.

VIII - DO PRAZO RECURSAL

VIII.1 A interposição de recurso referente à habilitação ou inabilitação de licitantes e aceitabilidade das propostas observará o disposto no art. 165, da Lei nº 14.133 de 2021;

VIII.2 Os interessados terão prazo de 03 (três) dias úteis para recorrer, a contar da data intimação do ato, ou da lavratura da ata de publicação do resultado;

VIII.3 O recurso deverá ser encaminhado através do endereço eletrônico, como a 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, qual deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento do recurso em autos;

VIII.3.1 Será garantido às demais instituições o direito de apresentar contrarrazões no prazo de 03 (três) dias úteis, nos termos do §1º do art. 165 da Lei nº 14.133/2021, contado da intimação ou publicação do recurso interposto.



VIII.4 O recurso que trata o item VIII.3 terá efeito suspensivo, podendo a autoridade competente, motivadamente e presentes razões de interesse público, atribuir ao recurso interposto eficácia suspensiva aos demais recursos;

VIII.5 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.

IX - DA HOMOLOGAÇÃO

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

X - DA VIGÊNCIA

X.I O contrato terá início no ato de sua assinatura, sendo finalizado no prazo de 12 meses, a contar da data da assinatura, podendo ser prorrogado se houver interesse no Município, nos termos do artigo 107, da Lei nº 14.133/21, pelo período de até 05 anos;

X.2 Durante a vigência do chamamento é obrigatório que as credenciadas mantenham regularizadas todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, regularidade fiscal e qualificação econômico-financeira relacionadas às condições de credenciamento;

X.3 Durante a vigência do credenciamento, a credenciada deverá cumprir contínua e integralmente o disposto neste Edital e nos termos contratuais que celebrar com a entidade contratante;

X.4 O descumprimento de quaisquer das condições previstas neste regulamento, bem como na Lei Federal nº 14.133/21 e na Lei Federal nº 8.080/90, ensejará o descredenciamento da contratada e rescisão do contrato de acordo com o previsto na Lei nº 14.133/21;

X.5 A Secretaria Municipal de Saúde, através da Comissão Permanente de Chamamento Público, poderá revogar o credenciamento quando assim exigir o interesse público, mediante decisão fundamentada, sem que reste qualquer direito de indenização em favor dos credenciados, mas garantindo-se o pagamento dos serviços prestados até a data da revogação;



XI - DA CONTRATAÇÃO

XI.1 Terão prioridade na contratação instituições filantrópicas e privadas sem fins lucrativos, conforme disposto na Lei nº 8.080/90, desde que tal tratamento não desrespeite a natureza do instituto do credenciamento;

XI.2 A Administração não se obriga a contratar o quantitativo total dos serviços oferecidos pelas instituições habilitadas, mas a quantidade necessária para atender a necessidade da população do Município de Aracaju e municípios referenciados, prevista nos quantitativos físicos de procedimentos elencados no **Anexo I**;

XI.3 As instituições habilitadas serão convocadas pelo Município para assinatura do contrato após a homologação do respectivo processo licitatório no prazo de 05 (cinco) dias a contar da data da referida convocação, em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21;

XI.4 O contrato a ser assinado se submeterá às disposições da Lei nº 14.133/21, de 01 de abril de 2021 e suas alterações, e terá o prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado através de Termo Aditivo, até o limite de 05 (cinco) anos, de acordo com as disposições legais aplicáveis;

XI.5 Para as instituições credenciadas através deste edital, as atividades deverão ser iniciadas a partir da assinatura do Contrato;

XI.6 A ausência de comparecimento das instituições habilitadas para assinatura do contrato de adesão para prestação de serviços, após regular convocação e dentro do prazo descrito no item XI.3, ensejará o descredenciamento e a aplicação da multa prevista no art. 156, da Lei nº 14.133/21;

XI.7 O inadimplemento contratual implicará em sanções previstas no art. 156, da Lei nº 14.133/21 e no respectivo contrato, assegurando direito de ampla defesa.

XII - DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

XII.1 As empresas credenciadas contratadas deverão executar os serviços conforme estabelecido neste edital e pela Administração;



XII.2 A Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju procederá com a avaliação dos serviços prestados, de acordo com os requisitos e obrigações previstos neste edital;

XII.3 A CONTRATADA obriga-se a observar integralmente as normas, protocolos, diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente quanto à universalidade, integralidade, equidade, humanização do atendimento, regulação do acesso e cumprimento das normas técnicas e éticas aplicáveis aos serviços contratados;

XII.4 As empresas credenciadas deverão ser avaliadas quanto à satisfação dos usuários, comprometendo-se a fornecer informações e implementar melhorias;

XII.5 A empresa credenciada deverá de imediato, quando solicitada, apresentar documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato;

XII.6 Verificado o desempenho insatisfatório, o credenciado contratado será notificado e deverá apresentar justificativa formal no prazo de 05 (cinco) dias úteis;

XII.7 A CONTRATADA deverá adotar todas as medidas necessárias para garantir a segurança dos pacientes, profissionais e demais usuários durante a execução dos serviços contratados, observando as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

XII.8 A CONTRATADA compromete-se a realizar avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados, mediante a aplicação de pesquisas de satisfação junto aos usuários atendidos.

§1º A pesquisa de satisfação deverá ser realizada de forma periódica, com metodologia simples e acessível, podendo ser aplicada presencialmente no momento do atendimento ou por meio eletrônico ou telefônico;

§2º Os resultados das pesquisas deverão ser encaminhados à CONTRATANTE periodicamente, acompanhados de relatório consolidado com o percentual de satisfação e eventuais sugestões ou reclamações registradas pelos usuários.



§4º O resultado das pesquisas de satisfação poderá ser utilizado pela CONTRATANTE como critério de avaliação de desempenho da CONTRATADA e subsidiar eventual renovação, revisão contratual ou aplicação de penalidades, conforme previsto neste instrumento.

XII.9 A execução dos serviços contratados estará sujeita à fiscalização permanente da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), por meio de seus setores técnicos e do Setor de Auditoria, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo.

§ 1º O Setor de Auditoria da SMS, no exercício de suas atribuições legais e regulamentares, poderá realizar auditorias técnicas, operacionais ou de conformidade destinadas a verificar o cumprimento das normas, diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como das obrigações previstas neste edital, observadas as disposições do Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

§ 2º As auditorias poderão incluir vistoria in loco, análise de documentos, entrevistas, cruzamento de dados e inspeções técnicas, devendo a CONTRATADA garantir livre acesso aos registros, sistemas e instalações relacionados à execução contratual, sempre que formalmente requisitado.

§ 5º As conclusões das auditorias poderão subsidiar glosas de pagamento, advertências, suspensão de novos serviços, aplicação de multa ou rescisão contratual, de acordo com a gravidade das infrações apuradas e a legislação vigente;

§ 6º Os relatórios e recomendações de auditoria integrarão o histórico contratual da CONTRATADA, servindo como referência para eventuais processos de recredenciamento, renovação ou impedimento de contratação futura;

§ 7º As ações de auditoria observarão os princípios da legalidade, contraditório e ampla defesa, garantindo à CONTRATADA o direito de manifestação antes da adoção de qualquer medida punitiva sancionatória ou rescisória.

Parágrafo único – As glosas e ressarcimentos decorrentes das verificações mencionadas deverão ser formalmente comunicados ao prestador, acompanhados da memória de cálculo e do respectivo relatório técnico, assegurando-se o direito de manifestação no prazo previsto neste contrato e na legislação aplicável.



XIII - DOS PREÇOS E FONTE DE RECURSOS

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

XIII.1.2 A Secretaria Municipal da Saúde poderá prever a inclusão do recurso de diferença de tabela em procedimentos que não contenham tal previsão originariamente ou, para alguns procedimentos, haverá previsão de repasse de recurso estadual.

XIII.1.3 A SMS pagará mensalmente pelos serviços efetivamente prestados, de acordo com os valores unitários contratados de cada procedimento constante no Anexo I do presente Edital e fontes informadas no item II.12;

XIII.1.4 Os serviços prestados serão remunerados no valor da produção total aprovada pelos sistemas oficiais da CONTRATANTE, a serem pagos em parcelas mensais pós-produção, devendo ser respeitado no momento do pagamento o limite financeiro anual/global do contrato;

XIII.1.5 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 pelos setores de Controle e Avaliação, pela Fiscalização do Contrato ou pelos Relatórios de Auditoria realizados pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

XIII.1.6 Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito e Ordem de Ressarcimento será oportunizada ampla defesa ao prestador de serviços;

XIII.1.7 A Secretaria Municipal da Saúde poderá, a qualquer momento, prever a inclusão de complemento de valor em procedimento que não contenha tal previsão originariamente;

XIII.1.8 A SMS aumentará o teto financeiro deste Contrato na mesma proporção que o Ministério da Saúde aumentar o valor dos procedimentos existentes na Tabela SIGTAP;

XIII.1.9 As despesas para a execução deste contrato correrão por conta do Fundo Municipal de Saúde (FMS), cujos recursos são oriundos do Ministério da Saúde, através de repasses Fundo a Fundo, e de contrapartidas do Município e do Estado, na dotação orçamentária.



Unidade Orçamentária	Fonte de Recurso	Ação	Projeto/Atividade/Denominação	Elemento de Despesa
18401	16000000	2088	3020085	33903936
18401	16210000	2088	3020085	33903936
18401	15001002	2088	3020085	33903936
18401	16593110	2088	3020085	33903936
18401	16593120	2088	3020085	33903936

XIV.1 Fica estabelecida a seguinte matriz de riscos, nos termos do art. 103 da Lei nº 14.133/2021:

À CONTRATADA cabem os riscos operacionais e de gestão técnica;

À CONTRATANTE cabem os riscos decorrentes de alterações legais, regulatórias ou orçamentárias.

As hipóteses de reequilíbrio observarão o disposto no art. 124 da mesma Lei.

XV - PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD)

XV.1 A CONTRATADA obriga-se a observar integralmente as disposições da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), responsabilizando-se pela confidencialidade, segurança e tratamento adequado dos dados pessoais dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito deste contrato. Atuará, para todos os efeitos legais, na qualidade de operadora, seguindo as instruções documentadas da CONTRATANTE, que exercerá as funções de controladora dos referidos dados, nos termos definidos pela referida legislação;

XV.2 A CONTRATADA poderá utilizar outro Sistema de Informação com interoperabilidade, desde que assegure compartilhamento seguro e eficiente de dados da SMS;

XII.3 A coleta e o tratamento dos dados pessoais dos usuários observarão rigorosamente as disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), sendo vedada a utilização das informações para finalidades distintas da avaliação contratual.



XVI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

XVI.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 os preços contratados, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no art. 156, da Lei nº 14.133/21 e demais legislações aplicáveis;

XVI.2 O extrato do presente Edital será disponibilizado no Diário Oficial do Município e jornal diário de grande circulação;

XVI.3 É permitida a alteração da fase dos procedimentos através de termo de apostilamento ao edital, para fins de adequação financeira no momento da contratação;

XVI.4 É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial do Município e no Site da Prefeitura de Aracaju, não podendo alegar desconhecimento dos atos;

XVI.5 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;

XVI.6 A Administração não se obriga a contratar todos os serviços oferecidos pelas instituições habilitadas, mas a quantidade necessária para atender à demanda do Município de Aracaju e população referenciada, segundo pactuações vigentes e de acordo com a necessidade da população prevista nos quantitativos físicos de cada procedimento elencado no Anexo I do presente edital;

XVI.7 É vedada a subcontratação, somente podendo ser feita por autorização expressa da Secretaria Municipal da Saúde;

XVI.8 As instituições e profissionais contratados são responsáveis pelos danos causados diretamente à Secretaria Municipal de Saúde e/ou terceiros, decorrentes da execução do contrato;

XVI.9 São de inteira responsabilidade das instituições contratadas, as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais e trabalhistas resultantes da execução do Contrato;



XVI.10 Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Permanente de Chamamento Público e, em última instância, pela Secretária Municipal da Saúde;

XVI.11 O simples deferimento do credenciamento não assegura ao interessado qualquer direito à contratação, mas apenas a expectativa de ser convocado segundo a ordem de credenciamento e as necessidades da Administração.

XVI.12 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 em razão de vício, sem assistir às entidades direito à reclamação, indenização, reembolso ou compensação;

XVI.13 O contrato a ser firmado seguirá os moldes do **Anexo X**;

XVI.14 Fica eleito o foro da Capital do Estado de Sergipe para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste Edital.

XVI.15 Fazem parte integrante deste Edital:

Anexo I: Distribuição de procedimentos por lotes;

Anexo II: Modelo de Declaração de que não emprega menores de 18 anos;

Anexo III: Modelo de Declaração de Análise Econômico-Financeira;

Anexo IV: Modelo de Declaração de Incompatibilidade de Cargos e Funções;

Anexo V: Modelo de Declaração de Ciência de Termos;

Anexo VI: Modelo de Indicação das Instalações, do Aparelhamento e do Pessoal Técnico;

Anexo VII: Quantitativo de Procedimentos Ofertados e Especificações;

Anexo VIII: Modelo de Requerimento para cadastramento (com descrição de lote a ser contratado);

Anexo IX: Modelo de Declaração de inexistência de suspensão, impedimento ou proibição de contratar com a Administração Pública;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Anexo X: Minuta contratual para conhecimento;

Anexo XI: Roteiro de Vistoria Técnica.



ANEXO I – DISTRIBUIÇÃO DE PROCEDIMENTOS POR LOTE

LOTE 01 - COLETA DE MATERIAL POR PUNÇÃO											
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	200	R\$ 23,73	R\$ 176,27	R\$ 200,00	R\$ 4.746,00	R\$ 35.254,00	R\$ 40.000,00	R\$ 56.952,00	R\$ 423.048,00	R\$ 480.000,00
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	200	R\$ 40,78	R\$ 39,22	R\$ 80,00	R\$ 8.156,00	R\$ 7.844,00	R\$ 16.000,00	R\$ 97.872,00	R\$ 94.128,00	R\$ 192.000,00
TOTAL		400	R\$ 64,51	R\$ 215,49	R\$ 280,00	R\$ 12.902,00	R\$ 43.098,00	R\$ 56.000,00	R\$ 154.824,00	R\$ 517.176,00	R\$ 672.000,00

LOTE 02 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA I											
CÓDIGO DO SUBGRUPO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.04	GRUPO RADIOLOGIA (EXCETO: 0204010160, 0204010179, 0204010187, 0204011179, 0204010195, 0204010209, 0204020018, 0204030013, 0204030021, 0204030030, 0204030188, 0204030048, 0204050014, 0204050022, 0204050030, 0204050049, 0204050057, 0204050073, 0204050081, 0204050146, 0204050154, 0204050162, 0204050170, 0204050189, 0204050065, 0204060036, 0204060028)	5000	R\$ 17,96	R\$ 4,99	R\$ 22,95	R\$ 89.800,00	R\$ 24.950,00	R\$ 114.750,00	R\$ 1.077.600,00	R\$ 299.400,00	R\$ 1.377.000,00
TOTAL		5000	R\$ 17,96	R\$ 4,99	R\$ 22,95	R\$ 89.800,00	R\$ 24.950,00	R\$ 114.750,00	R\$ 1.077.600,00	R\$ 299.400,00	R\$ 1.377.000,00

LOTE 03 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA II

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	200	R\$ 3,51	R\$ 16,49	R\$ 20,00	R\$ 702,00	R\$ 3.298,00	R\$ 4.000,00	R\$ 8.424,00	R\$ 39.576,00	R\$ 48.000,00
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	300	R\$ 9,03	R\$ 39,97	R\$ 49,00	R\$ 2.709,00	R\$ 11.991,00	R\$ 14.700,00	R\$ 32.508,00	R\$ 143.892,00	R\$ 176.400,00
TOTAL		500	R\$ 12,54	R\$ 56,46	R\$ 69,00	R\$ 3.411,00	R\$ 15.289,00	R\$ 18.700,00	R\$ 40.932,00	R\$ 183.468,00	R\$ 224.400,00

LOTE 04 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA III

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	10	R\$ 45,34	R\$ 813,66	R\$ 859,00	R\$ 453,40	R\$ 8.136,60	R\$ 8.590,00	R\$ 5.440,80	R\$ 97.639,20	R\$ 103.080,00
TOTAL		10	R\$ 45,34	R\$ 813,66	R\$ 859,00	R\$ 453,40	R\$ 8.136,60	R\$ 8.590,00	R\$ 5.440,80	R\$ 97.639,20	R\$ 103.080,00

LOTE 05 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA IV

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	20	R\$ 7,77	R\$ 136,23	R\$ 144,00	R\$ 155,40	R\$ 2.724,60	R\$ 2.880,00	R\$ 1.864,80	R\$ 32.695,20	R\$ 34.560,00
TOTAL		20	R\$ 7,77	R\$ 136,23	R\$ 144,00	R\$ 155,40	R\$ 2.724,60	R\$ 2.880,00	R\$ 1.864,80	R\$ 32.695,20	R\$ 34.560,00

LOTE 06 – ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	30	R\$ 165,00	R\$ 79,58	R\$ 244,58	R\$ 4.950,00	R\$ 2.387,40	R\$ 7.337,40	R\$ 59.400,00	R\$ 28.648,80	R\$ 88.048,80
TOTAL		30	R\$ 165,00	R\$ 79,58	R\$ 244,58	R\$ 4.950,00	R\$ 2.387,40	R\$ 7.337,40	R\$ 59.400,00	R\$ 28.648,80	R\$ 88.048,80

LOTE 07 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	15	R\$ 165,00	R\$ 79,58	R\$ 244,58	R\$ 2.475,00	R\$ 1.193,70	R\$ 3.668,70	R\$ 29.700,00	R\$ 14.324,40	R\$ 44.024,40
TOTAL MENSAL		15	R\$ 165,00	R\$ 79,58	R\$ 244,58	R\$ 2.475,00	R\$ 1.193,70	R\$ 3.668,70	R\$ 29.700,00	R\$ 14.324,40	R\$ 44.024,40

LOTE 08 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	300	R\$ 39,94	R\$ 190,06	R\$ 230,00	R\$ 11.982,00	R\$ 57.018,00	R\$ 69.000,00	R\$ 143.784,00	R\$ 684.216,00	R\$ 828.000,00
TOTAL		300	R\$ 39,94	R\$ 190,06	R\$ 230,00	R\$ 11.982,00	R\$ 57.018,00	R\$ 69.000,00	R\$ 143.784,00	R\$ 684.216,00	R\$ 828.000,00

LOTE 09 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA I

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	700	R\$ 39,60	R\$ 118,40	R\$ 158,00	R\$ 27.720,00	R\$ 82.880,00	R\$ 110.600,00	R\$ 332.640,00	R\$ 994.560,00	R\$ 1.327.200,00
TOTAL		700	R\$ 39,60	R\$ 118,40	R\$ 158,00	R\$ 27.720,00	R\$ 82.880,00	R\$ 110.600,00	R\$ 332.640,00	R\$ 994.560,00	R\$ 1.327.200,00

Pagamento pelo valor unitário X o número de vasos, com máximo de 05 vasos por usuário

LOTE 10 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA II

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL DO COMPLEMENTO	VALOR TOTAL MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	40	R\$ 39,60	R\$ 49,23	R\$ 88,83	R\$ 1.584,00	R\$ 1.969,20	R\$ 3.553,20	R\$ 19.008,00	R\$ 23.630,40	R\$ 42.638,40

TOTAL	40	R\$ 39,60	R\$ 49,23	R\$ 88,83	R\$ 1.584,00	R\$ 1.969,20	R\$ 3.553,20	R\$ 19.008,00	R\$ 23.630,40	R\$ 42.638,40
--------------	-----------	------------------	------------------	------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------	----------------------	----------------------

LOTE 11 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA III

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	200	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 4.840,00	R\$ 9.160,00	R\$ 14.000,00	R\$ 58.080,00	R\$ 109.920,00	R\$ 168.000,00
TOTAL		200	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 4.840,00	R\$ 9.160,00	R\$ 14.000,00	R\$ 58.080,00	R\$ 109.920,00	R\$ 168.000,00

LOTE 12 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA IV

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	2000	R\$ 37,95	R\$ 32,05	R\$ 70,00	R\$ 75.900,00	R\$ 64.100,00	R\$ 140.000,00	R\$ 910.800,00	R\$ 769.200,00	R\$ 1.680.000,00
TOTAL		2000	R\$ 37,95	R\$ 32,05	R\$ 70,00	R\$ 75.900,00	R\$ 64.100,00	R\$ 140.000,00	R\$ 910.800,00	R\$ 769.200,00	R\$ 1.680.000,00

LOTE 13 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA V

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	350	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 8.470,00	R\$ 16.030,00	R\$ 24.500,00	R\$ 101.640,00	R\$ 192.360,00	R\$ 294.000,00
TOTAL		350	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 8.470,00	R\$ 16.030,00	R\$ 24.500,00	R\$ 101.640,00	R\$ 192.360,00	R\$ 294.000,00

LOTE 14 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA VI

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	700	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 16.940,00	R\$ 32.060,00	R\$ 49.000,00	R\$ 203.280,00	R\$ 384.720,00	R\$ 588.000,00

TOTAL	700	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 16.940,00	R\$ 32.060,00	R\$ 49.000,00	R\$ 203.280,00	R\$ 384.720,00	R\$ 588.000,00
--------------	------------	------------------	------------------	------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

LOTE 15 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA VII

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	60	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 1.452,00	R\$ 2.748,00	R\$ 4.200,00	R\$ 17.424,00	R\$ 32.976,00	R\$ 50.400,00
TOTAL		60	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 1.452,00	R\$ 2.748,00	R\$ 4.200,00	R\$ 17.424,00	R\$ 32.976,00	R\$ 50.400,00

LOTE 16 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA VIII

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	1200	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 29.040,00	R\$ 54.960,00	R\$ 84.000,00	R\$ 348.480,00	R\$ 659.520,00	R\$ 1.008.000,00
TOTAL		1200	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 29.040,00	R\$ 54.960,00	R\$ 84.000,00	R\$ 348.480,00	R\$ 659.520,00	R\$ 1.008.000,00

LOTE 17 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA IX

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	480	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 11.616,00	R\$ 21.984,00	R\$ 33.600,00	R\$ 139.392,00	R\$ 263.808,00	R\$ 403.200,00
TOTAL		480	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 11.616,00	R\$ 21.984,00	R\$ 33.600,00	R\$ 139.392,00	R\$ 263.808,00	R\$ 403.200,00

LOTE 18 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA X

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	500	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 12.100,00	R\$ 22.900,00	R\$ 35.000,00	R\$ 145.200,00	R\$ 274.800,00	R\$ 420.000,00
TOTAL		500	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 12.100,00	R\$ 22.900,00	R\$ 35.000,00	R\$ 145.200,00	R\$ 274.800,00	R\$ 420.000,00

LOTE 19 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA XI

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	250	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 6.050,00	R\$ 11.450,00	R\$ 17.500,00	R\$ 72.600,00	R\$ 137.400,00	R\$ 210.000,00
TOTAL		250	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 6.050,00	R\$ 11.450,00	R\$ 17.500,00	R\$ 72.600,00	R\$ 137.400,00	R\$ 210.000,00

LOTE 20 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA XII

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	2000	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 48.400,00	R\$ 91.600,00	R\$ 140.000,00	R\$ 580.800,00	R\$ 1.099.200,00	R\$ 1.680.000,00
TOTAL		2000	R\$ 24,20	R\$ 45,80	R\$ 70,00	R\$ 48.400,00	R\$ 91.600,00	R\$ 140.000,00	R\$ 580.800,00	R\$ 1.099.200,00	R\$ 1.680.000,00

LOTE 21 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM SEDAÇÃO

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.06	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (qualquer tipo)	300	R\$ 96,00	R\$ 254,00	R\$ 350,00	R\$ 28.800,00	R\$ 76.200,00	R\$ 105.000,00	R\$ 345.600,00	R\$ 914.400,00	R\$ 1.260.000,00
	ANGIOTOMOGRAFIA (qualquer tipo)	100		R\$ 550,00	R\$ 550,00	R\$ 0,00	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 0,00	R\$ 660.000,00	R\$ 660.000,00
	SEDAÇÃO	60	R\$ 15,15	R\$ 884,85	R\$ 900,00	R\$ 909,00	R\$ 53.091,00	R\$ 54.000,00	R\$ 10.908,00	R\$ 637.092,00	R\$ 648.000,00
	CONTRASTE POR TOMOGRAFIA	120		R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$ 0,00	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 0,00	R\$ 432.000,00	R\$ 432.000,00
TOTAL		400				R\$ 29.709,00	R\$ 220.291,00	R\$ 250.000,00	R\$ 356.508,00	R\$ 2.643.492,00	R\$ 3.000.000,00

LOTE 22 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.07	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (qualquer tipo - incluindo espectroscopia por RM, fluxo líquido e perfusão cerebral por RM quando necessário)	450	R\$ 268,75	R\$ 331,25	R\$ 600,00	R\$ 120.937,50	R\$ 149.062,50	R\$ 270.000,00	R\$ 1.451.250,00	R\$ 1.788.750,00	R\$ 3.240.000,00
02.07.02.001-9	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE COM OU SEM ESTRESSE/PERFUSÃO	60	R\$ 361,25	R\$ 438,75	R\$ 800,00	R\$ 21.675,00	R\$ 26.325,00	R\$ 48.000,00	R\$ 260.100,00	R\$ 315.900,00	R\$ 576.000,00
	SEDAÇÃO	100	R\$ 15,15	R\$ 884,85	R\$ 900,00	R\$ 1.515,00	R\$ 88.485,00	R\$ 90.000,00	R\$ 18.180,00	R\$ 1.061.820,00	R\$ 1.080.000,00
	CONTRASTE POR RESSONÂNCIA (MANUAL OU POR BOMBA DE INFUSÃO)	200	R\$ 0,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$ 0,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 0,00	R\$ 720.000,00	R\$ 720.000,00
	CONTRASTE HEPATO ESPECÍFICO	2	R\$ 0,00	R\$ 590,00	R\$ 590,00	R\$ 0,00	R\$ 1.180,00	R\$ 1.180,00	R\$ 0,00	R\$ 14.160,00	R\$ 14.160,00
TOTAL		510	R\$ 645,15	R\$ 2.544,85	R\$ 3.190,00	R\$ 144.127,50	R\$ 325.052,50	R\$ 469.180,00	R\$ 1.729.530,00	R\$ 3.900.630,00	R\$ 5.630.160,00

LOTE 23 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA I

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA	300	R\$ 112,66	R\$ 482,34	R\$ 595,00	R\$ 33.798,00	R\$ 144.702,00	R\$ 178.500,00	R\$ 405.576,00	R\$ 1.736.424,00	R\$ 2.142.000,00
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	300	R\$ 40,78	R\$ 197,87	R\$ 238,65	R\$ 12.234,00	R\$ 59.361,00	R\$ 71.595,00	R\$ 146.808,00	R\$ 712.332,00	R\$ 859.140,00
SUBTOTAL		600	R\$ 153,44	R\$ 680,21	R\$ 833,65	R\$ 46.032,00	R\$ 204.063,00	R\$ 250.095,00	R\$ 552.384,00	R\$ 2.448.756,00	R\$ 3.001.140,00
TOTAL		600	R\$ 153,44	R\$ 680,21	R\$ 833,65	R\$ 46.032,00	R\$ 204.063,00	R\$ 250.095,00	R\$ 552.384,00	R\$ 2.448.756,00	R\$ 3.001.140,00

LOTE 24 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA II

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
SEM CODIFICAÇÃO	POLIPECTOMIA DE CÓLON OU DE ESÔFAGO (INCLUI ANATOMO PATOLÓGICO)	100	R\$ 0,00	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00	R\$ 0,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 0,00	R\$ 1.440.000,00	R\$ 1.440.000,00
TOTAL		100	R\$ 0,00	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00	R\$ 0,00	R\$ 120.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 0,00	R\$ 1.440.000,00	R\$ 1.440.000,00

LOTE 25 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA III

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRO DUODENOSCOPIA COM OU SEM BIÓPSIA	500	R\$ 48,16	R\$ 224,84	R\$ 273,00	R\$ 24.080,00	R\$ 112.420,00	R\$ 136.500,00	R\$ 288.960,00	R\$ 1.349.040,00	R\$ 1.638.000,00
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	500	R\$ 40,78	R\$ 59,22	R\$ 100,00	R\$ 20.390,00	R\$ 29.610,00	R\$ 10.195.000,00	R\$ 244.680,00	R\$ 355.320,00	R\$ 600.000,00
SUBTOTAL		1000	R\$ 88,94	R\$ 284,06	R\$ 373,00	R\$ 44.470,00	R\$ 142.030,00	R\$ 10.331.500,00	R\$ 533.640,00	R\$ 1.704.360,00	R\$ 2.238.000,00
TOTAL		1000	R\$ 88,94	R\$ 284,06	R\$ 373,00	R\$ 44.470,00	R\$ 142.030,00	R\$ 10.331.500,00	R\$ 533.640,00	R\$ 1.704.360,00	R\$ 2.238.000,00

LOTE 26 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES - CARDIOLOGIA I

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
------------------------------------	----------------------	------------	------------------------	----------------------------	------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------	------------------------


PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	220	R\$ 30,00	R\$ 110,49	R\$ 140,49	R\$ 6.600,00	R\$ 24.307,80	R\$ 30.907,80	R\$ 79.200,00	R\$ 291.693,60	R\$ 370.893,60
TOTAL		220	R\$ 30,00	R\$ 110,49	R\$ 140,49	R\$ 6.600,00	R\$ 24.307,80	R\$ 30.907,80	R\$ 79.200,00	R\$ 291.693,60	R\$ 370.893,60

LOTE 27 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA II

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	350	R\$ 30,00	R\$ 89,63	R\$ 119,63	R\$ 10.500,00	R\$ 31.370,50	R\$ 41.870,50	R\$ 126.000,00	R\$ 376.446,00	R\$ 502.446,00
TOTAL		350	R\$ 30,00	R\$ 89,63	R\$ 119,63	R\$ 10.500,00	R\$ 31.370,50	R\$ 41.870,50	R\$ 126.000,00	R\$ 376.446,00	R\$ 502.446,00

LOTE 28 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA III

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.11.02.005-2	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL	500	R\$ 10,07	R\$ 109,93	R\$ 120,00	R\$ 5.035,00	R\$ 54.965,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.420,00	R\$ 659.580,00	R\$ 720.000,00
TOTAL		500	R\$ 10,07	R\$ 109,93	R\$ 120,00	R\$ 5.035,00	R\$ 54.965,00	R\$ 60.000,00	R\$ 60.420,00	R\$ 659.580,00	R\$ 720.000,00

LOTE 29 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA I

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.11.05.003-2	ELETRONECFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	150	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 50,00	R\$ 3.750,00	R\$ 3.750,00	R\$ 7.500,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 90.000,00
TOTAL MENSAL		150	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 50,00	R\$ 3.750,00	R\$ 3.750,00	R\$ 7.500,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 90.000,00

LOTE 30 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA II

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)*	400	R\$ 27,00	R\$ 212,00	R\$ 239,00	R\$ 10.800,00	R\$ 84.800,00	R\$ 95.600,00	R\$ 129.600,00	R\$ 1.017.600,00	R\$ 1.147.200,00
TOTAL		400	R\$ 27,00	R\$ 212,00	R\$ 239,00	R\$ 10.800,00	R\$ 84.800,00	R\$ 95.600,00	R\$ 129.600,00	R\$ 1.017.600,00	R\$ 1.147.200,00

*VALOR POR PAR DE MEMBROS

LOTE 31 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA III

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAMA	40	R\$ 125,00	R\$ 225,00	R\$ 350,00	R\$ 5.000,00	R\$ 9.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 168.000,00
TOTAL		40	R\$ 125,00	R\$ 225,00	R\$ 350,00	R\$ 5.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 560.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 108.000,00	R\$ 168.000,00

AMBULATORIAL, SEM INTERNAÇÃO.

LOTE 32 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – PNEUMOLOGIA I

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	150	R\$ 6,36	R\$ 51,14	R\$ 57,50	R\$ 954,00	R\$ 7.671,00	R\$ 8.625,00	R\$ 11.448,00	R\$ 92.052,00	R\$ 103.500,00
02.11.08.006-3	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES	10	R\$ 4,28	R\$ 25,72	R\$ 30,00	R\$ 42,80	R\$ 257,20	R\$ 300,00	R\$ 513,60	R\$ 3.086,40	R\$ 3.600,00
TOTAL		160	R\$ 10,64	R\$ 76,86	R\$ 87,50	R\$ 996,80	R\$ 7.928,20	R\$ 8.925,00	R\$ 11.961,60	R\$ 95.138,40	R\$ 107.100,00

LOTE 33 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – UROLOGIA I

CÓDIGO DO SUBGRUPO OU PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR UNIT. DO COMPLEMENTO	VALOR UNIT. CONTRATADO	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR MENSAL COMPLEMENTO	VALOR MENSAL CONTRATADO	VALOR ANUAL TABELA SUS	VALOR ANUAL COMPLEMENTO	VALOR ANUAL CONTRATADO
02.11.09.001-8	AVALIACAO URODINÂMICA COMPLETA	150	R\$ 7,62	R\$ 424,38	R\$ 432,00	R\$ 1.143,00	R\$ 63.657,00	R\$ 64.800,00	R\$ 13.716,00	R\$ 763.884,00	R\$ 777.600,00
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	50	R\$ 8,82	R\$ 35,28	R\$ 44,10	R\$ 441,00	R\$ 1.764,00	R\$ 2.205,00	R\$ 5.292,00	R\$ 21.168,00	R\$ 26.460,00
TOTAL		200	R\$ 16,44	R\$ 459,66	R\$ 476,10	R\$ 1.584,00	R\$ 65.421,00	R\$ 67.005,00	R\$ 19.008,00	R\$ 785.052,00	R\$ 804.060,00

LOTE 34 - AVALIAÇÃO E TRATAMENTO VASCULAR

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTD MENSAL	VALOR UNIT. TABELA SUS	VALOR MENSAL TABELA SUS	VALOR ANUAL TABELA SUS
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA- ANGIOLOGIA OU CIRURGIA VASCULAR	500	R\$ 10,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	500	R\$ 39,60	R\$ 19.800,00	R\$ 237.600,00
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	400	R\$ 300,78	R\$ 120.312,00	R\$ 1.443.744,00
03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	100	R\$ 392,62	R\$ 39.262,00	R\$ 471.144,00
TOTAL		1500	R\$ 743,00	R\$ 184.374,00	R\$ 2.212.488,00

TABELA GERAL				
PROCEDIMENTOS	QTD MENSAL	VALOR MENSAL	QTD ANUAL	VALOR ANUAL
LOTE 01 - COLETA DE MATERIAL POR PUNÇÃO	400	R\$ 56.000,00	4800	R\$ 672.000,00
LOTE 02 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA I	5000	R\$ 114.750,00	60000	R\$ 1.377.000,00
LOTE 03 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA II	500	R\$ 18.700,00	6000	R\$ 224.400,00
LOTE 04 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA III	10	R\$ 8.590,00	5280	R\$ 103.080,00
LOTE 05 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA IV	20	R\$ 2.880,00	240	R\$ 34.560,00
LOTE 06 – ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	30	R\$ 7.337,40	360	R\$ 88.048,80
LOTE 07 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	15	R\$ 3.668,70	180	R\$ 44.024,40
LOTE 08 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	300	R\$ 69.000,00	3600	R\$ 828.000,00
LOTE 09 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA I	700	R\$ 110.600,00	8400	R\$ 1.327.200,00
LOTE 10 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA II	40	R\$ 3.553,20	480	R\$ 42.638,40
LOTE 11 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA III	200	R\$ 14.000,00	2400	R\$ 168.000,00
LOTE 12 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA IV	2000	R\$ 140.000,00	24000	R\$ 1.680.000,00
LOTE 13 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA V	350	R\$ 24.500,00	4200	R\$ 294.000,00
LOTE 14 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA VI	700	R\$ 49.000,00	8400	R\$ 588.000,00
LOTE 15 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA VII	60	R\$ 4.200,00	720	R\$ 50.400,00
LOTE 16 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA VIII	1200	R\$ 84.000,00	14400	R\$ 1.008.000,00
LOTE 17 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA IX	480	R\$ 33.600,00	5760	R\$ 403.200,00
LOTE 18 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA X	500	R\$ 35.000,00	6000	R\$ 420.000,00
LOTE 19 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA XI	250	R\$ 17.500,00	3000	R\$ 210.000,00
LOTE 20 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAMIA XII	2000	R\$ 140.000,00	24000	R\$ 1.680.000,00
LOTE 21 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM SEDAÇÃO	400	R\$ 250.000,00	4800	R\$ 3.000.000,00
LOTE 22 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	510	R\$ 469.180,00	6120	R\$ 5.630.160,00
LOTE 23 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA I	600	R\$ 250.095,00	7200	R\$ 3.001.140,00
LOTE 24 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA II	100	R\$ 120.000,00	1200	R\$ 1.440.000,00
LOTE 25 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA III	1000	R\$ 10.331.500,00	12000	R\$ 2.238.000,00
LOTE 26 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA I	220	R\$ 30.907,80	2640	R\$ 370.893,60



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

LOTE 27 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA II	350	R\$ 41.870,50	4200	R\$ 502.446,00
LOTE 28 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – CARDIOLOGIA III	500	R\$ 60.000,00	6000	R\$ 720.000,00
LOTE 29 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA I	150	R\$ 7.500,00	1800	R\$ 90.000,00
LOTE 30 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA II	400	R\$ 95.600,00	4800	R\$ 1.147.200,00
LOTE 31 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – NEUROLOGIA III	40	R\$ 560.000,00	480	R\$ 168.000,00
LOTE 32 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – PNEUMOLOGIA I	160	R\$ 8.925,00	1920	R\$ 107.100,00
LOTE 33 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES – UROLOGIA I	200	R\$ 67.005,00	2400	R\$ 804.060,00
LOTE 34 - AVALIAÇÃO E TRATAMENTO VASCULAR	100	R\$ 184.374,00	1200	R\$ 2.212.488,00
TOTAL	19.485	R\$ 13.413.836,60	238.980	R\$ 32.674.039,20



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENORES DE 18 ANOS

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 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, () nem menor de 16 (dezesesseis anos), salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Aracaju, ____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome, carimbo e assinatura do Representante Legal da Empresa)



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE 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 a Longo Prazo

LG = _____

Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo

Ativo Total

SG = _____

Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo

Os índices calculados, obrigatoriamente, 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IV

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

(Nome, carimbo e assinatura do Representante Legal da Empresa)



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS TERMOS

Pelo presente instrumento, (nome da instituição) _____, CNPJ n.º _____, com sede no endereço _____, através de seus sócios e/ou diretores, infra-firmados, tendo em vista o **CHAMAMENTO PÚBLICO n.º 005/2025**, cujo objeto é a prestação de serviços de saúde 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO VI

INDICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES, DO APARELHAMENTO E DO PESSOAL TÉCNICO - CHAMAMENTO PÚBLICO SMS N.º 005/2025

Indicamos para os fins de cumprimento das obrigações editalícias, as instalações, o aparelhamento e pessoal técnico adequados e disponíveis para realização do objeto do **CHAMAMENTO PÚBLICO n.º 005/2025**, como sendo:

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

Pessoal Técnico (Relação do corpo clínico/técnico 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)





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO VII

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)



ANEXO VIII

MODELO DE REQUERIMENTO PARA 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 de Chamamento n.º 005/2025, informando desde já os dados a seguir:

DADOS DA INSTITUIÇÃO

Nome:	
Telefone: ()	
E-mail:	
Dados bancários: Banco:	Agência:

Aracaju, ____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO IX

MODELO DECLARAÇÃO

A empresa _____, CNPJ N° _____, situada no endereço _____, neste ato representada por seu (sua) representante legal _____, (nacionalidade), (estado civil), portador da carteira de identidade n° _____ e CPF n° _____, DECLARO, para os devidos fins, que inexistem 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 empresa)



ANEXO X

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º XXXXX /2025

MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE N.º XXX/2025, que entre si firmam de um lado, o MUNICÍPIO DE ARACAJU, através da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, representada pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE e a empresa XXXXXXXXXXXXXXXX.

Pelo presente instrumento de Contrato de Prestação de Serviços n.º XX/2025, 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.º 11.718.406/0001-20, representada por seu Secretário, **DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE**, brasileira, casada, médica, portadora do CPF n.º xxxxxxxxxxxxxx e Cédula de Identidade n.º xxxxxxxxxxxxxx SSP/XX, doravante denominado apenas de **CONTRATANTE** e a **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n.º xxxxx/xxxx, **CNES n.º xxxxx**, estabelecido na xxxxxxxxxxxxxxxx, neste ato representado pelo seu representante legal, portador da carteira de identidade n.º XXXXXXXXXXXXX e inscrito no CPF n.º XXXXXXXXXXXXX, doravante denominado **CONTRATADO**, tendo em vista o Chamamento Público 005/2025, o que dispõe a Lei n.º 8.080/90, o Decreto Municipal n.º 7.178/2023 e demais legislações pertinentes, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente instrumento, que se regerá pelas normas gerais da Lei Federal n.º 14.133/2021 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 NA ÁREA DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO CLÍNICO**, conforme Lote XXXX do Anexo I do Edital de Chamamento Público n.º. 005/2025, 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;

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. 005/2025, sob pena de rescisão contratual;

§ 1º Os serviços ambulatoriais ora contratados obedecerão aos limites quantitativos e financeiros mensais dispostos no Anexo I – Distribuição de Procedimentos por Lotes do Edital de Chamamento Público, 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

sob o n.º _____ e sob a responsabilidade técnica do(a) Sr.(a) _____,
registrado no Conselho de Classe de _____ sob o n.º _____;

§ 5º É terminantemente proibido a realização de quaisquer etapas dos **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO CLÍNICO** 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 poderão fazê-lo se a obtiverem;

§ 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

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 à 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 às 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, 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;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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 às 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;

XV - Utilizar o Sistema de Informação desta SMS para registro das informações dos serviços prestados ou outro sistema compatível e interoperável com o da SMS, conforme item XV.2 do edital, 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 estabelecidos 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;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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 05 (cinco) dias úteis, contados a partir do dia seguinte à realização dos mesmos;

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

O valor mensal estimado do presente Contrato importa em R\$ XXXX e anual estimado R\$ XXXX conforme tabela de preços constantes na Tabela SUS e preços contratados, 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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**;

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

§ 5º 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 em anexo, editada pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju e de acordo com os preços contratados dos procedimentos referenciados na área de **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO CLÍNICO**;

§ 7º O pagamento estará vinculado à disponibilidade financeira proveniente das fontes orçamentárias informadas no edital (Fundo Municipal de Saúde, repasses federais, estaduais e contrapartida municipal).

CLÁUSULA SEXTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Unidade Orçamentária	Fonte de Recurso	Projeto/Atividade/Denominação	Elemento de Despesa
18401	16210000 e 16000000	3020085	33903900

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS:

7.1. As partes, por si e por seus colaboradores, obrigam-se a atuar no presente contrato em conformidade com a legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgão reguladores e/o fiscalizadores sobre a matéria, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

7.2. No presente contrato, a CONTRATANTE assume o papel de controlador, nos termos do artigo 5º, VI da Lei nº 13.709/2018, e a CONTRATADA assume o papel de operador, nos termos do artigo 5º, VII da Lei nº 13.709/2018.

7.3. A CONTRATADA deverá guardar sigilo sobre os dados pessoais compartilhados pela CONTRATANTE e só poderá fazer uso dos dados exclusivamente para fins de cumprimento do objeto deste contrato, sendo-lhe vedado, a qualquer tempo, o compartilhamento desses dados sem a expressa autorização da CONTRATANTE, ou o tratamento dos dados de forma incompatível com as finalidades e prazos acordados.

7.4. As partes deverão notificar uma à outra, por meio eletrônico, em até 3 (três) dias úteis, sobre qualquer incidente detectado no âmbito de suas atividades, relativo a operações de tratamento de dados pessoais.

7.5. As partes se comprometem a adotar as medidas de segurança administrativas, tecnológicas, técnicas e operacionais necessárias a resguardar os dados pessoais que-lhe serão confiados, levando em conta as diretrizes de órgãos reguladores, padrões técnicos e boas práticas existentes.

7.6. A CONTRATANTE terá o direito de acompanhar, monitorar, auditar e fiscalizar a conformidade da CONTRATADA, diante das obrigações de operador, para a proteção de dados pessoais referentes à execução deste contrato.

7.7. As partes ficam obrigadas a indicar encarregado pela proteção de dados pessoais, ou preposto, para comunicação sobre os assuntos pertinentes à Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores.

7.8. As partes darão conhecimento formal a seus empregados e colaboradores das obrigações e condições acordadas nesta cláusula. As diretrizes aqui estipuladas deverão ser aplicadas a toda e qualquer atividade que envolva a presente contratação.

CLÁUSULA OITAVA – DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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

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

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

§ 5º 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.

§6º A execução dos serviços estará sujeita à fiscalização permanente e auditorias técnicas da SMS.

CLÁUSULA NONA – 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 DÉCIMA– 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 incluídos.

Parágrafo Único: A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, 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. 125 da Lei n.º Lei Federal nº 14.133/21.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – 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.

VI – Quando o interesse público assim o exigir, mediante decisão fundamentada, conforme art. 137, VIII, da Lei nº 14.133/21.

§ 1º Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a **CONTRATADA** estará obrigada a continuar a prestação dos serviços contratados por mais 90 (noventa) dias, sob pena de, em havendo negligência de sua parte, estar sujeita às sanções legais;

§ 2º 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 SEGUNDA – DAS PENALIDADES

Os contratantes decidem aplicar ao presente Contrato o disposto na Lei Federal nº 14.133/21 no caso de descumprimento das cláusulas e condições nele estipuladas.

§ 1º 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:

XII.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.

XII.2 As penalidades enumeradas nas alíneas "c" e "d" poderão ser aplicadas concomitantemente com a da alínea "b";

XII.3 Será assegurada prévia defesa à 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;

XII.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 impliquem 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.

XII.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;

XII.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;

XII.7 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

XII.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;

XII.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.º Lei Federal nº 14.133/21;

XII.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;

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

XII.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;

§ 1º 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.

§ 2º 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 à norma reguladora do SUS, o seu prazo estará condicionado até que a CONTRATADA sane as irregularidades e/ou respectivas omissões.

§ 3º 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.



§ 4º 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.

§ 5º 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 TERCEIRA – DA DENÚNCIA

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 QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

A **CONTRATANTE** providenciará a publicação do extrato do presente Contrato no Diário Oficial do Município de Aracaju e jornal diário de grande circulação, de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 94 da Lei Federal nº 14.133/21 e na forma da legislação municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do Contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de 12 meses a contar da data da assinatura, podendo ser prorrogado se houver interesse no Município, por período igual e sucessivo, nos termos do artigo 107, da Lei nº 14.133/21, pelo período de até 5 anos.

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 SEXTA – DA MATRIZ DE RISCOS

16.1 Fica estabelecida a seguinte matriz de riscos, nos termos do art. 103 da Lei nº 14.133/2021:

À **CONTRATADA** cabem os riscos operacionais e de gestão técnica;

À **CONTRATANTE** cabem os riscos decorrentes de alterações legais, regulatórias ou orçamentárias.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

As hipóteses de reequilíbrio observarão o disposto no art. 124 da mesma Lei.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – 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 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Aracaju, _____ de _____ de _____.

DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL]

CONTRATADA

Testemunhas:

1. _____ CPF _____

2. _____ CPF _____



PLANO OPERATIVO – CTPS XXXXX/2025

CONTRATADO [NOME DA EMPRESA]

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. 005/2025 e das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

I - DIRETRIZES GERAIS

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.

I. Ordenamento da capacidade instalada para atender as necessidades mais prementes dos usuários atendidos nas instituições prestadoras de serviços.

II. Estabelecimento de metas de atendimento ambulatorial, onde se pactuam as quantidades e as características que qualificam essas ações.

III. 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.

IV. Aprimoramento da gestão ambulatorial.

II - AÇÕES E SERVIÇOS

As ações e serviços na área de **PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA** e **TRATAMENTO CLÍNICO** 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 XXXXXXXXXXXX]

Referência em prestação de serviços na área de serviços ambulatoriais, terapêuticos, consulta especializada e apoio diagnóstico.



III - CAPACIDADE OPERACIONAL

Ordenamento da Capacidade operacional

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 de apoio diagnóstico e terapêutico deverá 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 20 (vinte) dias** corridos após a realização do procedimento pelo 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 XX – [NOME DO LOTE]				
CÓDIGO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	VALOR TABELA SUS (VALOR MÉDIO)	QTD MENSAL	VALOR MENSAL
		[VALOR A DEFINIR]	[QTD A DEFINIR]	[VALOR A DEFINIR]
TOTAL				[VALOR A DEFINIR]



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

VI - DA VALIDADE

O Plano Operativo terá validade de 12 meses.

Aracaju, ____ de _____ de 2025.

DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL]

CONTRATADA





ANEXO XI

ROTEIRO DE VISTORIA TÉCNICA

[OBSERVAÇÃO: O ROTEIRO DE VISTORIA TÉCNICA SERÁ ESPECÍFICO PARA CADA TIPO DE SERVIÇO CREDENCIADO (PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO CLÍNICO) E DEVERÁ SER ELABORADO PELA EQUIPE TÉCNICA DA DRMAAC CONSIDERANDO AS ESPECIFICIDADES DE CADA LOTE, SEGUINDO O MODELO SIMILAR AO ANEXO XI DO EDITAL DE OFTALMOLOGIA, COM ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS]

DATA: ____ / ____ / _____

DADOS DO ESTABELECIMENTO VISTORIADO

1 – IDENTIFICAÇÃO:

1.1 - Razão Social:

1.2 - Nome Fantasia:

1.3 - CNPJ:

1.4 - Endereço: _____ Bairro: _____

1.5 - Fone:

1.6 – E-mail:

1.7 – Diretor Administrativo:

1.8 – Diretor Geral:

1.9 - Número Total de Funcionários: N.S. _____ N.M.T. _____ N.M.Adm _____

2.0. - Número da Licença Sanitária: _____ Expedida em: _____

Legenda:

N. S. (Nível Superior)

N. M. T.(Nível Médio Técnico)

N.M. Adm (Nível Médio Administrativo)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA - ELETRONEUROMIOGRAFIA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR nº 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº 63/2011;
- RDC nº 36/2013;
- RDC nº 222/2018;
- RDC nº 509/2021.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
2. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
3. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
4. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
5. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
6. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
7. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
8. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
9. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
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 competências?			
13. Mantém registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exames disponíveis? Estes contêm no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente.			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
16. 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?			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			
18. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)?			
19. Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade?			
20. Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso?			
21. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
22. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
23. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
24. Possui registro diário dos procedimentos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional que executou o procedimento e identificação do equipamento?			
25. Possui registro de intercorrências e eventos adversos, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do equipamento, procedimento realizado, profissional que executou o procedimento e tipo de intercorrências ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente?			
26. Os profissionais que realizam o exame são médicos especialistas (neurofisiologia clínica) ou capacitados conforme Associação Médica Brasileira (AMB) e registrado no CRM?			
27. Possui registro de acidentes ocupacionais?			
28. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
29. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
30. Os lavatórios para higiene das mãos possuem torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
31. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
32. Em situações emergenciais, o serviço de eletroneuromiografia garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
33. Possui protocolo para orientar o paciente quanto ao preparo para o exame e informações sobre o procedimento a ser realizado, conforme preconiza o Código de Ética Médica e as diretrizes de neurofisiologia clínica?			
34. Existem protocolos técnicos padronizados para os procedimentos de ENMG, incluindo os nervos e músculos avaliados?			
35. Os eletrodos e agulhas utilizados estão em condições adequadas e validade?			
36. O exame é realizado com monitoramento do paciente, especialmente em casos de uso de agulhas e estímulos elétricos?			
37. Há registro completo dos dados técnicos do exame, inclusive parâmetros utilizados e observações clínicas?			
38. Os eletrodos descartáveis são utilizados de acordo com as boas práticas e normas de biossegurança?			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

39. Os coletores de perfurocortantes estão posicionados próximos ao local de uso?			
---	--	--	--

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA - ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR nº 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº 63/2011;
- RDC nº 36/2013;
- RDC nº 06/2013;
- RDC nº 222/2018.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
2. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
3. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequada?			
4. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
5. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos)			
6. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
7. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
8. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
9. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução?			
10. *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
11. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
12. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
13. 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?			
14. A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento e número de prontuário do paciente?			
15. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
16. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
17. 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?			
18. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			
19. Mantém registros do prontuário ou fichas de exames disponíveis?			

Assinado por 1 pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tdoc.com.br/verificacao/6E99-0600-430F-6957> e informe o código 6E99-0600-430F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

20. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
21. Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade?			
22. Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso?			
23. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
24. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
25. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
26. Possui registro diário dos procedimentos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional que executou o procedimento e identificação do equipamento?			
27. Possui registro de intercorrências e eventos adversos, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do equipamento, procedimento realizado, profissional que executou o procedimento e tipo de intercorrência ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente?			
28. Possui livro ou sistema para controle das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (entorpecentes e psicotrópicos) utilizados durante o procedimento endoscópico, previamente aprovado pela Rede de Vigilância Sanitária de Aracaju?			
29. Possui registro de acidentes ocupacionais?			
30. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
31. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
32. Realiza orientação verbal e por escrito sobre preparo do(s) exame(s) e cuidados após evolução esperada, riscos e complicações mais frequentes?			
33. Os lavatórios para higiene das mãos possuem com torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
34. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
35. Em situações emergenciais, o serviço de endoscopia garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
36. Exige a presença de acompanhante para liberação nos serviços Tipo II e III?			
37. Possui as seguintes áreas segregadas: sala de recepção de pacientes, sala de consulta/procedimento, sala para recuperação, exceto para serviços de endoscopia tipo I e sala para processamento de equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde, exceto para serviços de endoscopia tipo I.			
38. *Observação: caso o serviço de endoscopia utilize no processamento produtos químicos para desinfecção de alto nível, independente da classificação do tipo de serviço, a limpeza e desinfecção devem ser realizadas obrigatoriamente na sala de processamento.			
39. Equipamentos obrigatórios: termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso com alarme, oxigênio a 100% (cem por cento), aspirador, suporte para fluido endovenoso e carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo:			
40. a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; g)			

Assinado por 1 pessoa: DÉBCARA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tbcc.com.br/verificacao/CE90-6906-490F-6957> e informe o código CE90-6906-490F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

desfibrilador; h) equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésica com segurança.			
41. A sala de processamento dos serviços de endoscopia possui: cuba para lavagem com profundidade suficiente para evitar respingos em suas laterais, no piso e no profissional, bancada lisa e impermeável com dimensões compatíveis para a acomodação dos equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde a serem processados, ponto de água que atenda os padrões de potabilidade conforme normatização vigente e Sistema de climatização e exaustão forçada.			
42. Os serviços de endoscopia tipo I, que não utilizam no processamento produtos químicos para desinfecção de alto nível possuem uma área para processamento de equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde com os seguintes itens: cuba para lavagem com profundidade suficiente para evitar respingos em suas laterais, no piso e no profissional, bancada lisa e impermeável com dimensões compatíveis para a acomodação dos equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde a serem processados e ponto de água que atenda os padrões de potabilidade conforme normatização vigente.			
43. Possui ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo para a secagem dos equipamentos com canais?			
44. Possui Procedimento Operacional Padrão (POP) com as rotinas de todas as etapas do processamento de equipamentos e acessórios utilizados nos procedimentos endoscópicos, respeitando a legislação e as orientações contidas nos manuais de processamento do fabricante? *Observação: O POP deve ser aprovado pelo responsável técnico do serviço autônomo ou médico responsável do serviço não autônomo de endoscopia e estar disponível na sala de processamento para consulta pela equipe de saúde e pela autoridade sanitária competente.			
45. Possui registro comprobatório da realização da monitorização dos parâmetros indicadores de efetividade dos agentes saneantes que possuem ação antimicrobiana como concentração, pH ou outros indicados pelo fabricante, no mínimo uma vez ao dia antes do início das atividades?			
46. Os endoscópios flexíveis, após serem submetidos a processamento são mantidos em posição vertical com preservação de alinhamento entre as duas extremidades até a sua utilização?			
47. Possui comprovante de capacitação dos profissionais no mínimo nos seguintes temas: prevenção e controle de infecção em serviços de saúde, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), higienização das mãos, processo de limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento, transporte, funcionamento e manuseio dos equipamentos e acessórios, monitoramento da eficácia dos saneantes, gerenciamento de resíduos e atendimento de emergência.			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA - ELETROENCEFALOGRAMA COM SONO INDUZIDO

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR nº 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº 63/2011;
- RDC nº 36/2013;
- RDC nº 222/2018;
- RDC nº 509/2021.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
2. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
3. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
4. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
5. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
6. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
7. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
8. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
9. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução?			
*Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
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 competências?			
13. Mantém registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exames disponíveis? Estes contêm no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente.			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
16. 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?			
17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo			

Assinado por 1 pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tbcc.com.br/verificacao/CE90-6906-490F-6957> e informe o código CE90-6906-490F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

com as atividades desenvolvidas?			
18. Mantém registros do prontuário ou fichas de exames disponíveis?			
19. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
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. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
23. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
24. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
25. Possui registro diário dos procedimentos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional que executou o procedimento e identificação do equipamento?			
26. Possui registro de intercorrências e eventos adversos, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do equipamento, procedimento realizado, profissional que executou o procedimento e tipo de intercorrências ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente?			
27. Possui registro de acidentes ocupacionais?			
28. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
29. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
30. Os lavatórios para higiene das mãos possuem torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
31. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
32. Em situações emergenciais, o serviço de eletroencefalograma garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
33. Possui protocolo para orientar o paciente quanto ao preparo para o exame e informações sobre o procedimento a ser realizado?			
34. O protocolo para sono induzido está claramente definido e atualizado, incluindo a administração e monitoramento de medicamentos?			
35. Há controle clínico e monitorização contínua do paciente durante o sono induzido?			
36. O exame segue critérios técnicos de posicionamento dos eletrodos conforme as normas vigentes (10-20 System)?			
37. Os coletores de perfurocortantes estão posicionados próximos ao local de uso?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA – HOLTER E MAPA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR nº 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº 63/2011;
- RDC nº 36/2013;
- RDC nº 222/2018;
- RDC nº 509/2021.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
2. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
3. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
4. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
5. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
6. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
7. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
8. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
9. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
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 competências?			
13. Mantém registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis? Estes contêm no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente.			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
16. 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?			
17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo			

Assinado por 1 pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.todoc.com.br/verificacao/CE90-6906-490F-6957> e informe o código CE90-6906-490F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

com as atividades desenvolvidas?			
18. Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade?			
19. Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso?			
20. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
21. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
22. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
23. Possui registro diário dos procedimentos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional que executou o procedimento e identificação do equipamento?			
24. Possui registro de intercorrências e eventos adversos, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do equipamento, procedimento realizado, profissional que executou o procedimento e tipo de intercorrências ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente?			
25. Possui registro de acidentes ocupacionais?			
26. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
27. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
28. Realiza orientação verbal e por escrito sobre preparo do(s) exame(s) e cuidados após evolução esperada, riscos e complicações mais frequentes?			
29. Os lavatórios para higiene das mãos possuem torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
30. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
31. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
32. O ambiente onde o exame é realizado está adequado para garantir conforto e privacidade do paciente?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA - POLISSONOGRAFIA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº63/2011;
- RDC nº 36/2013.
- RDC nº 06/2013;
- RDC nº 222/2018.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
2. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
3. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
4. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
5. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
6. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
7. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
8. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
9. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
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 competências?			
13. A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento e número de prontuário do paciente?			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
16. 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?			
17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			
18. Mantém registros do prontuário ou fichas de exames disponíveis?			

Assinado por 1 pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tdoc.com.br/verificacao/CE90-6906-490F-6957> e informe o código CE90-6906-490F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

19. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
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. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
23. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
24. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
25. As instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, dotadas de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades?			
26. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
27. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
28. Os lavatórios para higiene das mãos possuem com torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
29. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
30. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
31. Possui Procedimentos Operacionais Padrão atualizados sobre: realização do exame (instalação, monitoramento, desinstalação); higienização e desinfecção de equipamentos, sensores e do ambiente			
32. Possui comprovação de realização de manutenção preventiva e calibração dos polissonógrafos (sensores de EEG, EOG, EMG, fluxo aéreo, esforço respiratório, oximetria, etc.?)			
33. Dispõe de todos os acessórios necessários (câmulas nasais, cintas, sensores, eletrodos, pastas condutoras)?			
34. Os materiais e itens reutilizáveis estão esterilizados ou com desinfecção adequada?			
35. Os materiais de consumo (micropore, álcool, algodão, etc.) estão dentro do prazo de validade e armazenados adequadamente?			
36. Utiliza Termo de Consentimento Informado?			
37. O laudo é emitido por um médico qualificado em Medicina do Sono e contém a interpretação dos resultados, incluindo índices de apneia, oximetria, eficiência do sono, etc.?			
38. Existe protocolo para avaliação do paciente antes do exame, incluindo a verificação de contra-indicações para o uso de eletrodos e outros dispositivos de monitoramento?			
39. O serviço oferece um ambiente seguro para o paciente durante o exame, com supervisão adequada durante o monitoramento do sono?			
40. Existe registro dos resultados de cada exame de polissonografia, incluindo informações sobre o horário, número de eletrodos e qualquer alteração no protocolo?			
41. O ambiente de polissonografia possui sinalização de segurança para evitar acesso não autorizado durante o exame?			
42. O serviço realiza avaliações periódicas de risco, incluindo possíveis danos ao			

Assinado por 1 pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tdoc.com.br/verificacao/CE9b-6966-456f-6957> e informe o código CE9b-6966-456f-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

paciente devido ao uso de equipamentos de monitoramento durante o exame?			
43. O serviço de polissonografia tem um plano de contingência para falhas técnicas durante o exame (por exemplo, falha na gravação ou no monitoramento do paciente)?			
44. O exame é realizado com supervisão contínua da equipe técnica, garantindo que qualquer irregularidade seja rapidamente identificada e tratada?			
45. A equipe técnica está treinada para reagir rapidamente em caso de emergência, como reações adversas de pacientes durante o exame?			
46. O serviço de polissonografia adota as melhores práticas de proteção contra risco elétrico e falhas nos sistemas de monitoramento?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA – UROFLUXOMETRIA E AVALIAÇÃO URODINÂMICA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- RDC nº50/2002 e suas atualizações;
- NR 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº63/2011;
- RDC nº 222/2018;
- RDC nº 36/2013.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
2. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
3. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
4. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
5. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
6. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
7. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
8. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
9. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução?			
10. *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
11. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
12. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
13. 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?			
14. A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento e número de prontuário do paciente?			
15. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
16. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
17. 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?			
18. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de			

Assinado por 1 pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tdoc.com.br/verificacao/CE90-6906-496F-6957> e informe o código CE90-6906-496F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

acordo com as atividades desenvolvidas?			
19. Mantém registros do prontuário ou fichas de exames disponíveis?			
20. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
21. Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade?			
22. Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso?			
23. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
24. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
25. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
26. As instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, dotadas de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades?			
27. Possui Procedimentos Operacional Padrão com descrição das rotinas de higienização das mãos, limpeza e desinfecção de superfícies, equipamentos, incluindo cadeira de urodinâmica?			
28. A sala possui cadeira específica para micção no urofluxômetro?			
29. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
30. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
31. Realiza orientação verbal e por escrito sobre preparo do(s) exame(s) e cuidados após evolução esperada, riscos e complicações mais frequentes?			
32. Os lavatórios para higiene das mãos possuem com torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
33. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
34. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
35. Há sanitário para pacientes anexo à (s) sala (s) de exames?			
36. Possui comprovação de realização de calibração e autocalibração atualizada do fluxômetro?			
37. O sistema que armazena e analisa os dados e a impressora está funcionando corretamente?			
38. Possui comprovação de realização de calibração e autocalibração atualizada dos transdutores de pressão (registro das pressões abdominal e vesical)?			
39. A Bomba de infusão para infusão de soro na bexiga possui comprovante de manutenção preventiva/calibração atualizado?			
40. Há disponibilidade de sondas adequadas para uso na uretra (estéreis) e ânus dentro da validade?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____





ROTEIRO DE VISTORIA – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR 32 e suas atualizações;
- RDC nº 63/2011;
- RDC nº36/2013;
- RDC nº611/2022;
- RDC nº 222/2018;
- IN Nº 97/2021;
- RDC nº 222/2018;
- CNEN-NE-3.01/ 2024.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
01. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
02. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
03. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
04. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
05. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
06. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
07. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
08. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
09. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário?			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
12. Possui regimento ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências?			
13. A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento e número de prontuário do paciente?			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
16. 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: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.doc.com.br/verificacao/CE90-6906-490F-6957> e informe o código CE90-6906-490F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			
18. Mantém registros do prontuário ou fichas de exames disponíveis?			
19. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
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. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
23. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
24. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
25. As instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, dotadas de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades?			
26. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
27. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
28. Os lavatórios para higiene das mãos possuem com torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
29. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
30. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
31. O ambiente onde é realizada a Tomografia Computadorizada está adequadamente isolado para evitar interferência com outros dispositivos eletrônicos?			
32. O serviço tem protocolos para garantir a segurança do paciente durante o procedimento de Tomografia Computadorizada?			
33. O local onde a Tomografia Computadorizada é realizada é adequado, com sinalização de segurança e limite de acesso para pessoas não autorizadas?			
34. A equipe técnica realiza avaliação prévia do paciente para garantir que não haja contra-indicações para o exame de Tomografia Computadorizada?			
35. Equipamentos obrigatórios: termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso com alarme, oxigênio a 100% (cem por cento), aspirador, suporte para fluido endovenoso e carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; g) desfibrilador; h) equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésica com segurança.			
36. Possui protocolo para orientar o paciente quanto ao preparo para o exame e informações sobre o procedimento a ser realizado?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como "Sim" ou "Não". Os itens respondidos como "não se aplica" não

Assinado por pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tbcc.com.br/verificacao/CE90-0900-490F-0957> e informe o código CE90-0900-490F-0957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR 32 suas atualizações;
- RDC nº63/2011;
- RDC nº36/2013;
- RDC nº611/2022;
- RDC nº222/2018;
- IN Nº 97/2021;
- CNEN-NE-3.01/ 2024.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
01. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
02. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
03. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
04. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
05. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde (PGRSS) atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos)			
06. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
07. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
08. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
09. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
12. Possui regimento ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências?			
13. A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento e número de prontuário do paciente?			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
16. 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?			
17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			

Assinado por 1 pessoa: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tdoc.com.br/verificacao/GE90-0909-430F-6957> e informe o código GE90-0909-430F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

18. Mantém registros do prontuário ou fichas de exames disponíveis?			
19. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
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. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
23. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
24. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
25. As instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, dotadas de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades?			
26. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
27. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
28. Os lavatórios para higiene das mãos possuem com torneiras com comandos que dispensam o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
29. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
30. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
31. O ambiente onde é realizada a Ressonância Magnética está adequadamente isolado para evitar interferência com outros dispositivos eletrônicos?			
32. O serviço tem protocolos para garantir a segurança do paciente durante o procedimento de Ressonância Magnética?			
33. O local onde a Ressonância é realizada é adequado, com sinalização de segurança e limite de acesso para pessoas não autorizadas?			
34. A equipe técnica realiza avaliação prévia do paciente para garantir que não haja contra-indicações para o exame de Ressonância Magnética?			
35. Equipamentos obrigatórios: termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso com alarme, oxigênio a 100% (cem por cento), aspirador, suporte para fluido endovenoso e carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; g) desfibrilador; h) equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésica com segurança?			
36. Possui protocolo para orientar o paciente quanto ao preparo para o exame e informações sobre o procedimento a ser realizado?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA – RADIOLOGIA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- NR 32 e SUS atualizações;
- RDC nº63/2011;
- RDC nº36/2013;
- RDC nº 611/2022;
- RDC nº222/2018;
- IN Nº 97/2021;
- RDC nº 222/2018;
- CNEN-NE-3.01/ 2024.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
01. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
02. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
03. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
04. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
05. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
06. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
07. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
08. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
09. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
12. Possui regimento ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências?			
13. A recepção realiza o cadastramento dos usuários em sistema informatizado contendo no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento e número de prontuário do paciente?			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
16. 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?			
17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			

Assinado por 1 pessoa: DEBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tdoc.com.br/verificacao/CE90-0909-430F-6957> e informe o código GE90-0909-430F-6957





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

18. Mantém registros do prontuário ou fichas de exames disponíveis?			
19. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
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. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
23. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento)?			
24. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
25. As instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, dotadas de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades?			
26. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
27. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
28. Os lavatórios para higiene das mãos possuem com torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
29. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
30. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
31. O serviço tem protocolos para garantir a segurança do paciente durante a realização do procedimento?			
32. O local onde a Radiodiagnóstico (Radiologia) é realizado é adequado, com sinalização de segurança e limite de acesso para pessoas não autorizadas?			
33. A equipe técnica realiza avaliação prévia do paciente para garantir que não haja contra-indicações para o exame de Radiodiagnóstico (Radiologia)?			
34. Equipamentos obrigatórios: termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso com alarme, oxigênio a 100% (cem por cento), aspirador, suporte para fluido endovenoso e carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; g) desfibrilador; h) equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésica com segurança.			
35. O serviço tem processos para minimizar o impacto ambiental dos resíduos de Radiologia, como os filmes e materiais de proteção?			
36. Possui protocolo para orientar o paciente quanto ao preparo para o exame e informações sobre o procedimento a ser realizado?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



ROTEIRO DE VISTORIA – TESTE ERGOMÉTRICO

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- RDC nº 63/2011;
- NR nº 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº 36/2013;
- RDC nº 222/2018;
- RDC nº 509/2021.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
40. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
41. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
42. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
43. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
44. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
45. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
46. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
47. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
48. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
49. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
50. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
51. 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?			
52. Mantém registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis? Estes contêm no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente.			
53. Possui uma relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
54. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			
55. 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: DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracaju.tobc.com.br/verificacao/CE90-0306-430F-8357> e informe o código CE90-0306-430F-8357



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

56. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			
57. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
58. Existe equipamento de segurança para combate a incêndios, de fácil acesso e dentro da validade?			
59. Existe saída de emergência claramente sinalizada e de fácil acesso?			
60. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
61. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento)?			
62. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
63. Possui registro diário dos procedimentos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional que executou o procedimento e identificação do equipamento?			
64. Possui registro de intercorrências e eventos adversos, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do equipamento, procedimento realizado, profissional que executou o procedimento e tipo de intercorrências ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente?			
65. Possui registro de acidentes ocupacionais?			
66. O local dispõe de acessibilidade para Pessoa com Deficiência?			
67. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
68. Realiza orientação verbal e por escrito sobre preparo do(s) exame(s) e cuidados após evolução esperada, riscos e complicações mais frequentes?			
69. Os lavatórios para higiene das mãos possuem torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
70. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
71. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
72. O ambiente onde o exame é realizado está adequado para garantir conforto e privacidade do paciente?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ROTEIRO DE VISTORIA – ECOCARDIOGRAMA

Razão Social: _____

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

Normativas aplicáveis:

- RDC nº 611/2022;
- RDC nº 63/2011;
- NR nº 32/2005 e suas atualizações;
- RDC nº 36/2013;
- RDC nº 222/2018;
- RDC nº 509/2021.

PERGUNTA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O local onde o procedimento é realizado oferece condições adequadas de higiene, segurança, privacidade e conforto ao paciente?			
2. Existe monitoramento adequado dos sinais vitais do paciente durante o procedimento?			
3. O profissional responsável pelo procedimento possui qualificação e certificação adequadas?			
4. Os equipamentos estão com manutenção preventiva dentro do prazo de validade, conforme especificação do fabricante ou INMETRO? (Será solicitado contrato de terceirização)			
5. O serviço possui um programa de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde atualizado? (Será solicitado contrato de terceirização da empresa de resíduos e PGRSS)			
6. Os resíduos biológicos e perfurocortantes gerados durante os procedimentos são descartados corretamente?			
7. Possui lixeiras acionadas por pedal e identificadas de acordo com o tipo de resíduo?			
8. O abrigo externo do estabelecimento está em conformidade com as normas de segurança e saúde pública?			
9. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.), bem como os registros de sua execução? *Apresentar certificado de sanitização de estabelecimento que tenha Alvará Sanitário			
10. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES está atualizado?			
11. Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público?			
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 competências?			
13. Mantém registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis? Estes contém no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente.			
14. Possui a relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias, atualizada e disponível?			
15. Possui responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitado formalmente designado pelo responsável legal?			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

16. 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?			
17. Os funcionários utilizam equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as atividades desenvolvidas?			
18. Mantém registros do prontuário ou cadastro dos pacientes e fichas de exame disponíveis?			
19. Possui programa de controle e prevenção de infecção e eventos adversos (PCPIEA)? (Cadastro no NOTIVISA)			
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. Os ambientes encontram-se limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas?			
23. Todos os serviços pleiteados são e/ou serão realizados no próprio estabelecimento? (Item do Credenciamento).			
24. Possui Programa de Educação Permanente para toda a equipe com frequência mínima anual e antes de novas pessoas integrarem os processos, contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos?			
25. Possui registro diário dos procedimentos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional que executou o procedimento e identificação do equipamento?			
26. Possui registro de intercorrências e eventos adversos, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do equipamento, procedimento realizado, profissional que executou o procedimento e tipo de intercorrências ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente?			
27. Possui registro de acidentes ocupacionais?			
28. O local dispõe de acessibilidade para pessoas com deficiência?			
29. Há sanitários adaptados para pessoas com deficiência?			
30. Realiza orientação verbal e por escrito sobre preparo do(s) exame(s) e cuidados após evolução esperada, riscos e complicações mais frequentes?			
31. Os lavatórios para higiene das mãos possuem torneiras com comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual?			
32. Possui documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios?			
33. Em situações emergenciais, o serviço garante a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio?			
34. O ambiente onde o exame é realizado está adequado para garantir conforto e privacidade do paciente?			

A pontuação máxima na primeira parte corresponde a 90 pontos. O valor de cada item deve ser calculado conforme a quantidade total de itens respondidos como “Sim” ou “Não”. Os itens respondidos como “não se aplica” não devem ser considerados na contagem de pontos.

PONTUAÇÃO OBTIDA NA PRIMEIRA PARTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE





SEGUNDA PARTE – AVALIAÇÃO GERAL (deverá ser utilizada para todos os lotes)

1 - Controle de Qualidade

A	Dispõe de programa de acreditação.	05 ponto
B	Não dispõe de programa de acreditação.	00 ponto

2 - Equipamentos (Grau de Atualização dos Equipamentos)

A	Equipamentos inadequados para as exigências técnicas atuais	0 ponto
B	Equipamentos com regular grau de atualização (> 3 anos)	2 pontos
C	Equipamentos de última geração (\leq 3 anos).	5 pontos

Pontuação máxima na Primeira Parte: 90 pontos.

Pontuação máxima na Segunda Parte: 10 pontos.

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

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

PONTUAÇÃO OBTIDA NA SEGUNDA PARTE: _____



RELATÓRIO

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

Inspeção	Inicial – SIM ()		NÃO ()				
Período	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data do Relatório	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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 – N°	Assinatura



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: CE90-0308-430F-8357

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

- ✓ DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE (CPF 481.XXX.XXX-00) em 26/12/2025 11:27:56 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/CE90-0308-430F-8357>