



ORIGEM DA LICITAÇÃO	CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
MODALIDADE:	CHAMADA PÚBLICA Nº 2021.01-CSAM.
PROCESSO Nº:	2021.01-CSAM
OBJETO:	SELEÇÃO DE ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS, DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM, CONFORME A LEI MUNICIPAL Nº 1434/2021 E DECRETO MUNICIPAL Nº 59/2021, PARA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DO HOSPITAL MUNICIPAL, MEDIANTE TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO JUNTO A CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM/CE.
DATA DE ABERTURA	03 DE NOVEMBRO DE 2021
HORA DE RECEBIMENTO E ABERTURA DOS ENVELOPES	14:00 HS

O Município de Boa Viagem, por intermédio da Casa de Saúde Adília Maria de Boa Viagem e da Comissão de Seleção da Prefeitura de Boa Viagem, nomeada pela Portaria nº 239/2021, de 01 de setembro de 2021, torna público Edital de Chamada Pública para a seleção de organização social, já qualificada na área da saúde, no âmbito do Município de Boa Viagem e homologação em favor daquela que atenda a todos os requisitos dispostos neste Edital, notadamente, para assinatura de contrato de gestão para gerenciamento e execução de serviços nas redes de atenção à saúde municipal - Unidades de Atenção Secundária Hospital Municipal Casa de Saúde Adília Maria, de acordo com as condições estabelecidas neste instrumento convocatório.

1. BASE LEGAL

1.1- Os preceitos do direito público, o disposto no art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil; nas normas do Sistema Único de Saúde; na Lei 8.080/90 (SUS); Lei 8.142/90 (Gestão do SUS); Portarias de Consolidação nº 01/2017 e nº 02/2017, ambas instituídas pelo Ministério da Saúde; Lei Federal nº. 9.637 de 15 de maio de 1998; Lei Municipal nº 1434/2021, de 28 de abril de 2021, Decreto Municipal nº 59/2021, de 24 de maio de 2021, e Lei de Licitações.

2. DO EDITAL E DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

2.1- O Edital poderá ser adquirido no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Boa Viagem/CE: <https://www.boaviagem.ce.gov.br>, no Portal de Licitações do Tribunal de Contas do Estado do

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



Ceará - TCE/CE: <https://licitacoes.tce.ce.gov.br> e/ou na Sala da Comissão de Seleção da Prefeitura Municipal de Boa Viagem/CE, à Praça Monsenhor José Cândido, 100 - Centro - Boa Viagem/CE - CEP: 63.870-000. Esclarecimentos e mais informações presencialmente no endereço supracitado e/ou no telefone (88) 3427.7001 - 9.8168.1714 e/ou email: comissaoselecaoosboaviagem@gmail.com.

2.2- A documentação deverá ser entregue e o certame será realizado na Sala da Comissão de Seleção da Prefeitura Municipal de Boa Viagem/CE, à Praça Monsenhor José Cândido, 100 - Centro - Boa Viagem/CE - CEP: 63.870-000.

3. DAS DATAS E HORÁRIOS DA SESSÃO

PÚBLICA DATA DE ABERTURA: 03 DE
NOVEMBRO DE 2021

HORA DE RECEBIMENTO E ABERTURA DOS ENVELOPES: 14:00 HS

3.1- Na hipótese de não haver expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data prevista, a sessão ocorrerá automaticamente no próximo dia útil e no mesmo horário da prevista anteriormente.

4. NESTA CHAMADA PÚBLICA SERÃO ENCONTRADAS PALAVRAS, SIGLAS E ABREVIATURAS COM OS MESMOS SIGNIFICADOS, CONFORME ABAIXO:

CHAMADA PÚBLICA: O procedimento de que trata o presente certame;

PROPONENTE/PARTICIPANTE: Pessoa jurídica que participa deste certame;

HABILITAÇÃO: Verificação atualizada da situação jurídica, qualificação técnica e econômica financeira e regularidade fiscal de cada participante;

CRENCIADA: Organização Social credenciada no certame, com a qual será celebrado o Contrato de Gestão;

CONTRATANTE: O Município de Boa Viagem, que é signatário do instrumento contratual;

CONTRATADA: Pessoa jurídica vencedora no certame, a qual foi adjudicado o seu objeto esignatária do Contrato de Gestão;

CSOS DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM/CSOS: Comissão de Seleção de OS que realizará os procedimentos de recebimento de envelopes, habilitação e julgamento de propostas referentes a esta chamada;

PMBV: Prefeitura Municipal de Boa Viagem;

AUTORIDADE SUPERIOR: É o titular do órgão de origem desta Chamada Pública, incumbido de definir o objeto, elaborar seu Projeto Básico, orçamento e instrumento convocatório, decidir sobre impugnação ao edital, determinar a abertura da chamada pública, decidir os recursos contra atos da comissão, homologar o resultado da chamada pública e promover a celebração do contrato de gestão.

O.S.: Organização Social.

CSAM: Casa de Saúde Adília Maria de Boa Viagem.

5. DOS ESCLARECIMENTOS E IMPUGNAÇÕES

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



5.1- Os pedidos de esclarecimentos referentes ao processo deverão ser enviados até 3 (três) dias úteis anteriores à data fixada para abertura da sessão, exclusivamente por meio eletrônico, no endereço comissaoselecaoosboaviagem@gmail.com.

5.2- Até 2 (dois) dias úteis antes da data fixada para abertura das propostas, qualquer pessoa poderá impugnar o presente edital, podendo fazê-lo por meio eletrônico, no endereço comissaoselecaoosboaviagem@gmail.com, ou mediante petição por escrito, protocolizada na Comissão de Seleção de OS, que é no endereço constante no item 2.2. deste edital, no horário de 08:00 às 12:00 hs e 14:00 às 18:00 de segunda a quinta-feira e 08:00 hs às 14:00 hs na sexta-feira.

5.3- Não serão conhecidos os pedidos de esclarecimento e/ou as impugnações apresentadas fora do prazo legal e/ou subscritas por representante não habilitado legalmente, exceto se tratar de matéria de ordem pública.

5.4- Caberá ao responsável, auxiliado pela área interessada, quando for o caso, enviar a petição de impugnação juntamente com os autos processuais para que a autoridade competente decida no prazo de até 72 (setenta e duas) horas.

5.5- Acolhida a impugnação contra o edital, caso necessário, será designada nova data para a realização da sessão, exceto se a alteração não afetar a formulação das propostas.

6. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

6.1- O recurso financeiro do primeiro ano, entendendo-se este como 12 (doze) meses a partir na assinatura do contrato de gestão, destinado ao financiamento do custeio dos serviços previstos neste Termo de Referência, importará no valor mensal estimado de R\$ 885.000,00 (oitocentos e oitenta e cinco mil reais), sendo o valor global máximo de custeio para os 12 (doze) meses no montante estimado de R\$ 10.620.000,00 (dez milhões seiscentos e vinte mil reais).

6.2- O valor global máximo de investimento durante toda vigência do contrato será de R\$ 10.620.000,00 (dez milhões seiscentos e vinte mil reais) a ser utilizado quando necessário, de comum acordo entre o Contratado e a Contratante.

6.3- Desta forma o valor global máximo do Contrato de Gestão a ser firmado durante os 12 (doze) meses de sua vigência corresponderá a importância total de R\$ 10.620.000,00 (dez milhões seiscentos e vinte mil reais).

6.4- A origem do recurso destinado ao financiamento do Contrato de Gestão a ser firmado será tripartite, ou seja, proveniente do Município, Estado e União, previsto nas seguintes dotações orçamentárias: 1401.10.302.0017.2.079 e elemento de despesa nº 33.90.39.00.

7. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NA CHAMADA PÚBLICA

7.1- Poderão participar da presente Chamada Pública, Organizações Sociais já qualificadas, na área de saúde, no âmbito do Município de Boa Viagem, e que satisfaçam plenamente todos os termos e condições deste Edital e da legislação em vigor, inclusive tendo seus objetivos sociais compatíveis com o objeto acima especificado.

7.2- Para os fins da presente Chamada Pública, entende-se por Organização Social - O.S. a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que tenha qualificação como "Organização Social" comprovada por decreto ou outro instrumento normativo, que não distribui, entre seus

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures]



associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva.

7.3- A participação implica a aceitação integral dos termos deste Edital.

7.4- É vedada a participação de pessoa física.

7.5- É vedada a participação de Organização Social nos seguintes casos:

I- Tenha sido desqualificada como organização social, por descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão, nos termos do da Lei Municipal Nº 1434/2021, pelo período que durar a penalidade;

II- Esteja omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;

III- Tenha sido punida com uma das seguintes sanções, pelo período que durar a penalidade:

a) suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com o órgão supervisor ou entidade supervisora; e

b) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública federal;

IV- Tenha tido contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal de Contas de qualquer ente federativo, em decisão irrecorrível, nos últimos oito anos; e

V- não possuam comprovação de regularidade fiscal, trabalhista e junto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, por meio de:

a) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;

b) Certificado de Regularidade do FGTS; e

c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

VI- Sob a forma de consórcio, qualquer que seja a sua constituição;

VII- Que tenham em comum um ou mais dirigentes e/ou prepostos com procuração;

VIII- Que estejam em estado de insolvência civil ou sob processo de dissolução judicial;

IX- Cujos dirigentes sejam servidores ou empregados públicos da Administração Pública Municipal Direta ou Indireta;

X- Tenha em seu quadro de dirigentes:

a) Membro de Poder ou do Ministério Público;

b) Cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, das pessoas mencionadas na alínea "a" deste inciso, bem como do inciso IX;



XI- Remunere, a qualquer título, com os recursos repassados:

- a) Membro de Poder ou do Ministério Público ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública municipal;
- b) Servidor ou empregado público, inclusive aquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança, de órgão ou entidade da administração pública municipal, ou seu cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, ressalvadas as hipóteses em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;
- c) Pessoas naturais condenadas pela prática de crimes contra a administração pública ou contra o patrimônio público, de crimes eleitorais para os quais a lei comine pena privativa de liberdade, e de crimes de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.

XII- Entidades Estrangeiras.

7.6- É **caso de não participação** a proponente que não comprove sua natureza de organização social na área da saúde, no âmbito do Município de Boa Viagem.

7.7- As entidades interessadas em se qualificar como Organização Social, para participação neste processo, deverão fazer através do Chamamento Público nº 01/2021 que foi publicado no 09 de julho de 2021 no Jornal O Povo, Diário Oficial do Estado do Ceará - DOE/CE e Diário Oficial da União - DOU, e encontra-se aberto do dia 09 de julho de 2021 à 31 de dezembro de 2021, estando seu edital disponível no site da Prefeitura Municipal de Boa Viagem/CE especificamente no seguinte link: <https://www.boaviagem.ce.gov.br/publicacoes.php>, observado que a qualificação como OS deverá ser emitida até a data limite de abertura deste processo de seleção de OS (Chamada Pública nº 2021.01-CSAM), sendo a mesma de responsabilidade da entidade interessada.

8. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

8.1- Os documentos deverão ser apresentados em original, ou cópia autenticada por servidor público, ou em cópia já autenticada por cartório competente (no que couber), devendo cada face de documento reproduzido corresponder a uma autenticação, ainda que diversas reproduções sejam feitas na mesma folha, todos perfeitamente legíveis.

8.2- Caso na autenticação conste expressamente que a mesma se refere ao verso e ao averso do documento, a exigência referente à autenticação de todas as faces do documento fica sem validade.

8.3- Caso o documento apresentado seja expedido por instituição que regulamente a disponibilização do documento pela Internet ou que possa ser consultado em registros públicos municipais, a CSOS poderá verificar a autenticidade do mesmo através de consulta eletrônica.

8.4.- Caso o documento apresentado seja expedido por instituição pública que esteja com seu funcionamento paralisado no dia de recebimento dos envelopes, a interessada deverá, sob pena de ser inabilitada, apresentar o referido documento constando o termo final de seu período de validade coincidindo com o período da paralisação e deverá, quando do término da paralisação, sob pena de ser inabilitada supervenientemente, levar o documento à CSOS nas condições de autenticado para que seja apensado ao processo do Edital da Chamada Pública.

8.5- Efetuada a entrega de Documentos de Habilitação não serão aceitos pedidos posteriores de inclusão de documentação, conforme a previsão no item 8.7. do presente Edital.

8.6- Serão aceitas inscrições por meio de terceiros, mediante a apresentação de:

- a) Procuração com firma reconhecida e com a especificação de amplos poderes para praticar

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



todos os atos referentes a esta CHAMADA PÚBLICA, tais como formular questionamentos, interposição e desistência de recurso, análise de documentos, acompanhado do(s) documento(s) que comprove(m) os poderes da outorgante;

b) Documento oficial de identificação do procurador e

c) Documento que comprove os poderes de quem outorga os poderes (contrato social, ficha de requerimentos ou outros competentes).

8.7- É facultada à Comissão de Seleção ou autoridade superior, em qualquer fase da Chamada Pública, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originariamente da proposta, conforme a Lei de Licitações.

8.8- A apresentação da documentação dar-se-á em uma única via, em **03 (três) envelopes**, abaixo descritos, que serão **analisados em 03 (três) fases distintas**, conforme as disposições deste instrumento convocatório.

8.9- Os envelopes deverão ser entregues lacrados, indevassáveis, distintos e identificados, contendo os documentos referentes à qualificação como Organização Social, Habilitação e o Programa de Trabalho até a data e horário previstos neste Edital, devendo os envelopes, serem identificados conforme modelos de etiquetas contidos nos itens 9, 10 e 11 deste Edital.

9. DA QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

9.1- A documentação de qualificação como Organização Social e Habilitação nesta Chamada Pública, **FASE 1**, deverá ser apresentada em envelope lacrado à Comissão, até o horário e dia previstos neste Edital, tendo no frontispício as seguintes dizes:

ENVELOPE 1 - DOCUMENTOS DA QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

À
CSOS DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM
CHAMADA PÚBLICA Nº 2021.01-CSAM
ÓRGÃO: CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
RAZÃO SOCIAL DA OS: _____

CNPJ Nº: _____

TELEFONE: _____

EMAIL: _____

ENVELOPE Nº 01 - DOCUMENTOS DA QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

9.2- O envelope indicado no item 9.1., referente à **FASE 1**, deverá conter a seguinte documentação:

a) Cópia do Decreto Municipal que a qualificou como Organização Social da Saúde no âmbito do Município de Boa Viagem;

b) Prova de inscrição da Organização Social no Cadastramento Nacional de Pessoa Jurídica -CNPJ, dentro do prazo de validade nela atestado;

c) A proponente que não possuir sede no Município de Boa Viagem deverá apresentar declaração de que, caso seja vencedora da presente Chamada Pública, estabelecerá escritório em Boa Viagem/CE, com estrutura para a perfeita execução dos serviços objeto do presente edital, elaborada conforme o Anexo XI deste instrumento.

10. DA HABILITAÇÃO

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



10.1- A documentação de habilitação, **FASE 2**, deverá ser apresentada em envelope lacrado à Comissão, até o horário e dia previstos neste Edital, tendo os seguintes dizeres no lado frontal:

ENVELOPE 2 - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

À
CSOS DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM
CHAMADA PÚBLICA Nº 2021.01-CSAM
ÓRGÃO: CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
RAZÃO SOCIAL DA OS: _____
CNPJ Nº: _____
TELEFONE: _____
EMAIL: _____

ENVELOPE Nº 02 - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

10.1.1- Deverá conter no envelope referente à **FASE 2** a seguinte documentação:

10.2- HABILITAÇÃO JURÍDICA

10.2.1- Inscrição do Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social consolidado/atualizado e devidamente registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, acompanhado de prova da eleição e posse da diretoria em exercício;

10.2.2- Relação nominal atualizada dos dirigentes da Organização Social, conforme seu Estatuto, com endereço, correio eletrônico, número e órgão expedidor da carteira de identidade e número do cadastro de pessoas físicas;

10.2.3- Cópia do documento que comprove que a Organização Social da Saúde, qualificada no âmbito desta Municipalidade, funciona no endereço por ela declarado juntamente com conta de consumo ou contrato de locação;

10.2.4.- Declaração do representante legal da Organização Social com a informação de que a entidade e seus dirigentes não incorrem em quaisquer das vedações previstas na lei anticorrupção;

10.2.5- A participante deverá apresentar a declaração de conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto desta Chamada Pública, elaborada conforme o Anexo XII ou XIII deste Edital;

10.3- QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

10.3.1- **BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DO ÚLTIMO EXERCÍCIO SOCIAL**, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da licitante, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais, quando encerrado há mais de 03 (três) meses da data de apresentação da proposta.

10.3.1.1- **COMPROVAÇÃO DA BOA SITUAÇÃO FINANCEIRA** da licitante atestada por documento, assinado por profissional legalmente habilitado junto ao Conselho Regional de Contabilidade da sede ou filial da licitante, demonstrando que a empresa apresenta índice de Liquidez Geral (LG) maior ou igual a 1,0 (um vírgula zero), calculada conforme a fórmula abaixo:

Liquidez Geral (LG) = ATIVO CIRCULANTE + REALIZÁVEL A LONGO PRAZO ≥ 1,00

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



PASSIVO CIRCULANTE + EXIGÍVEL A LONGO PRAZO

10.3.1.2- Ou comprovação do capital mínimo ou do valor do **PATRIMÔNIO LÍQUIDO** de 10% (dez por cento) da estimativa de custos, devendo a comprovação ser feita relativamente à data de apresentação da proposta, através do balanço patrimonial.

10.3.1.3- O balanço patrimonial deverá ser registrado e autenticado na Junta Comercial, devendo conter assinatura de contador registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo titular ou representante legal da empresa.

10.3.1.4- Serão aceitos o balanço patrimonial, demonstrações contábeis, termos de abertura e encerramento do livro Diário, transmitidos via SPED, acompanhados do recibo de entrega de escrituração contábil digital, respeitada a IN RFB vigente.

10.3.1.5- No caso de Licitante recém-constituída (há menos de 01 ano), deverá ser apresentado o balanço de abertura acompanhado dos termos de abertura e de encerramento devidamente registrados na Junta Comercial, constando ainda, no balanço, o número do Livro Diário e das folhas nos quais se acham transcrito ou a autenticação da junta comercial, devendo ser assinado por contador registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo titular ou representante legal da OS.

10.3.1.6- No caso de sociedade simples e cooperativa, o balanço patrimonial deverá ser inscrito no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, assinado por contador registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo titular ou representante legal da instituição, atendendo aos índices estabelecidos neste instrumento convocatório.

10.4- REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

10.4.1- PROVA DE REGULARIDADE PARA COM AS FAZENDAS FEDERAL, ESTADUAL e MUNICIPAL da sede ou filial do licitante, expedidos pelos órgãos abaixo relacionados e dentro dos seus períodos de validade, devendo os mesmos apresentar igualdade de CNPJ.

a) CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS A CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, OU EQUIVALENTE, EXPEDIDA PELA PROCURADORIA GERAL DA FAZENDA NACIONAL E RECEITA FEDERAL DO BRASIL;

b) CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS ESTADUAIS, OU EQUIVALENTE, EXPEDIDA PELA SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO.

c) CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS, OU EQUIVALENTE, EXPEDIDA PELA SECRETARIA DE FINANÇAS DO MUNICÍPIO.

10.4.2- CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE SITUAÇÃO (CRS) OU EQUIVALENTE, perante Gestor do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), da jurisdição da sede ou filial do licitante, devendo o mesmo ter igualdade de CNPJ com os demais documentos apresentados na comprovação da regularidade fiscal e trabalhista.

10.4.3- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do título VII - A da Consolidação das Leis do Trabalho do Decreto-Lei nº 5.452, de 1ª de maio de 1943.

10.4.4- O licitante deverá apresentar documento relativo ao cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do art. 7º, da Constituição Federal e na Lei Federal nº 9.854/1999, conforme Anexo V - Declaração de Inexistência de Empregado Menor no Quadro da Empresa.

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



10.5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.5.1- Comprovação de aptidão da empresa licitante mediante a apresentação de atestado(s) de capacidade técnica, em nome do proponente, emitido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprove o desempenho satisfatório na execução de serviços da mesma natureza (experiência em gestão de serviços de saúde e em gestão de unidades de saúde e/ou redes de atenção secundária e especializada) exigindo-se, portanto que se possa comprovar expertise específica as necessidades do serviço a executar.

11. DA PROPOSTA TÉCNICA

11.1- A Proposta Técnica compreende aos meios e recursos necessários para execução das atividades previstas, em atendimento às condições deste EDITAL:

ENVELOPE 3 - DOCUMENTOS DA PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA

À
CSOS DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM
CHAMADA PÚBLICA Nº 2021.01-CSAM
ÓRGÃO: CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA
RAZÃO SOCIAL DA OS: _____

CNPJ Nº: _____

TELEFONE: _____

EMAIL: _____

ENVELOPE Nº 03 – PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA

11.2. Deverá conter no envelope referente à FASE 3 a seguinte documentação:

11.2.1. PROGRAMA DE TRABALHO, conforme detalhado abaixo:

11.2.1.1. Critérios de classificação do PROGRAMA DE TRABALHO

11.2.1.1.1- Este item será avaliado através da análise do conteúdo do PROGRAMA DE TRABALHO, compreendendo os meios e recursos necessários para execução das atividades previstas, em atendimento às condições deste instrumento convocatório e seus anexos, demonstrando de forma objetiva o **atendimento integral** dos seguintes critérios:

a) **Descrição técnica das diferentes atividades assistenciais previstas**, por tipo de serviço e unidades, devendo abordar o perfil assistencial da Unidade e o detalhamento das ações de saúde de todos os serviços contratados, segundo normativas, protocolos e diretrizes mencionados no Termo de Referência.

b) **Especificação dos Recursos Humanos**: a O.S. deverá apresentar o quadro completo de recursos humanos de cada serviço, unidade de saúde e da coordenação técnico-assistencial, apresentando o dimensionamento de pessoal a ser contratado, por categoria profissional, carga horária semanal e quantidade a ser utilizada pela Unidade e Serviço de Saúde, de forma que atenda além da equipe assistencial mínima descrita no Termo de Referência, o pessoal técnico, administrativo e gerencial necessário para a execução de todas as atividades propostas.

11.2.1.2- A ORGANIZAÇÃO SOCIAL que apresentar PROGRAMA DE TRABALHO incompleto e/ou que não contemple todos os elementos descritos no item 11.2.1.1. será **desclassificada**, e não serão julgadas a EXPERIÊNCIA nem a PROPOSTA FINANCEIRA.

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



11.2.2- Para avaliação da **EXPERIÊNCIA**, apresentar documentos originais e/ou cópias autenticadas que comprovem a experiência da Organização Social na execução de serviços de natureza semelhante ao objeto desta contratação, tais como Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde - CNES e/ou Contratos de Gestão vigentes e seus aditivos.

11.2.3. DOCUMENTO TÉCNICO, conforme detalhado abaixo:

11.2.3.1- O **Documento Técnico** deverá conter os componentes abaixo descritos, conforme detalhado no item VII (Especificações Técnicas dos Serviços a Serem Prestados pela O.S.S.) do Anexo I - Termo de Referência do Edital:

a) Assistência Especializada Hospitalar

A O.S. deverá descrever como compreenderá a assistência à saúde prestada em regime de hospitalização, considerando o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

b) Hospital Dia

O.S. deverá descrever como a assistência em regime de Hospital Dia ocorrerá, conforme definição do Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria nº. 44/GM em 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

c) Atendimento A Urgência/Emergência Hospitalares

Considerar na descrição do componente os atendimentos de urgência/emergência não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência e Emergência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

d) Serviços De Apoio Terapêutico e Diagnóstico – SADT

Esta atividade se refere a todos os procedimentos diagnósticos e de apoio ao tratamento de patologias e que serão oferecidas aos pacientes internos da Unidade de Saúde sob a administração da O.S..

11.2.4- Para avaliação da **PROMOÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DO CORPO TÉCNICO PROFISSIONAL**, a O.S. deverá apresentar os documentos abaixo:

11.2.4.1- Projeto com propósitos concordantes de atuação na prestação de serviços em prol da assistência na saúde, conforme avaliação mencionada no item 13.1.1.

11.2.5- Declaração de Vistoria dos locais de execução dos serviços, elaborada conforme modelo constante do Anexo XIII deste Edital ou Declaração de Abstenção de Vistoria dos locais dos serviços, assumindo a(s) responsabilidade(s) pela opção de não realização da vistoria (Anexo XIV).



12.- DO RITO DO PROCESSAMENTO DA CHAMADA PÚBLICA

12.1- DA REPRESENTAÇÃO

12.1.1- A Organização Social poderá promover a indicação e o credenciamento de seu representante na presente seleção, com a respectiva qualificação (Nome completo, RG, CPF, endereço, telefone, fax, email), mediante instrumento público de mandato, com firma reconhecida, mencionando que lhe são conferidos, por ela, amplos poderes para tanto, inclusive para receber intimações e, eventualmente, desistir de recursos. Em se tratando de representante legal da Organização Social deverá ser apresentada cópia do Ato Constitutivo, indicando tal condição.

12.1.2- Os documentos de credenciamento serão examinados antes da abertura dos envelopes contendo a documentação referente à **Habilitação**.

12.1.3- A não apresentação ou incorreção do documento de credenciamento não será motivo de inabilitação da Organização Social, mas impedirá o representante de se manifestar e responder pela mesma nas sessões públicas.

12.1.4- Não serão aceitas procurações que contenham poderes amplos, que não contemplem claramente a presente CHAMADA PÚBLICA ou que se refiram a outros procedimentos, processos de seleção, licitações ou tarefas.

12.1.5- Os documentos de credenciamento serão retidos pela Comissão de Seleção, encarregada pelo processamento deste certame, e juntados ao processo de seleção.

12.2- DA SESSÃO

12.2.1- No início da sessão de abertura do certame serão entregues os 3 (três) envelopes fechados, indevassáveis, distintos e identificados referentes à **FASE 1**, à **FASE 2** e à **FASE 3** do certame.

12.2.2- Os **ENVELOPES 1, 2 e 3** deverão ser apresentados separadamente, com todas as folhas rubricadas e numeradas sequencialmente, inclusive as folhas de separação, catálogos, desenhos ou similares, se houver, não sendo permitidas emendas, rasuras ou ressalvas.

12.2.3- Após a Comissão de Seleção declarar encerrado o prazo para recebimento dos envelopes, não serão aceitos quaisquer outros documentos que não os existentes nos respectivos envelopes, nem será permitido que se faça qualquer adendo ou esclarecimentos sobre os documentos, de forma a alterar o conteúdo original dos mesmos.

12.2.4- Em seguida, serão analisados e credenciados os representantes das organizações sociais interessadas e, passar-se-á à abertura do **Envelope 1**. Após verificação da regularidade da(s) Organização(ões) Social(is), condição essa que será declarada em sessão, passar-se-á à análise do **Envelope 2**.

12.2.5- Imediatamente após, na mesma sessão, a Comissão de Seleção procederá à abertura dos envelopes referentes à **FASE 2** contendo os documentos referentes à habilitação e fará a conferência destes de acordo com as exigências deste edital, os quais serão rubricados e numerados pela Comissão de Seleção. Os documentos serão postos à disposição dos representantes das participantes, para que os examinem e os rubriquem.

12.2.6- A Comissão de Seleção examinará possíveis apontamentos feitos por prepostos de

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



participantes, manifestando-se sobre o seu acatamento ou não. Em seguida, deliberará sobre os documentos apresentados e, julgando-os satisfatórios, ou não, declarará as participantes habilitadas e/ou inabilitadas, fundamentando sua decisão.

12.2.7- Na hipótese de considerar qualquer participante inabilitada, a Comissão de Seleção fundamentará a sua decisão. Logo em seguida, os envelopes referentes à **FASE 3** devidamente colados, serão rubricados pela Comissão de Seleção e pelos representantes das proponentes presentes à sessão, salientando que os referidos envelopes ficarão sob a guarda direta da Comissão de Seleção.

12.2.8- Se presentes os prepostos dos participantes à sessão, a Presidente da Comissão de Seleção fará diretamente a intimação dos atos relacionados com a habilitação e/ou inabilitação. Caso os representantes desistam expressamente de interpor recurso, esta intenção deverá ser consignada em ata, por todos assinada.

12.2.9- Não ocorrendo desistência expressa de recurso quanto à habilitação e/ou inabilitação, a sessão será suspensa e a intimação dos atos referidos no item anterior será feita através comunicação oficial pelos meios legalmente previstos, iniciando-se o prazo de **05 (cinco)** dias úteis para a entrega à Comissão de Seleção das razões da recorrente, no primeiro dia útil seguinte à publicação.

12.2.10- Em seguida, proceder-se-á à abertura dos envelopes referentes à **FASE 3** das licitantes habilitadas na fase anterior. Os documentos neles contidos serão lidos e rubricados pela Comissão e colocados à disposição das licitantes, para que os examinem e os rubriquem.

12.2.11- O julgamento das **Propostas Técnicas e Financeira** será feito por **Comissão de Seleção de OS**, devidamente instituída através de Portaria.

12.2.11.1- À **Comissão de Seleção de OS** competirá a avaliação das Organizações Sociais participantes quanto ao atendimento das diretrizes e critérios técnicos e financeiros, aos requisitos legais, bem como ao atendimento dos critérios definidos no presente Chamamento Público, elaborando, ao final, relatório conclusivo.

12.2.12- O julgamento das **Propostas Técnicas e Financeira** é de exclusiva responsabilidade da Comissão de Seleção de OS.

12.2.13- Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências deste edital, as com preços superiores aos determinados no edital ou manifestamente inexequíveis, assim considerados aqueles que não venham a ter demonstrado sua viabilidade através de documentação.

12.2.14- Se presentes os prepostos dos participantes à sessão, a Presidente da Comissão de Seleção declarará a Organização Social vencedora, momento em que fará, também, diretamente a intimação dos atos relacionados com a classificação/desclassificação. Caso os representantes desistam expressamente de interpor recurso, esta intenção deverá ser consignada em ata, por todos assinada.

12.2.15- Não ocorrendo desistência expressa de recurso quanto à classificação/desclassificação das propostas, ocorrerá à publicação do resultado final nos mesmos meios em que se deu a publicação primeira, iniciando-se o prazo de **05 (cinco)** dias úteis para a entrega à Comissão de Seleção das razões da recorrente, no primeiro dia útil seguinte à publicação, através de meio eletrônico no endereço comissaoselecaoosboaviagem@gmail.com, ou mediante petição por escrito, protocolizada na CSOS, na Sala da Comissão de Seleção da Prefeitura Municipal de Boa Viagem/CE, à Praça Monsenhor José Cândido, 100 - Centro - Boa Viagem/CE - CEP:

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ N° 07.963.515/0001-36 | CGF N° 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



63.870-000, no horário de expediente ao público.

12.2.16- O resultado final do julgamento do presente Chamamento Público será divulgado nos meios de publicidade legal, sem prejuízo da divulgação em outros meios que se entenda adequado, restando a Organização Social melhor classificada apta a firmar contrato de gestão para a gestão da Unidade de Atenção Secundária e Especializada Casa de Saúde Adília Maria. (ANEXO II)

12.2.17- Após a publicação/divulgação do julgamento de eventuais recursos, a presente Chamada Pública será encaminhada para homologação.

13. CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA

13.1- A avaliação, seleção e classificação das propostas apresentadas consiste na análise técnica da documentação referente à capacidade operacional das Organizações Sociais que obedecerá aos parâmetros estabelecidos no item abaixo.

13.1.1- Os documentos e informações apresentados na Proposta Técnica serão avaliados levando em consideração as seguintes pontuações máximas:

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO	
1. EXPERIÊNCIA	PONTOS
1.1. Em gestão de Unidades Hospitalares Públicas, independente da quantidade.	5
2. QUALIDADE DOS SERVIÇOS	PONTOS
2.1. Unidades Hospitalares Públicas com mais de 5 leitos	5
3. DOCUMENTO TÉCNICO	PONTOS
3.1. Descrição e análise dos problemas de saúde do Município	15
4. QUALIFICAÇÃO DO CORPO TÉCNICO	PONTOS
4.1. Apresentação de plano com objetivo de promover qualificação do corpo técnico visando a melhoria da eficiência da assistência médico-hospitalar	15
TOTAL	40

13.1.2- A Nota da Proposta Técnica (NPT) de cada licitante será a soma das pontuações obtidas para os itens: atividade (NT1), ações voltadas à qualidade (NT2), qualificação técnica (NT3) e política de recursos humanos (NT4) segundo a fórmula abaixo, sendo **desclassificados os licitantes que obtiverem (NT) inferior a 15 (quinze) pontos.**

$$NPT = NT1 + NT2 + NT3 + NT4$$

13.2- Critério de Julgamento da **EXPERIÊNCIA, QUALIDADE DOS SERVIÇOS, DOCUMENTO TÉCNICO e QUALIFICAÇÃO DO CORPO TÉCNICO:**

13.2.1- Pontuação relativa à avaliação da EXPERIÊNCIA

Este item será pontuado através da apresentação de documentos originais que comprovem a experiência da Organização Social na execução de serviços de natureza semelhante ao objeto desta contratação.



Para finalidade de avaliação deste critério será considerada a experiência da Entidade devidamente comprovada por meio da apresentação de Contrato firmado, conforme especificação e pontuação dos itens abaixo relacionados:

13.2.1.1- Experiência em gestão de Unidade Hospitalar pública, conforme quantidade de leitos das Unidades geridas pela O.S., dentro do período correspondente aos últimos 5 (cinco) anos, conforme pontuação descrita no 13.1.1.

13.2.2- Pontuação relativa à avaliação da QUALIDADE

Para finalidade de avaliação deste critério será considerada a qualidade dos serviços prestados pela Entidade, de acordo com o item 13.1.1.

13.2.3- Pontuação relativa ao DOCUMENTO TÉCNICO

Este item será pontuado conforme a apresentação dos elementos abaixo relacionados que compõem o DOCUMENTO TÉCNICO:

13.2.3.1- Apresentação de documento técnico contendo descrição da capacidade instalada, análise dos indicadores assistenciais e proposta de intervenção em busca de uma maior eficiência do equipamento/serviço contempladas neste Termo de Referência, a qual poderá pontuar no máximo **(trinta) pontos**, conforme avaliação mencionada abaixo.

Avaliação	Percentual dos Pontos	Número de Pontos
Ótimo	100%	15
Bom	80%	10
Regular	60%	05

13.2.4- Pontuação relativa à PROMOÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DO CORPO TÉCNICO PROFISSIONAL

13.2.4.1- O plano com objetivo de promover qualificação do corpo técnico visando a melhoria da eficiência da assistência médico-hospitalar será avaliado segundo o quadro abaixo:

Avaliação	Percentual dos Pontos	Número de Pontos
Ótimo	100%	15
Bom	80%	10
Regular	60%	05

13.3- A pontuação máxima atribuída à PROPOSTA TÉCNICA é de 40 (quarenta) pontos.

13.4- Será classificada tecnicamente, a licitante cujo resultado final da avaliação de sua proposta técnica, alcançar média igual ou superior a 15 (quinze) pontos, e não incorra no disposto no item 13.5. deste edital.

13.5- Serão desclassificadas as propostas técnicas que:

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



- a) Não atenderem às exigências contidas neste edital e/ou impuser condições;
- b) Na avaliação técnica obtiver média inferior a 15 (quinze) pontos.

14. DA PROPOSTA FINANCEIRA

14.1- A proposta financeira total não poderá ultrapassar o valor máximo de **R\$ 10.620.000,00 (dez milhões seiscientos e vinte mil reais)**, correspondente ao valor total das despesas de custeio para **12 (doze) meses de execução do contrato**.

14.1.1- A Proposta Financeira deverá ser apresentada de forma clara e detalhada nos termos do Anexo XV deste Edital e estar de acordo com as exigências constantes do Anexo III (Programa de Trabalho) deste Edital.

14.2- Neste item a avaliação se dará sobre o detalhamento do volume de recursos financeiros destinados para cada tipo de despesa de custeio, especificados de acordo com o Plano Orçamentário de Custeio, conforme descrito no Programa de Trabalho apresentado.

14.3- Serão desclassificadas as PARTICIPANTES cujas PROPOSTAS FINANCEIRAS:

- a) Contenham estimativa de despesa total para custeio e metas das atividades com **valores manifestamente inexecutáveis**
- b) Não **apresentem** os Planos Orçamentários de Custeio de acordo com o modelo constante do Anexo III (Modelo de Programa de Trabalho) deste EDITAL
- c) Não atendam plenamente as **exigências** deste EDITAL.

A **Nota final de Proposta Financeira (NPF)** de cada PARTICIPANTE se fará de acordo com a seguinte equação:

NPF = (Menor valor proposto pelas instituições / Valor total da proposta da instituição em análise) x100

Onde:

NPF: Nota Proposta Financeira após avaliação dos critérios definidos.

15. CLASSIFICAÇÃO FINAL DAS PROPOSTAS

15.1- Será considerada **vencedora a ORGANIZAÇÃO SOCIAL** que obtiver a **maior nota de PF (Pontuação Final)**.

15.2- A Pontuação final de cada PARTICIPANTE se fará de acordo com a seguinte equação:

PF = (NPT x 0,7) + (NPF x 0,3)

Onde:

PF = Pontuação Final

NPT = Nota da Proposta Técnica

NPF = Nota da Proposta Financeira.

Peso NPT = 0,7

Peso NPF = 0,3

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



15.3- Na hipótese de ocorrência de empate entre duas ou mais ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, o desempate será feito por meio de sorteio em ato público, para o qual serão convocadas todas as participantes.

16. DA HOMOLOGAÇÃO /ADJUDICAÇÃO E CONTRATAÇÃO:

16.1- A homologação da seleção e adjudicação da entidade classificada em primeiro lugar será firmada pela Ordenador(a) de Despesas da Casa de Saúde Adília Maria, após a devida publicação/divulgação do resultado final do julgamento, conforme os ditames da lei, ocasião em que a CSAM lavrará o Termo de Homologação e Adjudicação, a ser veiculado nos meios de publicidade legal.

16.2- O titular da Casa de Saúde Adília Maria/CSAM se reserva o direito de não homologar ou revogar o presente processo em sua integralidade por razões de interesse público decorrente de fato superveniente, sem que caiba à organização social ressarcimento ou indenização de qualquer espécie, seja a que título for não gerando obrigatoriedade de contratação posterior.

17. DA ASSINATURA DOS TERMOS DE PERMISSÃO E DO CONTRATO DE GESTÃO

17.1- A vencedora terá o prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados da publicação da Homologação do procedimento de que trata o item anterior para assinar os Termos de Permissão de Uso dos bens imóveis/móveis e o(s) Contrato(s) de Gestão.

18. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

18.1- O prazo de vigência do(s) Termo(s) de Permissão de Uso e do(s) Contrato(s) de Gestão, decorrente desta Chamada Pública é de 12 (doze) meses, conforme a legislação correlata, podendo ser prorrogado em conformidade com os limites legais, mediante justificativa do interesse público, e modificado em conformidade com as condições previstas no instrumento de contrato.

18.2- O contrato terá o prazo de vigência a partir de sua assinatura até 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nos casos e formas previstos na Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, até o limite de 60 (sessenta) meses.

19. DAS OBRIGAÇÕES

19.1- As obrigações a serem contraídas por cada uma das partes deverão respeitar o disposto neste Edital, seus Anexos e nas leis específicas regedoras da matéria, inclusive no pertinente à fiscalização dos recursos.

20. DAS PENALIDADES

20.1 Pela inexecução total ou parcial do objeto desta Chamada Pública, a **CONTRATANTE** poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à **CONTRATADA** as sanções previstas na legislação.

21. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1- O desatendimento de condições de habilitação e qualificação, não implicará no afastamento imediato do participante, desde que seja possível a aferição da qualificação, podendo a presidente ou à autoridade superior, até a(s) fase(s) prevista(s) para recurso(s) da Chamada Pública, efetuar diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, atendidos os prazos consignados na diligência.



21.2- A presidente ou a Autoridade Superior do Órgão, poderão sanar erros formais e/ou materiais que não acarretem prejuízos para o objeto desta Chamada Pública, à Administração e aos participantes, justificando sua decisão.

21.3- Pelo princípio da autotutela, poderá a Administração Pública Municipal revogar ou alterar este Edital no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público ou fato superveniente, devidamente justificado.

21.4- Não sendo indicado o prazo de validade das propostas fica subentendido como de 90 (noventa) dias a partir da data de sua emissão.

21.5- Os termos constantes das propostas apresentadas são de exclusiva responsabilidade do proponente, não lhe assistindo o direito a qualquer modificação do seu conteúdo ou substituição de envelopes, após sua entrega.

21.6- A Proposta de Preços deverá conter os preços totais, em moeda corrente nacional, incluindo as despesas diretas e indiretas em geral e demais condições de fornecimento que sejam devidas em decorrência, direta e indireta, da prestação dos serviços do objeto desta Chamada Pública.

21.7- A proposta financeira consistirá no valor monetário proposto pelo proponente para o desenvolvimento pleno do escopo definido no Termo de Referência, ou seja, a proponente deverá cotar o serviço na sua integralidade.

21.8- Correrão por conta da PROPONENTE vencedora todos os custos que porventura deixar de explicitar em sua proposta, não integrantes da Planilha de custos estabelecidas pela Administração.

21.9- Havendo discrepância entre os preços totais, prevalecerão os unitários e, havendo discordância entre o total da proposta em algarismo e o total por extenso, prevalecerá este último.

21.10- Os preços apresentados corresponderão exatamente às condições estabelecidas pela Administração e apresentadas na Proposta, não podendo haver alterações em relação a esta sob pena de desclassificação do Proponente.

21.11- Serão desclassificadas as propostas que apresentarem preço global superior ao estabelecido pela Casa de Saúde Adília Maria, conforme disposto no ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA deste Edital.

22. DO FORO

22.1- O foro designado para julgamento de quaisquer questões judiciais resultantes deste edital será o da Comarca de Boa Viagem/CE.

23. DOS ANEXOS

23.1- Constituem anexos desta Chamada Pública, dela fazendo parte:

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO II - RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE/SERVIÇOS

ANEXO III - MODELO PROGRAMA DE TRABALHO

ANEXO IV - RELAÇÃO DE EXAMES / SADT

ANEXO V - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

ANEXO VI - SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



PREFEITURA DE
BOA VIAGEM


- ANEXO VII - CRONOGRAMA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES**
ANEXO VIII - RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ANEXO IX - RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS
ANEXO X - DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DOS TERMOS DO EDITAL E SEUS ANEXOS
ANEXO XI - DECLARAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE ESCRITÓRIO EM BOA VIAGEM
ANEXO XII - DECLARAÇÃO DE VISTORIA DOS LOCAIS DOS SERVIÇOS
ANEXO XIII - DECLARAÇÃO QUE DECLINA DA REALIZAÇÃO DA VISTORIA DO LOCAL DOS SERVIÇOS
ANEXO XIV - DECLARAÇÃO RELATIVA AO TRABALHO DE EMPREGADO MENOR
ANEXO XV - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇO (MERAMENTE SUGESTIVO)
ANEXO XVI - MINUTA DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS
ANEXO XVII - MINUTA DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS
ANEXO XVIII - MINUTA DE TERMO DO CONTRATO DE GESTÃO

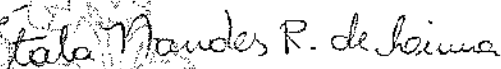
COMISSÃO DE SELEÇÃO

Fis. 297


e
Rubrica

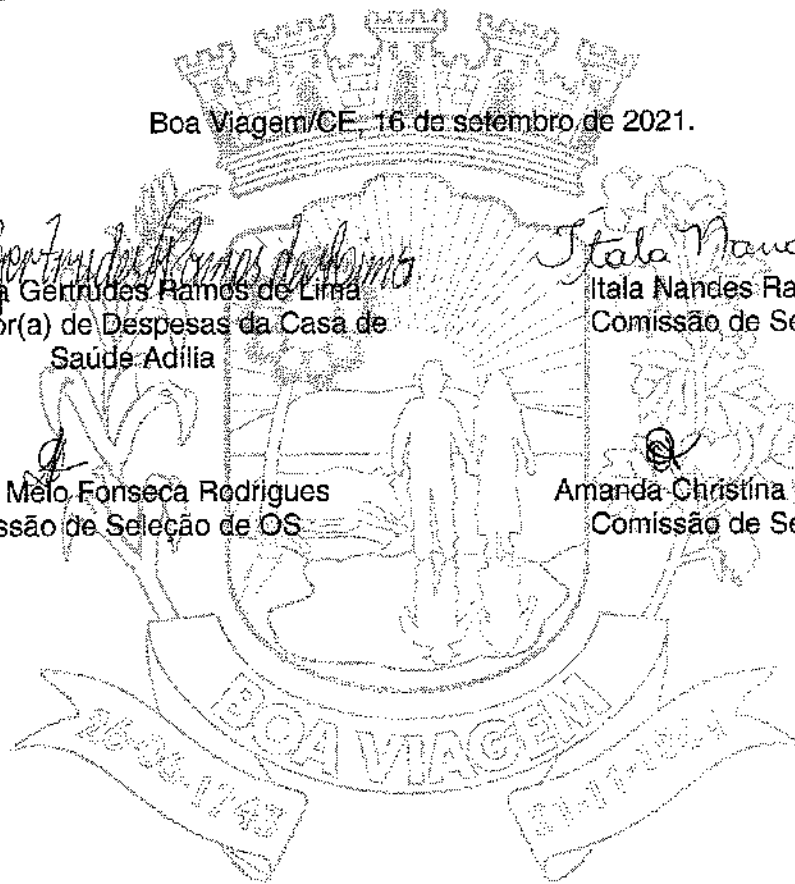
Boa Viagem/CE, 16 de setembro de 2021.


Enedina Gertrudes Ramos de Lima
Ordenador(a) de Despesas da Casa de
Saúde Adília


Itala Nandes Ramos de Lima
Comissão de Seleção de OS


Ivanilda Melo Fonseca Rodrigues
Comissão de Seleção de OS


Amanda Christina de Sousa Vieira
Comissão de Seleção de OS





ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

TERMO DE REFERÊNCIA PARA A SELEÇÃO DE ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS, DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM, CONFORME A LEI MUNICIPAL Nº 1434/2021 E DECRETO MUNICIPAL Nº 59/2021, PARA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DO HOSPITAL MUNICIPAL, MEDIANTE TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO, JUNTO A CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM/CE, DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES CONSTANTES NESTE EDITAL.

I - INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde é composto pela relação que o conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde mantém entre si. Enquanto sistema, tal como postulado pela teoria geral dos sistemas, refere-se a uma inter-relação entre seus elementos componentes onde o todo ou o sistema em si não pode ser reduzido a análise separada de seus componentes.

Não há um consenso sobre o modelo ideal de organização ou mesmo sobre quais os seus componentes e responsabilidades quanto à saúde da população. Essa diversidade de interpretações vem da própria dificuldade de definir saúde, bem como das distintas proposições políticas e teóricas sobre a concepção de saúde pública, também compreendida como saúde comunitária ou medicina preventiva e social.

O Sistema Público de Saúde do Brasil resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis n.ºs 8.080 e 8.142. Esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas características desse sistema de saúde, começando pelo mais essencial, dizem respeito à colocação constitucional de que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado.

O governo municipal vem priorizando ações para fortalecer a Saúde em BOA VIAGEM/CE com adoção de medidas que visam garantir o atendimento hospitalar na unidade e a ampliação de serviços ambulatoriais e clínico-cirúrgicos.

A Atenção Secundária avançou, tendo uma ampliação na oferta dos serviços de urgência e emergência. Hoje, o município conta na unidade hospitalar com serviços de classificação de risco, e melhoria no SADT - Serviço de Apoio ao Diagnóstico Terapêutico.

BOA VIAGEM/CE dispõe de considerável rede de serviços de saúde na cidade, no entanto, para bem atender à demanda crescente da população, faz-se necessária a qualificação planejada da rede. Deve-se destacar ainda, que o município apresenta uma peculiaridade em sua rede de serviços de saúde, pois é referência em alguns serviços para aos municípios vizinhos fator que tem impacto direto no planejamento e aplicação dos recursos da saúde.

A Casa de Saúde Adília Maria (CSAM) busca organizar um sistema municipal de saúde integrado, com comunicação entre os vários níveis e pontos de atenção à saúde, coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a Estratégia Saúde da Família seu principal eixo estruturante e que permitisse responder com efetividade, eficiência, segurança e qualidade às condições de saúde da população: as Redes de Atenção à Saúde (RAS) fortalecendo o serviço prestado no HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA através do objetivo de cada unidade de saúde.

Esse sistema que procura integrar todos os serviços tem o seguinte conceito, definido pelo

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



Ministério da Saúde: "Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".

Na estruturação das RAS é necessário garantir a organização:

1. Dos níveis de atenção (Primário, Secundário, Terciário);
2. Dos sistemas logísticos (registro eletrônico, cartão de identificação do usuário, sistema regulado, transporte sanitário);
3. Dos sistemas de apoio (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação à Saúde).

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Outra dimensão importante que merece destaque é que todas as ações devem ser executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo.

Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam:

- ✓ Estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde;
- ✓ Implementação de diretrizes e protocolos de atendimento;
- ✓ Definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários;
- ✓ Criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado.

O acesso aos serviços está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Isto requer análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos de educação permanente dos profissionais de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida à população.

II - OBJETO

É objeto deste plano e seus Anexos a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área de atuação de serviços de atenção à saúde, para **GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL - UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA.**

As Especificações Técnicas da Unidade de Saúde e Serviço, objeto desta contratação, em consonância com as políticas de Saúde do SUS e diretrizes da Casa de Saúde Adília Maria (CSAM), estão detalhadas no Item VII deste plano.

III- OBJETIVOS

Constitui finalidade deste plano a definição de parâmetros para contratação de Organização Social para o gerenciamento e execução das atividades e serviços da Rede de Atenção à Saúde Municipal - Unidade de Atenção Especializada HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



ADILIA MARIA, conforme especificações, quantitativos, regulamentação e obrigações detalhadas ao longo deste plano, levando sempre em consideração:

(i) Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme este plano;

(ii) Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde Municipal, através da integração dos sistemas de informação em nível secundário.

A Organização Social contratada deverá atuar como parceira da CSAM, e oferecer as condições necessárias ao alcance dos objetivos definidos no Contrato de Gestão.

A Prefeitura Municipal de BOA VIAGEM/CE busca a gestão das atividades com o foco nos seguintes objetivos:

- Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- Maior agilidade para operacionalização dos serviços;
- Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços;
- Utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- Priorização da avaliação por resultados.

IV- JUSTIFICATIVAS

A construção de um modelo orgânico-institucional para o setor público no município suficientemente flexível para permitir o planejamento das ações a partir de políticas públicas bem definidas onde se possam antever o resultado da assistência a ser oferecida aos usuários constitui busca incessante da gestão municipal a todos os níveis.

Em visão clara e objetiva, sabe-se que na formulação de uma política de saúde, a estrutura organizacional para garantir o cumprimento do preceito constitucional será montada adequadamente às condições do meio a que se destina.

A contratualização dos serviços de saúde deve ter como objetivo uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde da população, por meio de uma prestação de serviços eficiente e de qualidade, com um processo bem definido. Esse processo busca estabelecer uma relação clara e objetiva, definindo, a partir de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população.

No Brasil, a "contratualização de resultados" foi adotada como um dos instrumentos da reforma do Estado. O "acordo de resultados" representa um instrumento de negociação entre dirigentes, para fixar compromisso com resultados a serem alcançados em troca da ampliação de algum grau de autonomia para entidade que assume o compromisso - iniciando pela definição clara de missão da entidade.

Diante do exposto e em busca de resultados que demonstrem melhor desempenho, produtividade e qualidade obtidos pela Unidade de Saúde - HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA, esta Casa de Saúde Adília Maria opta por um modelo de gestão por meio de parceria com Organizações Sociais de Saúde - O.S.S.

Este modelo é objeto de inúmeras análises e estudos, que apontam vantagens quanto à agilidade, autonomia administrativa e desempenho. Dentre estes estudos citamos dois, o primeiro realizado pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e o segundo realizado pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, ambos em 2017, que apontam uma maior

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



eficiência dos equipamentos geridos por O.S.S. em comparação com equipamentos geridos diretamente pelo Estado ou Municípios.

A expansão do modelo gerencial por O.S.S. busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, e à Casa de Saúde Adília Maria - CSAM e a Prefeitura de BOA VIAGEM/CE, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação.

Dessa forma o principal objetivo da CSAM é induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão integrada, rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para poder alcançar melhores resultados.

O modelo de gestão que deverá iniciar é inovador, visando dar continuidade a construção de uma rede assistencial estrategicamente integrada, planejada, ágil e flexível, horizontalizada hierarquicamente, envolvendo a participação dos funcionários.

V- DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

O recurso financeiro do primeiro ano destinado ao financiamento do custeio dos serviços previstos neste Plano/Termo de Referência importará no valor máximo mensal estimado de R\$ 885.000,00 (oitocentos e oitenta e cinco mil reais), sendo o valor global máximo estimado de custeio para os 12 (doze) meses no montante de R\$ 10.620.000,00 (dez milhões seiscentos e vinte mil reais).

O valor global máximo de investimento durante toda vigência do contrato será de R\$ 10.620.000,00 (dez milhões seiscentos e vinte mil reais) a ser utilizado quando necessário, de comum acordo entre o Contratado e a Contratante.

Desta forma o valor global máximo do Contrato de Gestão a ser firmado durante os **12 (doze) meses de sua vigência** corresponderá a importância total de **R\$ 10.620.000,00 (dez milhões seiscentos e vinte mil reais)**.

A origem do recurso destinado ao financiamento do Contrato de Gestão a ser firmado será tripartite, ou seja, proveniente do Município, Estado e União, previsto nas seguintes dotações orçamentárias: 1401.10.302.0017.2.079 e elemento de despesa nº 33.90.39.00

VI - DA AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL A SER SELECIONADA

1) Pontuação relativa à avaliação da EXPERIÊNCIA

Este item será pontuado através da apresentação de documentos originais que comprovem a experiência da Organização Social na execução de serviços de natureza semelhante ao objeto desta contratação.

Para finalidade de avaliação deste critério será considerada a experiência através da apresentação dos Contratos firmados, conforme especificação constante do edital.

2) Pontuação relativa à avaliação da QUALIDADE

Para finalidade de avaliação deste critério será considerada a qualidade dos serviços prestados pela Entidade, de acordo com o item 13.1.1.

3) Pontuação relativa ao DOCUMENTO TÉCNICO

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



Este item será pontuado conforme a apresentação dos elementos já relacionados nos edital. Se presentes os prepostos dos participantes à sessão, a Proposta Técnica será encaminhada à Casa de Saúde Adília Maria, a qual, por intermédio da comissão, analisará cada proposta e emitirá a pontuação de cada, nos moldes dos critérios descritos no presente edital.

Caso não estejam presentes os prepostos dos participantes, ocorrerá a publicação do resultado final nos mesmos meios em que se deu a publicação primeira, iniciando-se o prazo de 05 (cinco) dias úteis para a entrega à Comissão de Seleção das razões da recorrente, no primeiro dia útil seguinte à publicação.

Após a publicação/divulgação do julgamento de eventuais recursos, a presente chamada pública será encaminhada para homologação.

O resultado final do julgamento da presente Chamada Pública será divulgado com a publicação nos meios de publicidade legal, sem prejuízo da divulgação em outros meios que entenda adequado, restando a organização social melhor classificada apta a firmar o contrato de gestão. Salientamos que tal contrato de gestão dependerá, ainda, do contido na legislação específica, Lei Municipal nº 1434/2021, de 28 de abril de 2021 e Decreto Municipal nº 59/2021, de 24 de maio de 2021.

VII - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELA O.S.:

A CONTRATADA deverá obrigá-se a executar os serviços detalhados na descrição técnica deste item assim como em manter o número mínimo de profissionais estabelecido no referido documento.

Este item apresenta informações para elaboração do PROGRAMA DE TRABALHO, contendo descrições dos serviços assistenciais. Estas informações deverão ser complementadas com a Vistoria Técnica.

Para realizar a Vistoria Técnica a O.S. participante deverá comparecer à CSAM para a retirada de autorização, sendo que esta autorização tem por finalidade permitir que as entidades participantes conheçam as condições das instalações físicas, de infraestrutura, de recursos humanos das Unidades de Saúde onde deverão executar as ações previstas, sendo condição essencial para a elaboração do PROGRAMA DE TRABALHO, Anexo II a este termo.

A organização e o processo de trabalho das unidades de saúde devem contemplar estar orientados pelas diretrizes técnicas assistenciais e programáticas prioritizadas no planejamento da CSAM, conforme modalidades de atenção e estrutura da rede, descritas neste termo, assim como pelas necessidades identificadas na interlocução com as áreas técnicas. É diretriz essencial que a unidade e os serviços gerenciados pela Organização Social (O.S.) integrem as redes de cuidado e os sistemas de regulação municipal.

Além dos serviços elencados a O.S. deverá introduzir uma metodologia da gestão da qualidade, seus conceitos e princípios por meio de um conjunto de processos, capazes de dotar a Unidade de Saúde, de ferramentas e instrumentos que possibilitem a melhoria de desempenho de seus serviços, buscando a Acreditação dos serviços por Instituições Acreditoras Credenciadas - IAC, pela Organização Nacional de Acreditação - ONA. Para isso, a O.S. deverá em até 90 dias após a assinatura do contrato, estruturar Escritório da Qualidade objetivando a gestão da qualidade nas unidades de saúde. A partir dessa data as Unidades contempladas por este termo terá um período de vinte e quatro meses para estarem acreditadas por Instituição reconhecida, e posteriormente manter os processos que garantam a continuidade das acreditações.



A CSAM vem também, através deste termo de referência em busca do aperfeiçoamento dos processos, da responsabilidade na gestão financeira e da governança ética, possibilitando dessa forma uma gestão mais eficiente da nossa Unidade. Para tanto, um dos serviços a ser contemplado pelo Contrato de Gestão a ser firmado, objeto deste Termo de Referência, é a busca de parceria estratégica que apoie o desenho e implantação do modelo de gestão e assistencial do Hospital Municipal Casa Odília Maria, contempladas neste termo, além de realizar um diagnóstico situacional da Rede Hospitalar do município.

1) Características Gerais dos Serviços Contratados

A O.S.S. CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme a unidade hospitalar.

O Serviço de Admissão ou Recepção/Acolhimento da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

A. Assistência Secundária Hospitalar

Em caso de hospitalização, a CONTRATADA fica obrigada a internar o paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes, por meio da Central de Regulação, aos serviços de saúde do SUS instalados na rede de atenção à saúde de sua referência.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no SIH- Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Nos processos de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS — Sistema Único de Saúde;
- Procedimento e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipes interdisciplinares, que atendam as linhas de cuidado definidas pela CONTRATANTE;
- Utilização do Bloco Cirúrgico e/ou Obstétrico;
- Insumos necessários para atendimento às linhas de cuidado contempladas neste Termo;



- Hospitalização em enfermarias, unidades fechadas ou isolamentos, quando necessário devido às condições especiais do paciente;
- A acomodação de acompanhantes deverá seguir as normas que dão direito à presença de acompanhante que estão previstas na legislação que regulamenta o SUS – Sistema Único de Saúde;
- Suporte transfusional de acordo com as normas do SUS;
- Procedimentos terapêuticos complementares que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada e linhas de cuidado definidas neste plano/termo, respeitando a complexidade do HOSPITAL.

B. Hospital Dia

A assistência em regime de Hospital dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria nº. 44/GM em 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

C. Atendimento a Urgência/Emergência Hospitalares

Serão considerados atendimentos de urgência/emergência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência e Emergência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48h (quarenta e oito).

1. Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.
2. Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", deverá atender à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela CSAM durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Para efeito de produção contratada/realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência/emergência independente de gerar ou não uma hospitalização.

D. Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico – SADT

O acesso aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela CSAM e contratada.

Esta atividade se refere a todos os procedimentos diagnósticos e de apoio ao tratamento de patologias e que serão oferecidas aos pacientes internos do HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA - BOA VIAGEM sob a administração da O.S.S..

No caso do SADT externo o paciente será encaminhado e agendado via central de marcação de acordo com as vagas ofertadas.

Os Serviços de Laboratório e Serviços de Imagem (SADT Interno) serão ofertados pela CONTRATADA e CONTRATANTE, seguindo os moldes e parâmetros praticados em contratos. Algum serviço extra será previsto no contrato de gestão.

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



E. Programas Especiais e Novas Especialidade de Atendimento

Se, ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre os contratantes, existir a necessidade de realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades deverão ser previamente autorizadas pela CONTRATANTE após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através do Termo Aditivo ao presente contrato e revisão das metas estabelecidas.

VIII- CONDIÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO

Para elaboração do **PROGRAMA DE TRABALHO**, a Organização Social da Saúde - O.S.S. deverá comparecer à **CSAM** para o recebimento da **AUTORIZAÇÃO de VISTORIA TÉCNICA**. Esta autorização tem por finalidade permitir que as entidades proponentes conheçam as condições das instalações físicas, de infraestrutura, de recursos humanos das Unidades de Saúde onde deverão executar as ações previstas no plano/Termo de Referência, sendo condição essencial para a elaboração do **PROGRAMA DE TRABALHO e PROPOSTA FINANCEIRA**.

As Vistorias Técnicas serão devidamente comprovadas por meio do **ATESTADO DE COMPARECIMENTO** que deverá ser assinado pelo **GESTOR** da Unidade visitada e comprovará a realização obrigatória dessa atividade em todas as unidades objeto do Chamamento.

Não serão reconhecidos como oficiais os atestados que sejam entregues em formatos distintos dos impressos originais entregues pela Assessoria Técnica, bem como, que estejam de alguma forma, incompletos quanto aos itens de preenchimento.

O **PROGRAMA DE TRABALHO**, compreendendo os meios e recursos necessários para execução das atividades previstas, em atendimento às condições deste plano/Termo de Referência deverá ser elaborado de acordo com os itens abaixo:

a) Descrição técnica das diferentes atividades assistenciais previstas, por tipo de serviços e unidades, devendo abordar o perfil assistencial da Unidade e o detalhamento das ações de saúde de todos os serviços contratados, segundo normativas, protocolos e diretrizes mencionados no plano/Termo de Referência.

b) Especificação dos Recursos Humanos: a O.S.S. deverá apresentar o quadro completo de recursos humanos de cada serviço, unidade de saúde e da coordenação técnico-assistencial, apresentando o dimensionamento de pessoal a ser contratado, por categoria profissional, carga horária semanal e quantidades por Unidades e Serviços de Saúde, de forma que atenda além da equipe assistencial mínima descrita no plano/Termo de Referência, o pessoal técnico, administrativo e gerencial necessário para a execução de todas as atividades propostas.

A **PROPOSTA FINANCEIRA** deverá conter valores para o período de 12 (doze) meses, correspondentes ao primeiro ano de execução das atividades bem como para o período de 12 (doze) meses que poderá ser o prazo total de vigência do contrato a ser firmado, computados as despesas de custeio e investimentos, de toda a Unidade e Serviços de Saúde, objetos do contrato a ser firmado. A mesma deve conter os seguintes elementos:

a) PLANO ORÇAMENTÁRIO de Custeio e Investimentos para desenvolvimento das ações e serviços, correspondente ao total das despesas previstas de custeio e investimentos para a operação do contrato a ser firmado. Deverá ser elaborado um **PLANO ORÇAMENTÁRIO DE**



CUSTEIO E INVESTIMENTOS PARA A UNIDADE DE SAÚDE, objeto deste plano/Termo de Referência, contemplando todas as despesas previstas para implementação e execução das atividades. Deverá ser apresentado também o **PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS - CONSOLIDADO**, da unidade de saúde e serviços, objeto deste chamamento, contemplando as despesas previstas para implementação e execução das atividades que será considerado como sendo o valor global da proposta financeira da entidade participante;

b) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL em consonância com o cronograma de implementação e/ou execução das atividades estabelecidos no plano/Termo de Referência.

c) Identificação e assinatura do representante da entidade participante, descrição do valor total anual da proposta financeira (em reais) por extenso, bem como, data de validade da proposta que não poderá ser inferior a 90 (noventa) dias.

IX- SISTEMA DE INFORMAÇÃO

A O.S.S. CONTRATADA deverá:

- a) Compor equipe de operacionalização dos sistemas legados ou a serem implantados, devidamente qualificada e corretamente dimensionados para a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação nacionais do DATASUS;
- b) Treinar e capacitar continuamente a equipe na utilização dos equipamentos, visando melhorar os processos e procedimentos e minimizando prejuízos ao usuário;
- c) Operacionalizar e integrar os sistemas de informação em uso pela CSAM municipal;
- d) Garantir a informatização de toda a Unidade sob sua gestão, equipando, quando necessário, e mantendo os equipamentos já existentes possibilitando a operacionalização dos sistemas;
- e) Caso seja de interesse da CSAM a cessão de equipamentos, a contratada deverá manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela CSAM de Boa Viagem, inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, caso seja necessário (Manutenção Preventiva e Corretiva);
- f) Operacionalizar sistema que faça a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e do Município quer sejam de faturamento, quer sejam de acompanhamento de programas específicos e regulação, além de manter atualizado o CNES;
- g) Garantir a integração do sistema de informação utilizado na Unidade de Saúde mencionada neste plano/Termo de Referência com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde municipal se necessário;
- h) Submeter à aprovação da contratante qualquer mudança de sistemas já em funcionamento na Unidade aqui contratada;
- i) Atender as especificações da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), notadamente aquelas que constam no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES), versão 4.2, ou ainda, de documentos mais atuais dessa instituição;
- j) Assegurar à CSAM o acesso irrestrito e em tempo real aos sistemas informatizados a serem utilizados;
- k) Fornecer dados necessários para que a CSAM passe a Alimentar e atualizar os sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela CSAM com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma a evitar glosas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;
- l) A CONTRATADA deve garantir a elaboração, manutenção e atualização de um sistema de informação web de Business Intelligence (BI), em um prazo de 90 (noventa) dias, que realize as rotinas de cálculo automáticas de indicadores de desempenho e estratégicos atribuídos aos serviços aqui contratados e que permita acesso remoto da CSAM de BOA VIAGEM a todos os seguintes recursos: a. Visualização dos indicadores de desempenho em uma interface amigável

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



e customizável; b. Cálculo automático dos indicadores de desempenho e estratégicos; c. Relatórios e gráficos customizáveis permitindo a emissão de relatórios das variáveis do sistema em qualquer base de tempo; d. Banco de dados no qual ficarão armazenados todos os indicadores; e. Acesso ao sistema web por meio de usuário e senha. Os usuários poderão ter diferentes permissões de acesso, sendo que a gestão dos acessos será feita pela CSAM; f. Integração com ferramenta de Business Intelligence em código aberto.

m) A CONTRATADA deverá utilizar equipamentos de TI de configuração adequada ao parque tecnológico da unidade. Bem como, garantir recursos logísticos suficientes para o perfeito andamento dos trabalhos contratados. Deverão disponibilizar para suas equipes todos os equipamentos de informática (computadores, impressoras, *softwares*, *tablets*, etc.) e garantir sua manutenção e adequado funcionamento assim como prever nos gastos da unidade.

DA AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO E CONTRATAÇÕES

A **CONTRATADA** se responsabilizará pelo abastecimento de todos os insumos necessários à consecução dos serviços previstos, para toda a Unidade contemplada neste termo.

A **CONTRATADA** deverá ser responsável pela prestação dos seguintes serviços:

- Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação de toda a Unidade de Saúde;
- Gestão e guarda, conservação e manutenção predial, terreno e dos bens cedidos inventariados pela Prefeitura de Boa Viagem, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da Unidade contemplada neste plano/termo, tais como lavanderia, manejo e destinação de resíduos hospitalares, dentre outros;
- Vigilância;
- Esterilização;
- Limpeza e Asseio Predial;
- Manutenção Predial;
- Manutenção de Equipamentos;
- Serviço de Ouvidoria do equipamento;
- Outros cuja necessidade vier a ser identificada e autorizada pela **CONTRATANTE**.

A **CONTRATADA** poderá contratar serviços de terceiros, complementar e extraordinariamente, responsabilizando-se pelo recolhimento dos encargos daí decorrentes, no limite dos recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE**.

A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pelo pagamento do fornecimento de água, luz, telefone, internet, bem como todo de qualquer insumo e serviço necessário à gestão da Unidade objeto do Contrato ressalvando os custos com transporte oficial ou locado mantido na unidade hospitalar.

Reformas de natureza física ou estrutural das instalações fica sob responsabilidade da **CONTRATANTE** a execução e recurso financeiro.

A observância das cláusulas anteriores poderá, a qualquer tempo, ser comprovada pela **CONTRATADA**, por solicitação da **CONTRATANTE**, sob a pena de glosa dos recursos a serem pagos.

As atividades desenvolvidas deverão ser pautadas pelo acolhimento e humanização em todos os pontos de Atenção da Unidade.

A Unidade deverá possuir Rotinas Administrativas de Funcionamento e de Atendimento escritas,

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos de responsabilidade da O.S.S., que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

X- DA PERMISSÃO DE USO E ADMINISTRAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS

O Contrato de Gestão disporá sobre os Bens Móveis e Imóveis disponibilizados para a Organização Social (O.S.) mediante Termo de Permissão de Uso específico e determinado - Anexo XVI e XVII, emitido pela Casa de Saúde Adília Maria de Boa Viagem, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens e que deverá definir as responsabilidades da CONTRATADA, até a restituição dos bens ao Poder Público.

O Termo de Permissão de Uso especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da CONTRATADA quanto à sua guarda e manutenção.

Os equipamentos e instrumental necessário para realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições.

A CONTRATADA deverá comunicar à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta dias) após sua ocorrência, encaminhando as respectivas Notas Fiscais. O termo deverá constar no contrato de gestão.

Em caso de extinção ou desqualificação da O.S.S., bem como da finalização do Contrato de Gestão, o patrimônio, os legados e doações que lhe forem destinados e adquiridos com recursos oriundos do contrato de gestão deverão ser incorporados integralmente ao patrimônio do Município ou de outra O.S.S. qualificada na forma da lei e autorizada a recebê-los.

As benfeitorias realizadas na unidade de saúde gerida através do contrato de gestão pela CONTRATADA serão incorporadas ao patrimônio municipal, não importando sua natureza ou origem dos recursos.

A CONTRATADA responsabilizar-se-á pela manutenção preventiva e corretiva de forma contínua da unidade de saúde sob sua gestão, incluindo os equipamentos, instalações hidráulicas, elétricas, de gases em geral, equipamentos de comunicação, dentre outros, que porventura sejam utilizados para consecução dos objetivos do contrato de gestão.

XI- GESTÃO DE PESSOAS

A CONTRATADA deverá contratar o pessoal necessário e suficiente para a execução das atividades previstas no contrato de gestão, inclusive a equipe assistencial mínima, conforme descrita no Anexo V, considerando os servidores da Casa de Saúde Adília Maria, bem como as férias e licenças dos mesmos para o caso de substituição.

A contratação de pessoal deverá respeitar às legislações pertinentes ao formato do vínculo, não gerando vínculo empregatício com a CONTRATANTE.

A contraprestação a ser percebida pelos dirigentes e pessoal vinculado à CONTRATADA não poderá exceder a média de valores praticados no mercado.

A CONTRATADA deverá responsabilizar-se pelo recolhimento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto do contrato, devendo ainda neste contexto, utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes; contratar serviços de terceiros, sempre que necessário,



responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes; responsabilizar-se perante ~~pacientes~~ por eventual indenização de danos materiais e morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à CONTRATADA.

A CONTRATANTE colocará à disposição da CONTRATADA, servidores públicos de seu quadro de pessoal permanente, sendo garantidos aos mesmos todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedado o pagamento de qualquer vantagem que vier a ser paga pela CONTRATADA aos vencimentos ou à remuneração de origem dos servidores à disposição.

A CONTRATADA assumirá todos os servidores que porventura estejam lotados nas unidades de saúde sob sua gestão, porém nos casos em que o servidor faça a opção de ser transferido para um equipamento sob administração direta do município, assim como nos casos de afastamento por aposentadoria, licença, dentre outros, a OSS deverá realizar a substituição do mesmo, garantindo dessa forma a equipe mínima da unidade, conforme estabelecido neste Termo de Referência.

A CONTRATADA deverá manter controle do ponto biométrico de frequência de todos os profissionais em serviço na unidade, mantendo sob sua guarda para eventual solicitação por parte da CONTRATANTE.

A CONTRATANTE poderá fornecer mecanismo de controle de ponto eletrônico que poderá ser utilizado pela CONTRATADA, quando a mesma não possuir mecanismos próprios.

A CONTRATADA deverá apurar eventual falta funcional de seus colaboradores e demais prestadores de serviços na execução deste contrato e impor-lhes a sanção devida.

Ficará a cargo da CONTRATADA dimensionar as equipes de apoio administrativo e logístico de suporte aos serviços.

Não poderão ser contratadas, com recursos repassados pela CONTRATANTE, pessoas físicas ou jurídicas que estejam impedidas de contratar com a Administração Pública.

A CONTRATADA fica ciente de que é vedada a contratação dos membros de sua Diretoria e do Conselho de Administração e respectivos cônjuges, companheiros e parentes colaterais ou afins até o terceiro grau, bem como de pessoa jurídica das quais estes sejam controladores ou detenham mais de 10% (dez por cento) das participações societárias, para prestar serviços objetos do contrato de gestão.

A CONTRATADA, nos termos da lei, afixará nas unidades de saúde por ela gerenciadas, em local visível, a lista dos profissionais em serviço no período, devendo informar a Coordenação dos Contratos de Gestão/Supervisão Técnica as eventuais ausências.

Mensalmente, a CONTRATADA encaminhará à CONTRATANTE a relação nominal dos colaboradores vinculados a este contrato, bem como as respectivas produções/remunerações.

A CONTRATADA deverá apresentar **Plano de Educação Permanente**, com periodicidade anual, que contemple os profissionais das unidades por ela gerenciadas, até (três) meses da assinatura do contrato de gestão.

XII- OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ORGANIZAÇÃO CONTRATADA

A O.S.S. contratada terá as seguintes obrigações:

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



1. Deverá executar os serviços previstos neste plano/Termo de Referência com plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas pela Casa de Saúde Adília Maria de Boa Viagem por meio de suas portarias e protocolos, da legislação referente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e dos diplomas legais, cabendo-lhe:

1.1. Executar as atividades e serviços de saúde especificados neste plano/Termo de Referência e seus Anexos e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS, especialmente o disposto na Lei Federal n.8080, de 19 de setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto da Presidência da República n. 7.508 de 28 de junho de 2011, em especial os seguinte:

1.1.1. Universalidades de acesso aos serviços de saúde;

1.1.2. Integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do SUS existentes no município;

1.1.3. Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

1.1.4. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

1.1.5. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

1.1.6. Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

1.1.7. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização;

1.1.8. Garantia de todas as instâncias formais nos termos da legislação pertinente para a participação da comunidade;

1.1.9. Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;

1.1.10. Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

1.1.11. Laicidade na prestação dos serviços de saúde, com observância das diretrizes do SUS e da Casa de Saúde Adília Maria, independentemente das convicções religiosas da CONTRATADA;

1.1.12. Garantia da presença de um acompanhante em tempo integral, nas internações de crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso;

1.1.13. Informação aos pacientes sobre seus direitos como usuários dos serviços e das ações de saúde, de acordo com as disposições contidas nas portarias do Ministério da Saúde nº 1286 de 26/10/93 e nº 74 de 04/05/94, bem como, as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, edemais legislações pertinentes;

1.1.14. Observância, em respeito ao fomento público, dos princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade, eficiência, motivação, finalidade, razoabilidade, proporcionalidade e submissão ao efetivo controle administrativo.

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



2. A CONTRATADA deverá executar os termos deste com plena observância das diretrizes especificadas pela CSAM;

2.1. A CONTRATADA obrigará-se a não só a observar a legislação disciplinadora do SUS, mas também a legislação municipal e as normas e diretrizes técnicas da CONTRATANTE por meio de suas portarias e protocolos;

2.2. As orientações técnicas referentes à prestação dos serviços poderão ser alteradas pela CONTRATANTE, obrigando a CONTRATADA apenas após a devida comunicação da alteração;

2.3. Configurada a hipótese do item anterior, o cumprimento das normas técnicas da administração Municipal somente gerará a revisão de metas estabelecidas e/ou revisão do repasse de recursos, quando da demonstração documentada pela CONTRATADA de que as novas normas estabelecidas gerem custos adicionais ou inferiores aos previstos no PROGRAMA DE TRABALHO e, da aprovação pela CONTRATANTE;

2.4. A CONTRATADA deverá participar dos processos de integração territorial entre os equipamentos de saúde e equipes na região, visando a melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública, de acordo com diretrizes a serem estabelecidas pela CONTRATANTE por meio de suas portarias e protocolos;

2.5. A CONTRATADA deverá, na unidade de saúde, apoiar a realização de práticas educativas, projetos e programas de formação desenvolvida pela CSAM;

2.6. A CONTRATADA deverá permitir o integral acesso ao estabelecimento de saúde por ela gerenciado aos servidores indicados pela CONTRATANTE e aos membros dos diferentes conselhos de saúde devidamente identificados;

2.7. A CONTRATADA deverá adotar todas as medidas necessárias para que o Gestor Público deste e sua equipe, indicados pela CONTRATANTE, assim como as demais instâncias fiscalizadoras, acessem todas as informações de posse da CONTRATADA resultantes da execução do objeto deste contrato;

2.8. A CONTRATADA deverá disponibilizar todas as informações assistenciais e financeiras, de acordo com critérios e periodicidade estabelecidos pela CONTRATANTE e sempre que solicitadas para a realização do acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde contratados, colaborando com a fiscalização no emprego de recursos públicos e no integral cumprimento deste termo de referência;

2.8.1. A apresentação das informações nos prazos fixados pela CONTRATANTE não exige a CONTRATADA de apresentar as informações requeridas durante a execução do CONTRATO DE GESTÃO;

2.8.2. A CONTRATADA deverá manter atualizados os dados referentes aos sistemas de informação da CSAM e do DATASUS (SIGA, SAÚDE, GSS, SAI, SIH, CNES, SIS RH) e os respectivos prazos estabelecidos pela CSAM e pelo Ministério da Saúde, bem como outros que vierem a ser exigidos pela CONTRATANTE para a alimentação dos sistemas, e todos os seus componentes;

2.8.3. A CONTRATADA deverá igualmente atender todas as solicitações para a implantação de novos sistemas de informação pela CSAM, AHM ou DATASUS. Em caso de geração de novos custos de aquisição, implantação e/ou manutenção destes, deverá a CONTRATADA apresentar documentação pertinente e PROGRAMA DE TRABALHO que será avaliado pela

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



CONTRATANTE, e poderá implicar em revisão do repasse de recursos;

2.8.4. A CONTRATADA deverá manter atualizados, nos prazos estabelecidos pela CONTRATANTE, os dados do sistema de prestação de contas técnico-assistenciais e financeiras;

2.9. A CONTRATADA deverá se submeter à legislação trabalhista, inclusive as normativas que disciplinam segurança e medicina do trabalho e prevenção de acidentes, em especial as Normas Regulamentadoras nº 32 e nº 7, devendo:

a) Implantar e garantir o funcionamento do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), em cumprimento a NR4;

b) Implantar e garantir o funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), em cumprimento a NR5, bem como de outras comissões que a CONTRATANTE julgar oportuno;

c) Em ambos os casos deverá a entidade contratada permitir e incentivar a participação dos representantes dos empregados e empregadores, conforme explicitado na legislação respectiva.

2.10. A CONTRATADA deverá manter efetiva articulação entre os equipamentos de saúde e as equipes, que compõem as redes de saúde, assegurando a continuidade do processo assistencial de modo que seja reconhecido como tal pelo próprio usuário, de acordo com os seguintes critérios:

a) Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contras-referências estabelecidas pela CSAM;

b) Utilização dos protocolos estabelecidos pela CSAM sobre a informação clínica necessária, da rede básica até a atenção especializada de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;

c) Utilização de rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados.

2.11. A CONTRATADA poderá instalar e utilizar sistema de informação referente às ações de assistência em qualquer unidade da rede por ela gerenciada, desde que previamente aprovado pela CONTRATANTE.

2.12. Manter na Unidade de Saúde o "Serviço de Atendimento ao Cidadão", que analisará o nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados nas Unidades;

2.13. Atender às solicitações da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do sistema informatizado Ouvidor SUS, no prazo determinado pelo referido Órgão;

2.14. Prestar esclarecimentos à Secretaria Municipal de Saúde, por escrito, sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a CONTRATADA, independentemente de solicitação;

2.15. Estimular a participação dos colaboradores da O.S.S. nos Conselhos de Saúde em todas as instâncias, Local, Regional e Municipal;

2.16. Manter durante toda a execução contratual, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Chamada Pública;

2.17. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à contratante ou a terceiros,

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



decorrentes da sua culpa ou dolo, quando da execução do objeto, não podendo ser arguido para efeito de exclusão ou redução de sua responsabilidade o fato de a contratante proceder à fiscalização ou acompanhar a execução contratual;

2.18. Responder por todas as despesas diretas e indiretas que incidam ou venham a incidir sobre a execução contratual, respondendo obrigatoriamente pelo fiel cumprimento das leis aplicáveis.

2.19. Prestar imediatamente as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela contratante, salvo quando implicarem em indagações de caráter técnico, hipótese em que serão respondidas em prazo previamente acordado;

2.20. Substituir ou reparar o objeto contratual que comprovadamente apresente condições de defeito ou em desconformidade com as especificações desse termo, no prazo fixado pelo(s) órgão(s), contando da sua notificação;

2.21. Cumprir, quando for o caso, as condições de garantia do objeto, responsabilizando-se pelo período oferecido em sua proposta técnica, observando o prazo mínimo exigido pela Administração;

2.22. Os serviços deverão obedecer às prescrições e exigências contidas nas especificações deste plano/Termo de Referência, bem como todas e quaisquer normas ou regulamentações intrínsecas ao tipo de fornecimento;

2.23. Providenciar a substituição de qualquer profissional, cuja conduta seja considerada indesejável pela fiscalização da contratante;

2.24. Contratar e pagar o pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às suas atividades, ficando como único responsável pelo custo, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a CSAM de quaisquer obrigações, presentes ou futuras.

2.25. Observar, na prestação dos serviços:

- a) Respeito aos direitos dos Usuários, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- b) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- c) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos Usuários;
- d) Esclarecimento dos direitos aos usuários quanto aos serviços oferecidos;
- e) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade.

2.26. Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias e apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

2.27. Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes;

2.28. Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, devendo afixar aviso, em lugar visível, assim como da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

2.29. Administrar, manter e reparar os bens móveis e imóveis públicos, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do contrato até sua restituição à CSAM;



2.30. Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela CSAM, inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, caso seja necessário, de forma a realizar as atividades contratadas;

2.31. Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas;

2.32. Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público;

2.33. Dar conhecimento imediato à CSAM de todo e qualquer fato que altere de modo relevante o normal desenvolvimento do contrato, ou que, de alguma forma interrompa a correta prestação do atendimento aos Usuários;

2.34. Implementar metodologia da gestão da qualidade, seus conceitos e princípios por meio de um conjunto de processos, capazes de dotar as unidades de saúde, de ferramentas e instrumentos que possibilitem a melhoria de desempenho de seus serviços;

2.35. Registrar, acompanhar e comprovar as atividades realizadas nos Sistemas de Informação Municipal, prontuário eletrônico, sistemas oficiais do Ministério da Saúde, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados. Caso o contratado opte por desenvolver sistema próprio, este deverá satisfazer às especificações da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive com exportação dos dados para o sistema do Município e Ministério da Saúde e manter backup das informações.

2.36. Adotar uma identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, assim como assegurar a frequência e pontualidade, com a manutenção do sistema de controle de ponto por via eletrônica, devendo ser adotados mecanismos que impeçam quaisquer fraudes na marcação do registro, bem como a boa conduta profissional;

XIII - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços do presente plano/Termo de Referência, a CONTRATANTE compromete-se a:

1.1. Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste termo;

1.2. Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste termo de referência, fazendo o repasse mensal à CONTRATADA, nos termos do disposto neste e conforme as disponibilidades orçamentárias;

1.3. Programar no orçamento do Município os recursos necessários nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo I — Sistemática de Liberação de Parcelas, que integra este instrumento;

1.4. Ressarcir as despesas e/ou encargos financeiros e/ou prejuízos decorrentes de eventual atraso nos repasses financeiros, desde que tal atraso não seja provocado, por qualquer motivo, pela CONTRATADA;

1.5. Permitir o uso dos bens móveis e imóveis especificados no Termo de Permissão de Uso;

1.6. Inventariar os bens referidos no item anterior desta Cláusula, anteriormente à

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ N° 07.963.515/0001-36 | CGF N° 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



formalização dos Termos de Permissão de Uso;

1.7. Para efeitos de inventário e registro, realizar, de modo prévio ao efetivo gerenciamento por parte da CONTRATADA, levantamento patrimonial, estrutural e dos documentos e informações financeiros, contábeis, previdenciários, trabalhistas e jurídicos, bem como relatório das condições dos equipamentos médico-hospitalares em uso nas Unidades;

1.8. 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;

1.9. Desenvolver controle, avaliação e fiscalização do Contrato através de setor específico designado pela Secretaria Municipal de Saúde;

1.9.1. Nomear a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão, para atuar no controle e acompanhamento da execução dos serviços realizados pela O.S.S, devendo conter a participação de dois membros do Conselho Municipal de Saúde, eleitos em plenária, nessa comissão, todos constituídos conforme os critérios estabelecidos na legislação pertinente.

XIV- METAS DO CONTRATO DE GESTÃO

As metas estipuladas para acompanhamento do Contrato de Gestão a ser firmado serão divididas em dois grupos, conforme descritos abaixo.

1) Metas de Produtividade/Assistencial

Para análise destas metas serão selecionados procedimentos do rol das atividades a serem desenvolvidas para composição de metas de produção por linhas de serviços. No conjunto de procedimentos selecionados serão aplicados parâmetros, conforme diretrizes das Áreas Técnicas envolvidas, para o cálculo da meta de produção com impacto financeiro.

ACOMPANHAMENTO MENSAL: A produção assistencial deverá ser acompanhada MENSALMENTE pelo Gestor do Contrato, considerando as atividades realizadas frente às metas estabelecidas para cada linha de serviço.

1.1. **AValiação da Produção** A **AValiação** dessa meta será realizada TRIMESTRALMENTE por ocasião da reunião da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão – CAACG.

2) Metas de Qualidade

A aferição da qualidade é realizada a partir do acompanhamento de indicadores classificados e apresentados conforme como Indicadores de Qualidade.

AValiação e Pontuação dos Indicadores de Qualidade: As Metas de Qualidade serão avaliadas e pontuadas por meio dos indicadores estabelecidos em Matriz de Indicadores de Qualidade e Quadro Explicativo da Matriz de Indicadores de Qualidade.

PERIODICIDADE: A **AValiação** dos indicadores de qualidade, com valoração dos resultados, será realizada TRIMESTRALMENTE pela CAACG.

XV- AVALIAÇÃO DO RESULTADO OBTIDO PELAS METAS

A nota atribuída ao indicador (AÇÃO) será calculada pela relação percentual entre o valor

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



esperado e o valor obtido e deverá culminar na distribuição conceitual a seguir Fis. 316

Rubrica g

Quadro: Atribuição de Notas	
Resultado Comprovado	Nota
>95% a 100%	10
> 85% até 94%	9
> 75% até 84%	8
> 40% até 74%	7
> 40%	6

Quadro: Avaliação dos Resultados	
Média	Conceito
9 a 10	Muito bom - Atingiu a totalidade ou quase a totalidade das metas compromissadas
8	Bom - Atingiu grande parte das metas compromissadas e seu desempenho pode melhorar
7	Regular - Atingiu parte das metas compromissadas com resultado suficiente
6	Insuficiente - não atingiu as metas compromissadas

XVI- SISTEMÁTICA DE LIBERAÇÃO DE PARCELAS

Os repasses dos valores a serem contratados terão as características e destinação, conforme definidas no PROGRAMA DE TRABALHO e seu Cronograma de Desembolso.

XVII- SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

As Metas (Produção e Qualidade) serão avaliadas trimestralmente, avaliações estas que serão consideradas para fins de desconto ou não no valor do repasse. Ressalte-se que todas estas metas serão acompanhadas de forma mensal, diferenciando-se apenas as suas avaliações em trimestral.

Cabe destacar também que estas metas serão avaliadas de maneira definitiva e passarão a serem consideradas para fins de descontos ou não, a partir do 4º (quarto) mês, contados do início do contrato, tendo em vista o período inicial de transição.

A Meta de Produção Assistencial a ser alcançada é de 85% (oitenta e cinco por cento) enquanto que para a Meta de Indicadores de Qualidade a ser atingida é de 100%. Estas duas metas são avaliadas trimestralmente, a avaliação do trimestre ocorrerá no 1º mês subsequente ao trimestre e caso ocorra o desconto esse acontecerá no 2º mês subsequente ao trimestre. A Avaliação do trimestre, avaliará os 3 meses correspondentes, caso dentro deste período um ou mais meses não tenham atingido o percentual esperado haverá o desconto proporcional daqueles meses.

XVIII- RELATÓRIOS COMPLEMENTARES A SEREM ENCAMINHADOS À CONTRATANTE MENSALMENTE

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ N° 07.963.515/0001-36 | CGF N° 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



As Metas (Produção e Qualidade) serão avaliadas trimestralmente, avaliações estas que serão consideradas para fins de desconto ou não no valor do repasse. Ressalte-se que todas estas metas serão acompanhadas de forma mensal, diferenciando-se apenas as suas avaliações em trimestral.

Cabe destacar também que estas metas serão avaliadas de maneira definitiva e passarão a serem consideradas para fins de descontos ou não, a partir do 4º (quarto) mês, contados do início do contrato, tendo em vista o período inicial de transição.

A Meta de Produção Assistencial a ser alcançada é de 85% (oitenta e cinco por cento) enquanto que para a Meta de Indicadores de Qualidade a ser atingida é de 100%. Estas duas metas são avaliadas trimestralmente, a avaliação do trimestre ocorrerá no 1º mês subsequente ao trimestre e caso ocorra o desconto esse acontecerá no 2º mês subsequente ao trimestre. A Avaliação do trimestre, avaliará os 3 meses correspondentes, caso dentro deste período um ou mais meses não tenham atingido o percentual esperado haverá o desconto proporcional daqueles meses.

XIX- SUPERVISÃO, AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

A Supervisão, avaliação e acompanhamento dos serviços, executados pela contratada, serão realizados pela Casa de Saúde Adília Maria, que acompanhará a execução do referido derivado deste termo.

Haverá um Gestor do Contrato, especialmente designado pela CONTRATADA para prestar as informações solicitadas para a CSAM desempenhar a atividade de Supervisão, avaliação e acompanhamento dos serviços.

O Gestor do Contrato é responsável por emitir as autorizações, receber e encaminhar os documentos e atividades técnicas, e autorizar os pagamentos correspondentes pela contratada e gerenciar a unidade de forma compartilhada com núcleo gestor existente.

Além do Gestor do Contrato haverá uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão, constituída pela Ordenador(a) de Despesas da Casa de Saúde Adília Maria, devendo conter também a participação de dois membros do Conselho Municipal de Saúde nessa comissão além de membros da CSAM, todos constituídos conforme os critérios estabelecidos na legislação pertinente, cujas atribuições corresponderão à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, ou a comissão de avaliação do contrato será constituída pela Lei Municipal e Decreto Municipal.

A citada verificação se refere ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA e restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas, com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, considerando ainda, a regularidade no repasse dos recursos à O.S., os quais serão consolidados pela instância responsável da CONTRATANTE e encaminhados aos membros da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

Os relatórios mencionados serão encaminhados a Ordenador(a) de Despesas da Casa de Saúde Adília Maria para subsidiar a decisão do Prefeito Municipal acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.



A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Auditoria do SUS, Conselho Municipal de Saúde de Boa Viagem e Comissão da CSAM designada para acompanhamento do Contrato de Gestão. Toda avaliação será atribuída uma nota ao indicador (AÇÃO) que será calculada pela relação percentual entre o valor esperado e o valor obtido.

Visando o acompanhamento e avaliação do **CONTRATO DE GESTÃO** e o cumprimento das atividades estabelecidas no mesmo, o **CONTRATADO** deverá encaminhar mensalmente, até o dia 10 de cada mês, a documentação informativa à relatórios financeiros, à **CONTRATANTE**.

A **CONTRATANTE** procederá ao acompanhamento mensal dos dados enviados pelo **CONTRATADO** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos.

Da análise acima referida poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao **CONTRATO DE GESTÃO**, na forma e limites estabelecidos em lei.

Os Termos Aditivos que venham a ser firmados, sejam estes para adição ou supressão dos serviços pactuados, serão estabelecidos na conformidade e nos limites do que dispõe a legislação que regula a matéria.

XX- DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DA TRANSIÇÃO

O prazo de vigência do Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, contados a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado em conformidade com os limites da lei, mediante justificativa do interesse público.

No período de transição para implantação das atividades correspondentes à data da ordem de início de execução do contrato, as metas quantitativas e qualitativas serão monitoradas para fins de acompanhamento. A partir do 1º dia do término do período de transição, inicia-se o controle e a fiscalização de cumprimento das respectivas metas para fins de impacto financeiro.

O período de transição se dará a partir do recebimento da ordem de início pela CONTRATADA, visando assegurar a regularidade e a continuidade dos serviços. Este período de transição terá duração de até 90 (noventa) dias.

ANALISE SITUACIONAL DO EQUIPAMENTO DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

População estimada: 54.577 pessoas [2020]

Área Territorial: 2.835,037km² [2020]

DADOS DO IBGE 2020.

NOME: CASA DE SAUDE ADILIA MARIA	CNES: 2479028
LOGRADORO: SAO VICENTE DE PAULA , Nº: 100	
BAIRRO: CENTRO CEP: 63.870-000	
MUNICÍPIO: BOA VIAGEM	CODIGO DO MUNICÍPIO: 230240
TIPO DE ESTABELECIMENTO: HOSPITAL GERAL	
GESTÃO: MUNICIPAL NATUREZA JURÍDICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signature]



CNPJ MANTENEDORA: 07.963.515/0001-36

NOME DA MANTENEDORA: PREF MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

TURNO DE ATENDIMENTO: ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA
(PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Fonte: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e SIA/SIH.

✓ **Atividade da unidade**

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	ATENÇÃO BÁSICA	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

✓ **Tipo de Atendimentos ofertados**

Tipo de Atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNAÇÃO	SUS
SADT	SUS
URGÊNCIA	SUS

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

✓ **Fluxo de clientela**

Atendimento de Demanda Espontanea

✓ **Instalações físicas para assistência**

Instalação	Qtde./ Consul tório	Leitos/Eq uipament os
AMBULATORIAL		
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	2	0
HOSPITALAR		

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ N° 07.963.515/0001-36 | CGF N° 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signature]



SALA DE RECUPERACAO	1	1
SALA DE PRE-PARTO	1	5
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CIRURGIA	2	0
LEITOS RN PATOLOGICO	0	0
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	12
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
SALA REPOUSO/OBSERVACAO MASCULINO	1	1
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	2
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

✓ Serviço de apoio

AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

[Handwritten signatures and stamps]



✓ **Serviços Especializados**

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			S U S	N ã o S U S	S U S	N ã o S U S
174	IMUNIZACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
14	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SI	NÃO	SI	NÃO

[Handwritten signatures and stamps]



0			M	O	M	O
1	SERVICO DE URGENCIA E	PROPRI	S	N	N	N
4	EMERGENCIA	O	I	Ã	Ã	Ã
0			M	O	O	O

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimnto de Saúde

✓ **Serviços e Classificação**

Código	Serviço	Classificação	Terceiros
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMO FUNC	NÃO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO
126 - 003	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA	NÃO
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS	NÃO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO
112 - 005	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	CENTRO DE PARTO NORMAL	NÃO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO



131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGI A	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NAO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NAO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NAO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFIC	NAO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NAO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NAO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NAO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NAO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NAO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIIS	NAO



145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NAO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NAO
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	NAO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NAO
174 - 002	IMUNIZACAO	GRUPOS ESPECIAIS	NAO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NAO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NAO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NAO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NAO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGI A	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NAO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGI A	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NAO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO	ULTRASONOGRAFIA	NAO



	POR IMAGEM		
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

100% dos serviços especializados ofertados na Casa de Saude Adilia Maria – Unidade hospitalar são Próprios de acordo com informação do CNES.

✓ **Comissões e Outros**

NOTIFICACAO DE DOENCAS
INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

✓ **Equipamentos/Rejeitos**

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X de 100 a 500 mA	2	1	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	5	5	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM
REFRIGERADOR	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	1	1	SIM
Equipamento de Fototerapia	1	1	SIM
Monitor de ECG	4	4	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	4	4	SIM
Respirador/Ventilador	9	9	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	1	1	SIM

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures]



EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Endoscopia Digestivo	1	1	SIM
----------------------	---	---	-----

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

✓ **Hospitalar – Leitos**

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
96 - SUPORTE VENTILATORIO PULMONAR - COVID-19	8	4
ESPEC - CIRURGICO		
03 - CIRURGIA GERAL	6	6
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	23	23
87 - SAUDE MENTAL	4	0
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	6	6
43 - OBSTETRICIA CLINICA	12	12
PEDIATRICO		
45 - PEDIATRIA CLINICA	19	19

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

A Casa de Saude Adilia Maria – Unidade hospitalar conta com 78 leitos, divididos nas clínicas: Médica, Cirúrgica, Obstetria (cirúrgica e clínica), Pediatria e leitos complementar de suporte ventilatório pulmonar – COVID-19 conforme apresenta o quadro acima. Observa-se que somente 70 leitos SUS.

RECURSO HUMAMOS - CASA DE SAUDE ADILIA MARIA

O quadro de trabalhadores de saúde hospitalar (Casa de Saude Adilia Maria), segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES conta com 93 servidores.

Quando ao vínculo empregatício, temos 57% (estatutário – servidor próprio) 32% dos trabalhadores de saúde (contrato por prazo indeterminado), 11% (cooperados, cargo comissionados e empregos público).

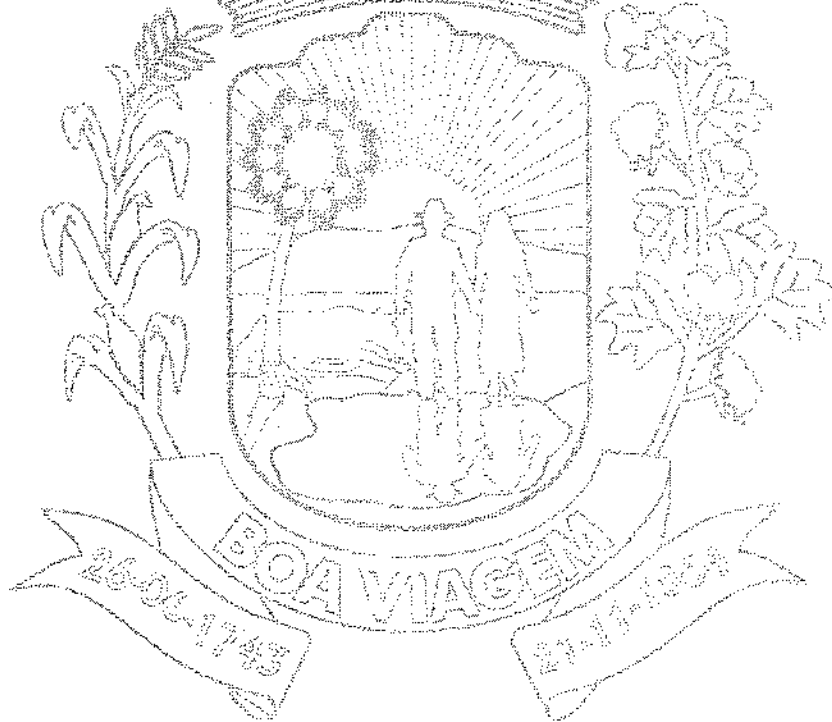
✓ **Número de profissionais por categoria**

CATEGORIA PROFISSIONAL	QDE
Diretor de servicos de saude	1
Gerente de servicos de saude	1
Farmacêutico	1
Farmacêutico analista clinica	1
Enfermeiro	17
Fisioterapeuta geral	4
Nutricionista	1
Médica pediatra	1
Médico clínico	10



Médico anesthesiologista	1
Médico cirurgiao geral	4
Médico ginecologista e obstetra	1
Médico oftalmologista	1
Médico ortopedista e tramautologista	1
Médico radiologista	1
Assistente social	2
Técnico de Enfermagem	35
Técnico de imobilização	2
Tecnico em radiologia	2
Tecnologo em radiologia	5
Assistente administrativo	1
Total	93

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde



Handwritten signatures and initials

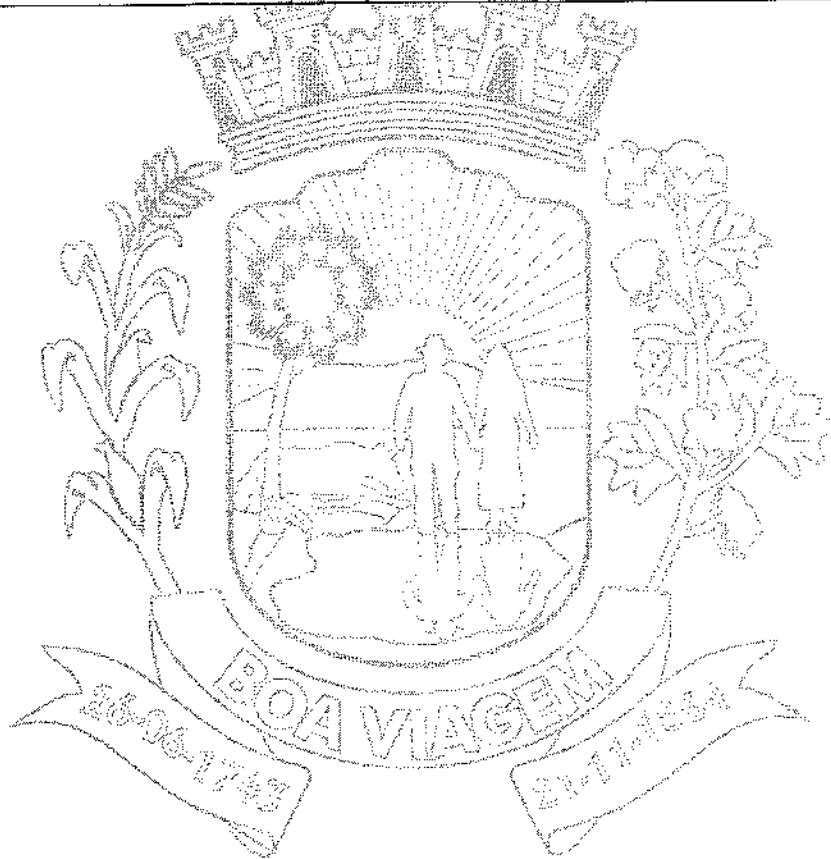


ANEXO II – RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE/SERVIÇOS

Segue relação das Unidades de Saúde e serviços inicialmente contemplados por este Termo de Referência, podendo ser acrescentadas outras Unidades através de termo aditivo.

Todos os serviços mencionados deverão ser ofertados obedecendo às diretrizes elaboradas pela CSAM.

Equipamentos/ Serviços	Endereço	Horário de Funcionamento
Hospital Municipal Casa Adília Maria	Rua São Vicente de Paula, 100 - Centro - Boa Viagem/CE	24h



[Handwritten signatures]

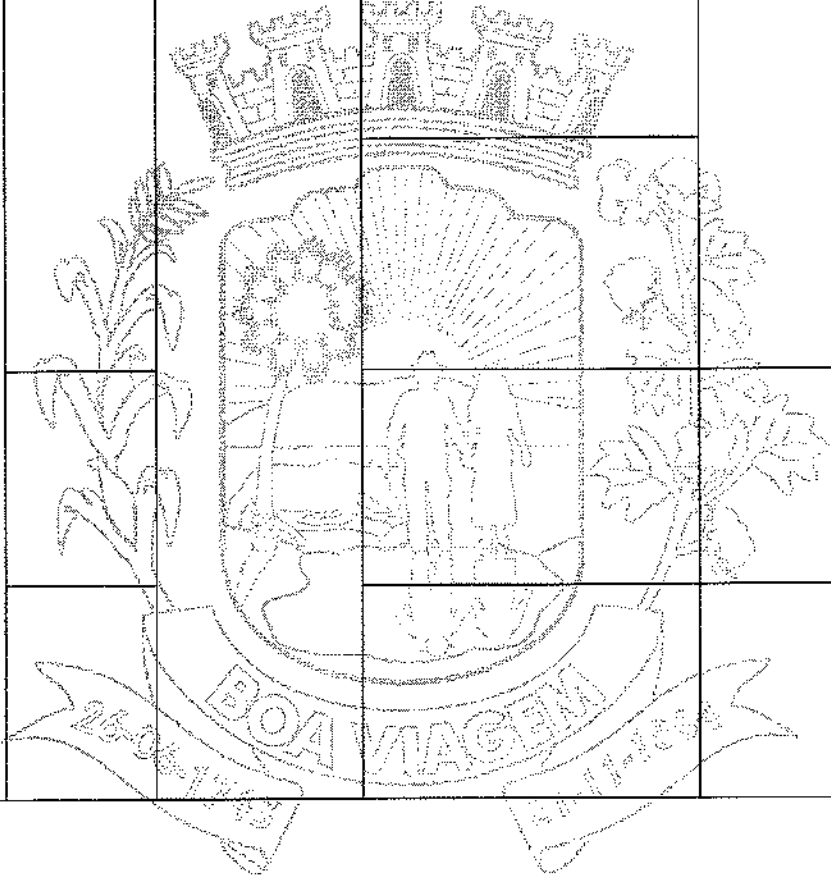


ANEXO III – MODELO PROGRAMA DE TRABALHO

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL - HOSPITAL MUNICIPAL ADÍLIA MARIA

PERÍODO:

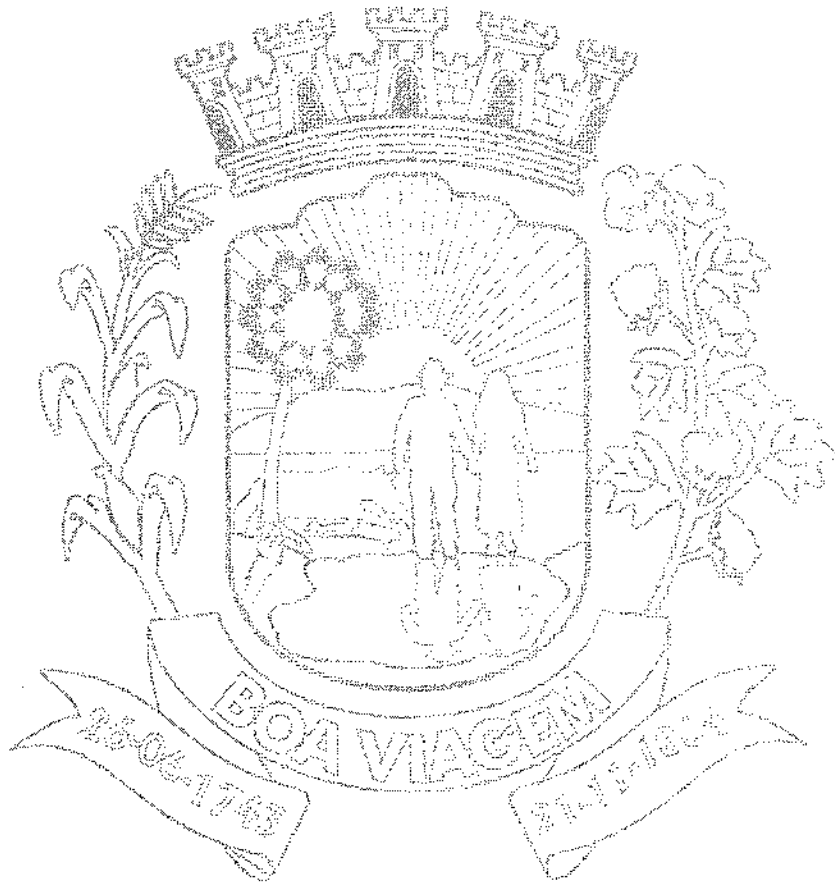
PROGRAMA DE TRABALHO

AÇÃO	META	PERÍODO DE EXECUÇÃO DA META	ATIVIDADES	RESULTADO
				

(Handwritten signatures and initials)



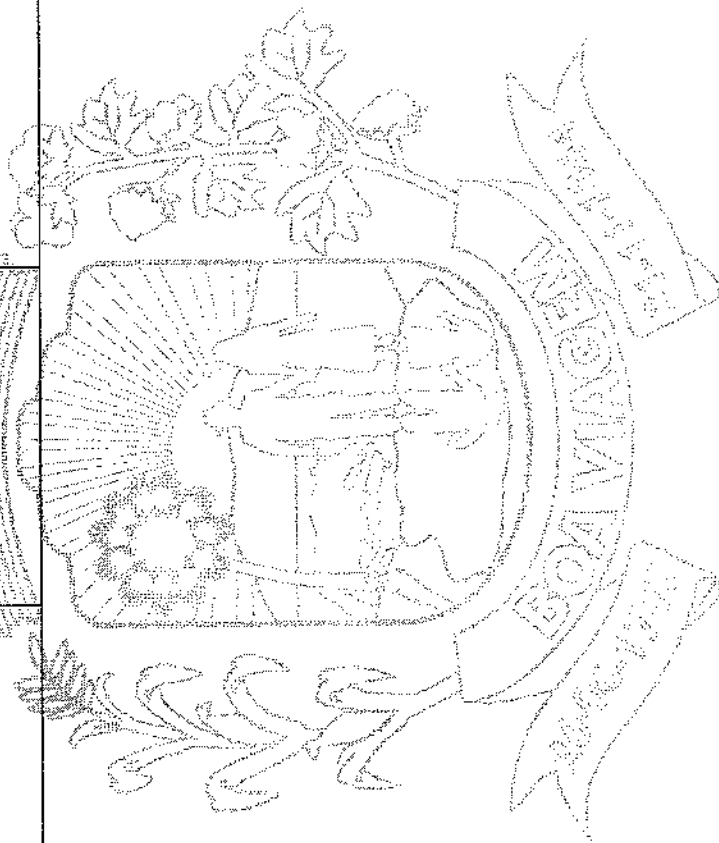
MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	MÊS	TOTAL DESEMBOLSO
AN	AN	AN	AN	AN	AN	AN	AN	AN	AN	AN	AN	AN	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	R\$ 0,00



[Handwritten signatures and initials]

QUADRO DE PESSOAL

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE	REMUNERAÇÃO	SETOR



[Handwritten signatures]

PREFEITURA DE
BOA VIAGEM

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pnbtv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



ANEXO IV - RELAÇÃO DE EXAMES / SADT

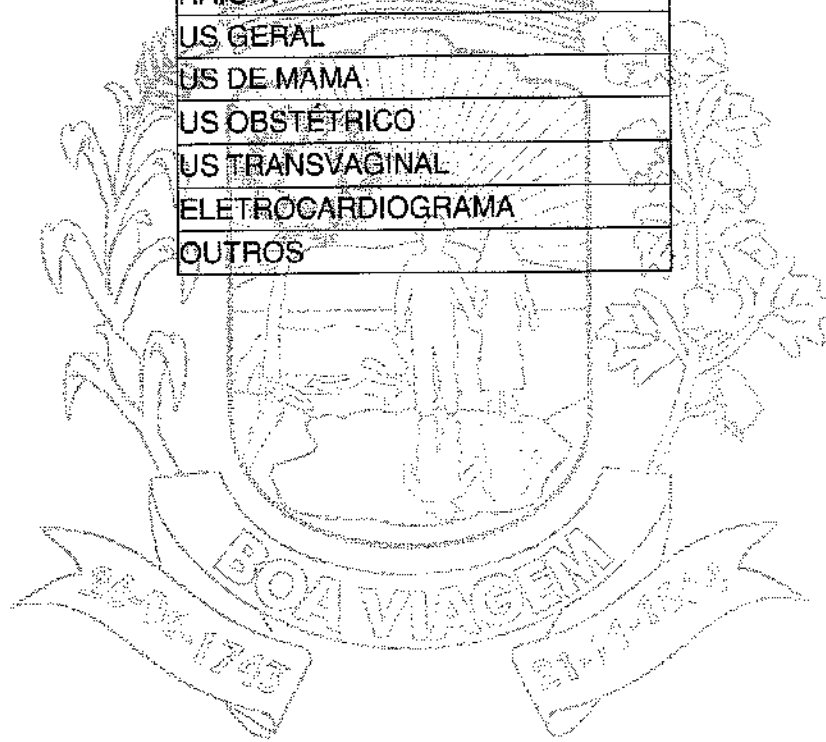
SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

O quadro abaixo apresenta a relação de exames de SADT que deverá ser realizado no hospital.

RELAÇÃO DE EXAMES - SADT

ESPECIALIDADE
ECOCARDIOGRAMA
RAIO-X
US GERAL
US DE MAMA
US OBSTÉTRICO
US TRANSVAGINAL
ELETROCARDIOGRAMA
OUTROS



[Handwritten signatures and initials]



ANEXO V - AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

1. META DE PRODUÇÃO

PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - CASA DE SAUDE ADILIA MARIA - CNES: 247902-8 BOA VIAGEM

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)

PPI por Unidade e Procedimento - Consultas Básicas - 2021

CNES: 247902-8 CASA DE SAUDE ADILIA MARIA - BOA VIAGEM

* PPI Mensal *	Físico	PPI Aprovada	
Município de Origem	Proposta	Físico	Financeiro
1) 030101006-4 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA - PAB /BAS			
2) 204 CONSULTA EM CLINICA MEDICA			
3) 0240 BOA VIAGEM	320	320	652,80
4) 205 CONSULTA EM GINECO-OBSTETRICIA			
5) 0240 BOA VIAGEM	320	320	652,80
6) 207 CONSULTA EM PEDIATRIA			
7) 0240 BOA VIAGEM	320	320	652,80
8) Total do Procedimento	960	960	1.958,40
9) 030101007-2 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - MAC /MED			
10) 007 CONSULTA EM CIRURGIA GERAL			
11) 0240 BOA VIAGEM	100	100	1.000,00
12) 026 CONSULTA EM ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			
13) 0240 BOA VIAGEM	340	340	3.400,00
14) 028 CONSULTA EM PNEUMOLOGIA			
15) 0240 BOA VIAGEM	30	30	300,00
16) Total do Procedimento	470	470	4.700,00
17) 020101002-0 BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE - MAC /MED			
18) 0240 BOA VIAGEM	2	2	28,20
19) 020102005-0 COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL - PAB /BAS			
20) 0240 BOA VIAGEM	60	60	31,80
21) 020201012-0 DOSAGEM DE ACIDO URICO - MAC /MED			
22) 0240 BOA VIAGEM	50	50	92,50
23) 020201018-0 DOSAGEM DE AMILASE - MAC /MED			
24) 0240 BOA VIAGEM	20	20	45,00
25) 020201020-1 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES - MAC /MED			
26) 0240 BOA VIAGEM	20	20	40,20
27) 020201021-0 DOSAGEM DE CALCIO - MAC /MED			
28) 0240 BOA VIAGEM	30	30	55,50
29) 020201027-9 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL - MAC /MED			
30) 0240 BOA VIAGEM	50	50	175,50

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and stamps]



31)	020201028-7 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL - MAC /MED			
32)	0240 BOA VIAGEM	50	50	175,50
33)	020201029-5 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL - MAC /MED			
34)	0240 BOA VIAGEM	50	50	92,50
35)	020201031-7 DOSAGEM DE CREATININA - MAC /MED			
36)	0240 BOA VIAGEM	50	50	92,50
37)	020201042-2 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA - MAC /MED			
38)	0240 BOA VIAGEM	50	50	100,50
39)	020201047-3 DOSAGEM DE GLICOSE - MAC /MED			
40)	0240 BOA VIAGEM	50	50	92,50
41)	020201063-5 DOSAGEM DE SODIO - MAC /MED			
42)	0240 BOA VIAGEM	50	50	92,50
43)	020201064-3 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) - MAC /MED			
44)	0240 BOA VIAGEM	50	50	100,50
45)	020201065-1 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) - MAC /MED			
46)	0240 BOA VIAGEM	50	50	100,50
47)	020201067-8 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS - MAC /MED			
48)	0240 BOA VIAGEM	50	50	175,50
49)	020201069-4 DOSAGEM DE UREIA - MAC /MED			
50)	0240 BOA VIAGEM	50	50	92,50
51)	020201075-9 TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES OR - MAC /MED			
52)	0240 BOA VIAGEM	500	500	3.275,00
53)	020202002-9 CONTAGEM DE PLAQUETAS - MAC /MED			
54)	0240 BOA VIAGEM	50	50	136,50
55)	020202007-0 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO - MAC /MED			
56)	0240 BOA VIAGEM	300	300	819,00
57)	020202009-6 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE - MAC /MED			
58)	0240 BOA VIAGEM	300	300	819,00
59)	020202015-0 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSOLIDIFICACAO (VHS - MAC /MED			
60)	0240 BOA VIAGEM	300	300	819,00
61)	020202038-0 HEMOGRAMA COMPLETO - MAC /MED			
62)	0240 BOA VIAGEM	100	100	411,00
63)	020202050-9 PROVA DO LACO - MAC /MED			
64)	0240 BOA VIAGEM	300	300	819,00
65)	020203007-5 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE - MAC /MED			
66)	0240 BOA VIAGEM	300	300	849,00
67)	020203020-2 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA - MAC /MED			
68)	0240 BOA VIAGEM	100	100	283,00
69)	020203111-0 TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS - MAC /MED			
70)	0240 BOA VIAGEM	100	100	283,00
71)	020203117-9 TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GEST - MAC /MED			
72)	0240 BOA VIAGEM	100	100	283,00
73)	020204012-7 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS - MAC /MED			
74)	0240 BOA VIAGEM	100	100	165,00
75)	020205001-7 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO - MAC /MED			

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



76)	0240 BOA VIAGEM	500	500	1.850,00	
77)	020206021-7 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA - MAC /MED				
78)	0240 BOA VIAGEM	50	50	392,50	
79)	020212002-3 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO - MAC /MED				
80)	0240 BOA VIAGEM	100	100	137,00	
81)	020212008-2 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) - MAC /MED				
82)	0240 BOA VIAGEM	100	100	137,00	
83)	020401008-0 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) - MAC /MED				
84)	0240 BOA VIAGEM	10	10	75,20	
85)	020401014-4 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HI - MAC /MED				
86)	0240 BOA VIAGEM	3	3	21,96	
87)	020402004-2 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / - MAC /MED				
88)	0240 BOA VIAGEM	3	3	24,57	
89)	020402006-9 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA - MAC /MED				
90)	0240 BOA VIAGEM	4	4	43,84	
91)	020402009-3 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) - MAC /MED				
92)	0240 BOA VIAGEM	3	3	27,48	
93)	020403015-3 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) - MAC /MED				
94)	0240 BOA VIAGEM	30	30	285,00	
95)	020403017-0 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) - MAC /MED				
96)	0240 BOA VIAGEM	190	190	1.307,20	
97)	020404001-9 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - MAC /MED				
98)	0240 BOA VIAGEM	13	13	83,46	
99)	020404005-1 RADIOGRAFIA DE BRACO - MAC /MED				
100)	0240 BOA VIAGEM	14	14	108,78	
101)	020404006-0 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - MAC /MED				
102)	0240 BOA VIAGEM	100	100	740,00	
103)	020404007-8 RADIOGRAFIA DE COTOVELO - MAC /MED				
104)	0240 BOA VIAGEM	50	50	295,00	
105)	020404008-6 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - MAC /MED				
106)	0240 BOA VIAGEM	2	2	11,24	
107)	020404009-4 RADIOGRAFIA DE MAO - MAC /MED				
108)	0240 BOA VIAGEM	100	100	630,00	
109)	020404011-6 RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES) - MAC /MED				
110)	0240 BOA VIAGEM	800	800	6.384,00	
111)	020404012-4 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) - MAC /MED				
112)	0240 BOA VIAGEM	150	150	1.036,50	
113)	020405013-8 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) - MAC /MED				
114)	0240 BOA VIAGEM	14	14	100,38	
115)	020406006-0 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL - MAC /MED				
116)	0240 BOA VIAGEM	2	2	15,54	
117)	020406008-7 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - MAC /MED				
118)	0240 BOA VIAGEM	14	14	91,00	
119)	020406009-5 RADIOGRAFIA DE BACIA - MAC /MED				
120)	0240 BOA VIAGEM	50	50	388,50	020406010-9 RADIOGRAFIA DE

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures]



CALCANEIO - MAC /MED

121)	0240 BOA VIAGEM	100	100	650,00
122)	020406011-7 RADIOGRAFIA DE COXA - MAC /MED			
123)	0240 BOA VIAGEM	3	3	26,82
124)	020406012-5 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - MAC /MED			
125)	0240 BOA VIAGEM	150	150	1.017,00
126)	020406013-3 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIA - MAC /MED			
127)	0240 BOA VIAGEM	6	6	42,96
128)	020406015-0 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE - MAC /MED			
129)	0240 BOA VIAGEM	120	120	813,60
130)	020406016-8 RADIOGRAFIA DE PERNA - MAC /MED			
131)	0240 BOA VIAGEM	14	14	125,16
132)	020502003-8 ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR - MAC /MED			
133)	0240 BOA VIAGEM	500	500	14.520,00
134)	020502004-6 ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - MAC /MED			
135)	0240 BOA VIAGEM	1.000	1.000	37.950,00
136)	020502005-4 ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO - MAC /MED			
137)	0240 BOA VIAGEM	500	500	12.100,00
138)	020502009-7 ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL - MAC /MED			
139)	0240 BOA VIAGEM	500	500	12.100,00
140)	020502014-3 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA - MAC /MED			
141)	0240 BOA VIAGEM	500	500	12.100,00
142)	020502016-0 ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) - MAC /MED			
143)	0240 BOA VIAGEM	500	500	12.100,00
144)	020502018-6 ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL - MAC /MED			
145)	0240 BOA VIAGEM	500	500	12.100,00
146)	021102003-6 ELETROCARDIOGRAMA - MAC /MED			
147)	0240 BOA VIAGEM	200	200	1.030,00
148)	030101003-0 CONSULTA PROF DE NIVEL SUPER NA AT BASICA EXCETO MED - PAB /BAS			
149)	0240 BOA VIAGEM	320	320	652,80
150)	030106002-9 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS E - MAC /MED			
151)	0240 BOA VIAGEM	170	170	2.119,90
152)	030106006-1 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - MAC /MED			
153)	0240 BOA VIAGEM	1.000	1.000	11.000,00
154)	030106009-6 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - MAC /MED			
155)	0240 BOA VIAGEM	4.000	4.000	44.000,00
156)	030106010-0 ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA - MAC /MED			
157)	0240 BOA VIAGEM	80	80	1.040,00
158)	030110001-2 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZ - MAC /MED			
159)	0240 BOA VIAGEM	1.951	1.951	1.229,13
160)	030110010-1 INALACAO / NEBULIZACAO - PAB /BAS			
161)	0240 BOA VIAGEM	300	300	153,00
162)	030309007-3 REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFER - MAC /MED			
163)	0240 BOA VIAGEM	2	2	50,62
164)	030309009-0 REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPER - MAC /MED			

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



165)	0240 BOA VIAGEM	9	9	199,89
166)	030309012-0 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAP - MAC /MED			
167)	0240 BOA VIAGEM	7	7	256,13
168)	030309015-4 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA - MAC /MED			
169)	0240 BOA VIAGEM	2	2	81,36
170)	030309020-0 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR - MAC /MED			
171)	0240 BOA VIAGEM	2	2	83,86
172)	030309022-7 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR - MAC /MED			
173)	0240 BOA VIAGEM	6	6	249,78
174)	040101001-5 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIEN - MAC /MED			
175)	0240 BOA VIAGEM	15	15	486,00
176)	040101004-0 ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA - MAC /MED			
177)	0240 BOA VIAGEM	2	2	23,68
178)	040101005-8 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE AN - MAC /MED			
179)	0240 BOA VIAGEM	14	14	324,24
180)	040101007-4 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / - MAC /MED			
181)	0240 BOA VIAGEM	7	7	87,22
182)	040101009-0 FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS - MAC /MED			
183)	0240 BOA VIAGEM	2	2	23,68
184)	040101010-4 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO - MAC /MED			
185)	0240 BOA VIAGEM	4	4	47,36
186)	040101011-2 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO - MAC /MED			
187)	0240 BOA VIAGEM	5	5	59,20
188)	040401027-0 REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO UNI / - MAC /MED			
189)	0240 BOA VIAGEM	1	1	5,63
190)	040402010-0 EXCISAO EM CUNHA DO LABIO - MAC /MED			
191)	0240 BOA VIAGEM	2	2	59,72
192)	040602013-2 EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA - MAC /MED			
193)	0240 BOA VIAGEM	3	3	89,58
194)	040602014-0 EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS - MAC /MED			
195)	0240 BOA VIAGEM	1	1	29,86
196)	040801013-4 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO ES - MAC /MED			
197)	0240 BOA VIAGEM	3	3	123,30
198)	040802017-2 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNH - MAC /MED			
199)	0240 BOA VIAGEM	7	7	271,18
200)	040802024-5 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO - MAC /MED			
201)	0240 BOA VIAGEM	3	3	116,22
202)	040805019-5 REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METAT - MAC /MED			
203)	0240 BOA VIAGEM	1	1	35,20
204)	040805020-9 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS MET - MAC /MED			
205)	0240 BOA VIAGEM	2	2	70,40
206)	040805021-7 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUX - MAC /MED			
207)	0240 BOA VIAGEM	10	10	352,00
208)	040805022-5 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISA - MAC /MED			

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures]



209)	0240 BOA VIAGEM	2	2	89,38
210)	040805026-8 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JO - MAC /MED			
211)	0240 BOA VIAGEM	1	1	42,59
212)	040905008-3 POSTECTOMIA - MAC /MED			
213)	0240 BOA VIAGEM	1	1	219,12
214)	040906004-6 CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UT - MAC /MED			
215)	0240 BOA VIAGEM	1	1	22,62
216)	040907012-2 DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE - MAC /MED			
217)	0240 BOA VIAGEM	3	3	38,91
218)	040907015-7 EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE - MAC /MED			
219)	0240 BOA VIAGEM	1	1	21,68

220)	CNES: 247902-8 CASA DE SAUDE ADILIA MARIA - BOA VIAGEM			
221)	* PPI Mensal *	Físico	PPI Aprovada	
222)	Município de Origem	Proposta	Físico	Financeiro
223)				
224)	Resumo Físico/Financeira por Origem, Tipo de Financiamento / Complexidade			
225)				
226)	01 PAB / 1 BAS			
227)	Origem: 240-4 BOA VIAGEM	1.640	1.640	2.796,00
228)				
229)	06 MAC / 2 MED			
230)	Origem: 240-4 BOA VIAGEM	18.007	18.007	209.024,53
Total da Unidade		19.647	19.647	211.820,53

Fonte: SESA/CORAC/NUICS-Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) 2021

PROGRAMAÇÃO SIH - INTERNAÇÃO

-Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

PPI por Unidade e Procedimento - Ações Hospitalares - 2021

CNES: 247902-8 CASA DE SAUDE ADILIA MARIA - BOA VIAGEM

* PPI Anual *	Físico	PPI Aprovada	
Município de Origem	Proposta	Físico	Financeiro

1)	030106007-0 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLINICA - MAC /MED			
2)	0240 BOA VIAGEM	2	2	144,76
3)	030106008-8 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA - MAC /MED			
4)	0240 BOA VIAGEM	12	12	902,40
5)	030301001-0 TRATAMENTO DE DENGUE CLÁSSICA - MAC /MED			
6)	0240 BOA VIAGEM	20	20	5.915,20
7)	030301006-1 TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS - MAC /MED			
8)	0240 BOA VIAGEM	298	298	102.944,10
9)	030301008-8 TRATAMENTO DE HANSENIASE - MAC /MED			
10)	0240 BOA VIAGEM	2	2	474,54
11)	030301011-8 TRATAMENTO DE HEPATITES VIRAIIS - MAC /MED			
12)	0240 BOA VIAGEM	2	2	454,22
13)	030301013-4 TRATAMENTO DE INFEÇÕES VIRAIIS CARACTERIZADAS POR LE - MAC /MED			

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures]



14)	0240 BOA VIAGEM	2	2	348,84
15)	030301016-9 TRATAMENTO DE MICOSES (B35 A B49) - MAC /MED			
16)	0240 BOA VIAGEM	2	2	1.042,62
17)	030301019-3 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS CAUSADAS POR VÍRUS (B25 - MAC /MED			
18)	0240 BOA VIAGEM	36	36	6.556,32
19)	030302005-9 TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS - MAC /MED			
20)	0240 BOA VIAGEM	6	6	1.739,52
21)	030303002-0 TRATAMENTO DE DESNUTRICAÇÃO - MAC /MED			
22)	0240 BOA VIAGEM	8	8	3.814,24
23)	030303003-8 TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS - MAC /MED			
24)	0240 BOA VIAGEM	54	54	20.603,16
25)	030303004-6 TRATAMENTO DE DISTURBIOS METABÓLICOS - MAC /MED			
26)	0240 BOA VIAGEM	20	20	2.964,40
27)	030304008-4 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALI - MAC /MED			
28)	0240 BOA VIAGEM	2	2	484,20
29)	030304009-2 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALI - MAC /MED			
30)	0240 BOA VIAGEM	4	4	1.365,04
31)	030304014-9 TRATAMENTO DE AGENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQU - MAC /MED			
32)	0240 BOA VIAGEM	72	72	35.807,04
33)	030304016-5 TRATAMENTO DE CRISES EPILEPTICAS NÃO CONTROLADAS - MAC /MED			
34)	0240 BOA VIAGEM	24	24	2.899,92
35)	030306002-6 TRATAMENTO DE ARRITMIAS - MAC /MED			
36)	0240 BOA VIAGEM	4	4	926,60
37)	030306010-7 TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA - MAC /MED			
38)	0240 BOA VIAGEM	36	36	7.484,04
39)	030306013-1 TRATAMENTO DE EDEMA AGUDO DE PULMÃO - MAC /MED			
40)	0240 BOA VIAGEM	4	4	2.636,12
41)	030306021-2 TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - MAC /MED			
42)	0240 BOA VIAGEM	46	46	33.679,36
43)	030306028-0 TRATAMENTO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA - MAC /MED			
44)	0240 BOA VIAGEM	2	2	556,96
45)	030306029-8 TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA - MAC /MED			
46)	0240 BOA VIAGEM	2	2	644,96
47)	030307006-4 TRATAMENTO DE DOENÇAS DO ESÓFAGO ESTOMAGO E DUODENO - MAC /MED			
48)	0240 BOA VIAGEM	82	82	16.512,34
49)	030307009-9 TRATAMENTO DE ENTERITES E COLITES NÃO INFECCIOSAS - MAC /MED			
50)	0240 BOA VIAGEM	2	2	484,20
51)	030307010-2 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO - MAC /MED			
52)	0240 BOA VIAGEM	20	20	7.334,80
53)	0240 BOA VIAGEM	16	16	3.870,24
54)	030307012-9 TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PANCR - MAC /MED			
55)	0240 BOA VIAGEM	20	20	5.843,40
56)	030308005-1 TRATAMENTO DE DERMATITES E ECZEMAS - MAC /MED			
57)	0240 BOA VIAGEM	6	6	1.461,48
58)	030308006-0 TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS - MAC /MED			
59)	0240 BOA VIAGEM	40	40	12.120,80
60)	030308007-8 TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS - MAC /MED			
61)	0240 BOA VIAGEM	148	148	46.843,48

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



62)	030308009-4	TRATAMENTO DE OUTRAS AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SU - MAC /MED			
63)	0240 BOA VIAGEM		22	22	4.604,38
64)	030309020-0	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR - MAC /MED			
65)	0240 BOA VIAGEM		2	2	339,38
66)	030309031-6	TRATAMENTO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATORIAS - MAC /MED			
67)	0240 BOA VIAGEM		44	44	8.950,92
68)	030310001-0	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTE - MAC /MED			
69)	0240 BOA VIAGEM		4	4	649,20
70)	030310004-4	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ - MAC /MED			
71)	0240 BOA VIAGEM		4	4	452,96
72)	030314004-6	TRATAMENTO DAS DOENCAS CRONICAS DAS VIAS AEREAS INFE - MAC /MED			
73)	0240 BOA VIAGEM		78	78	38.712,96
74)	030314007-0	TRATAMENTO DE DOENCA DO OUVIDO EXTERNO MEDIO E DA MA - MAC /MED			
75)	0240 BOA VIAGEM		8	8	1.326,08
76)	030314009-7	TRATAMENTO DE HEMORRAGIAS DAS VIAS RESPIRATORIAS - MAC /MED			
77)	0240 BOA VIAGEM		4	4	721,36
78)	030314010-0	TRATAMENTO DE INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS SUPER - MAC /MED			
79)	0240 BOA VIAGEM		4	4	788,28
80)	030314011-9	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DA PLEURA - MAC /MED			
81)	0240 BOA VIAGEM		2	2	847,76
82)	030314012-7	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DAS VIAS AEREAS SUPERIO - MAC /MED			
83)	0240 BOA VIAGEM		12	12	2.421,96
84)	030314013-5	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO RESPIRATORI - MAC /MED			
85)	0240 BOA VIAGEM		14	14	6.972,14
86)	030314014-3	TRATAMENTO DE OUTRAS INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREA - MAC /MED			
87)	0240 BOA VIAGEM		8	8	1.753,04
88)	030314015-1	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE) - MAC /MED			
89)	0240 BOA VIAGEM		586	586	366.012,58
90)	030315001-7	TRATAMENTO DE DOENCAS DOS ORGAOS GENITAIS MASCULINOS - MAC /MED			
91)	0240 BOA VIAGEM		4	4	349,24
92)	030315002-5	TRATAMENTO DE DOENCAS GLOMERULARES - MAC /MED			
93)	0240 BOA VIAGEM		22	22	7.782,06
94)	030315003-3	TRATAMENTO DE DOENCAS INFLAMATORIAS DOS ORGAOS PELVI - MAC /MED			
95)	0240 BOA VIAGEM		30	30	6.675,00
96)	030315005-0	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO URINARIO - MAC /MED			
97)	0240 BOA VIAGEM		92	92	21.483,84
98)	030315006-8	TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS DO RIM E DO URETER - MAC /MED			
99)	0240 BOA VIAGEM		2	2	621,84
100)	030316002-0	TRATAMENTO DE INFECCOES ESPECIFICAS DO PERIODO PERIN - MAC /MED			
101)	0240 BOA VIAGEM		22	22	5.381,42
102)	030316003-9	TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS NO PERIO - MAC /MED			
103)	0240 BOA VIAGEM		4	4	1.178,16
	030316006-3	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RESPIRATORIOS E CARDIOVASC - MAC /MED			
104)	0240 BOA VIAGEM		4	4	2.057,80
105)	030410001-3	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS DE PACIENTE O - MAC /MED			
106)	0240 BOA VIAGEM		10	10	4.426,40
107)	030502001-3	TRATAMENTO DA PIELONEFRITE - MAC /MED			
108)	0240 BOA VIAGEM		4	4	818,00
109)	030502002-1	TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL - MAC /MED			

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



110)	0240 BOA VIAGEM	24	24	4.475,28
111)	030801001-9 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFIC - MAC /MED			
112)	0240 BOA VIAGEM	30	30	6.567,90
113)	030801003-5 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS C/ LESAO DE ORGAO INTRA-T - MAC /MED			
114)	0240 BOA VIAGEM	2	2	503,92
115)	030801004-3 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGI - MAC /MED			
116)	0240 BOA VIAGEM	2	2	514,64
117)	030802002-2 TRATAMENTO DE EFEITOS DO CONTATO C/ ANIMAIS E PLANTA - MAC /MED			
118)	0240 BOA VIAGEM	10	10	2.073,30
119)	030802003-0 TRATAMENTO DE INTOXICACAO OU ENVENENAMENTO POR EXPOS - MAC /MED			
120)	0240 BOA VIAGEM	20	20	2.995,00
121)	030803003-6 TRATAMENTO DE QUEIMADURAS CORROSOES E GELADURAS - MAC /MED			
122)	0240 BOA VIAGEM	2	2	308,88
123)	030804001-5 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGIC - MAC /MED			
124)	0240 BOA VIAGEM	16	16	3.601,60
125)	031001003-9 PARTO NORMAL - MAC /MED			
126)	0240 BOA VIAGEM	496	496	223.576,96
127)	040102007-0 EXERESE DE CISTO DERMOIDE - MAC /MED			
128)	0240 BOA VIAGEM	2	2	303,44
129)	040102010-0 EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E/DE TECIDO - MAC /MED			
130)	0240 BOA VIAGEM	20	20	3.290,20
131)	040602051-5 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICA - MAC /MED			
132)	0240 BOA VIAGEM	2	2	1.138,00
133)	040702003-9 APENDICECTOMIA - MAC /MED			
134)	0240 BOA VIAGEM	32	32	14.000,00
135)	040702020-9 ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO - MAC /MED			
136)	0240 BOA VIAGEM	2	2	1.576,08
137)	040702028-4 HEMORROIDECTOMIA - MAC /MED			
138)	0240 BOA VIAGEM	4	4	1.327,76
139)	040703002-6 COLECISTECTOMIA - MAC /MED			
140)	0240 BOA VIAGEM	26	26	18.457,92
141)	040704006-4 HERNIOPLASTIA ERIGASTRICA - MAC /MED			
142)	0240 BOA VIAGEM	20	20	11.293,40
143)	040704008-0 HERNIOPLASTIA INCISIONAL - MAC /MED			
144)	0240 BOA VIAGEM	18	18	9.990,54
145)	040704010-2 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) - MAC /MED			
146)	0240 BOA VIAGEM	22	22	9.977,22
147)	040704012-9 HERNIOPLASTIA UMBILICAL - MAC /MED			
148)	0240 BOA VIAGEM	12	12	5.315,88
149)	040704016-1 LAPAROTOMIA EXPLORADORA - MAC /MED			
150)	0240 BOA VIAGEM	24	24	15.644,64
151)	040802046-6 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO - MAC /MED			
152)	0240 BOA VIAGEM	2	2	565,12
153)	040805001-2 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES - MAC /MED			
154)	0240 BOA VIAGEM	2	2	1.929,48
154)	040805060-8 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL - MAC /MED			
155)	0240 BOA VIAGEM	2	2	1.288,44
156)	040805085-3 TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE CONGENITA DA TI - MAC /ALT			
157)	0240 BOA VIAGEM	2	2	1.437,20

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ N° 07.963.515/0001-36 | CGF N° 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and marks]



158)	040806004-2 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO - MAC /MED			
159)	0240 BOA VIAGEM	2	2	676,06
160)	040806021-2 RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL - MAC /MED			
161)	0240 BOA VIAGEM	4	4	381,96
162)	040806030-1 RESSECCAO MUSCULAR - MAC /MED			
163)	0240 BOA VIAGEM	2	2	406,58
164)	040806048-4 TENORRAFIA UNICA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO - MAC /MED			
165)	0240 BOA VIAGEM	2	2	842,60
166)	040904009-6 EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL - MAC /MED			
167)	0240 BOA VIAGEM	2	2	451,72
168)	040905008-3 POSTECTOMIA - MAC /MED			
169)	0240 BOA VIAGEM	6	6	689,34
170)	040906002-0 COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACA - MAC /MED			
171)	0240 BOA VIAGEM	8	8	3.625,60
172)	040906004-6 CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UT - MAC /MED			
173)	0240 BOA VIAGEM	4	4	701,68
174)	040906010-0 HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) - MAC /MED			
175)	0240 BOA VIAGEM	8	8	3.776,64
176)	040906012-7 HISTERECTOMIA SUBTOTAL - MAC /MED			
177)	0240 BOA VIAGEM	4	4	2.216,12
178)	040906013-5 HISTERECTOMIA TOTAL - MAC /MED			
179)	0240 BOA VIAGEM	46	46	29.773,96
180)	040906018-6 LAQUEADURA TUBARIA - MAC /MED			
181)	0240 BOA VIAGEM	34	34	11.702,80
182)	040906021-6 OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA - MAC /MED			
183)	0240 BOA VIAGEM	10	10	5.178,60
184)	040906023-2 SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - MAC /MED			
185)	0240 BOA VIAGEM	2	2	963,18
186)	040907005-0 COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR - MAC /MED			
187)	0240 BOA VIAGEM	28	28	13.595,96
188)	040907006-8 COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR - MAC /MED			
189)	0240 BOA VIAGEM	2	2	745,08
190)	040907008-4 COLPOPLASTIA ANTERIOR - MAC /MED			
191)	0240 BOA VIAGEM	2	2	745,08
192)	040907014-9 EXERESE DE CISTO VAGINAL - MAC /MED			
193)	0240 BOA VIAGEM	4	4	1.522,16
194)	040907015-7 EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE - MAC /MED			
195)	0240 BOA VIAGEM	4	4	914,72
196)	041001001-4 DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA - MAC /MED			
197)	0240 BOA VIAGEM	30	30	5.209,20
198)	041001008-1 PLASTICA MAMARIA MASCULINA - MAC /MED			
199)	0240 BOA VIAGEM	2	2	917,28
200)	041101003-4 PARTO CESARIANO - MAC /MED			
201)	0240 BOA VIAGEM	136	136	77.401,68
202)	041102001-3 CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL - MAC /MED			
203)	0240 BOA VIAGEM	64	64	11.784,32
204)	041204016-6 TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA - MAC /MED			
205)	0240 BOA VIAGEM	8	8	6.854,32
	041204017-4 TORACOTOMIA EXPLORADORA - MAC /MED			

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

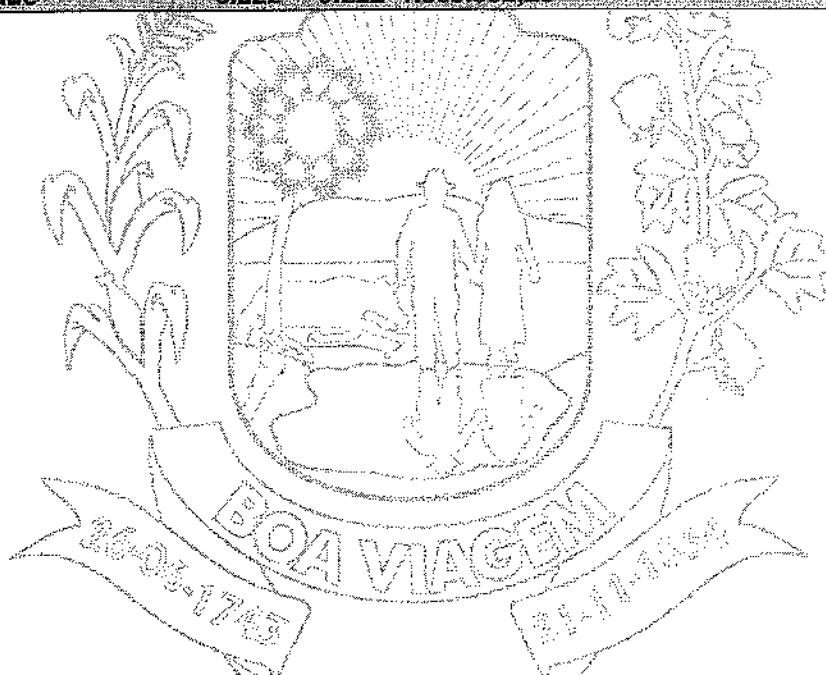
Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures]



206)	0240 BOA VIAGEM	2	2	1.588,62
207)	041304017-8 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE - MAC /MED			
208)	0240 BOA VIAGEM	32	32	24.358,08
209)	* PPI Anual *	Físico	PPI Aprovada	
210)			-----	
211)	Município de Origem	Proposta	Físico	Financeiro
212)	-----			
213)				
214)	Resumo Físico/Financeira por Origem, Tipo de Financiamento / Complexidade			
215)				
216)	06 MAC / 2 MED			
217)	Origem: 240-4 BOA VIAGEM	3.220	3.220	1.351.925,00
218)				
219)	06 MAC / 3 ALT			
220)	Origem: 240-4 BOA VIAGEM	2	2	1.437,20
221)	SubTotal Financiamento MAC	3.222	3.222	1.353.362,20
Total da Unidade		3.222	3.222	1.353.362,20



[Handwritten signature]



2. META DE QUALIDADE

META QUALIDADE - INDICADORES COM VINCULAÇÃO FINANCEIRA									
Meta	Indicador	Descrição da Meta	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade da informação pela O.S para CSAM	Periodicidade da vinculação do resultado para Repasse (O.S Contratada)	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO DA INFORMAÇÃO (Área Assistencial)		
85%	Taxa de Ocupação Hospitalar	Manter taxa de ocupação hospitalar em no mínimo 85%	$Tx = \frac{\text{número de pacientes por dia}}{\text{número de leitos por dia}} \times 100$	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral			
6 dias	Média permanência hospitalar por setor de Clínica Pediátrica	Manter o tempo médio permanência por Clínica Médica em 7	$Média = \frac{\text{Total de pacientes/dia}}{\text{Total de saídas}}$	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral			
	internação	(sete) dias no período de 12 (doze) meses.							

[Handwritten signatures and stamps]

PREFEITURA DE BOA VIAGEM
CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5
Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000
Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pubv_oficial@boaaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaaviagem.ce.gov.br

3 dias	Clinica Cirúrgica Pediátrica	Manter o tempo médio de permanência por Cirúrgica Pediátrica em 3 (três) dias no período de 12 (doze) meses.	Média=Total de pacientes/dia período de 1 mês / Total de saídas no mesmo período	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral		
2 dias	Clinica Cirúrgica Otorrino Pediatría	Manter o tempo médio de permanência por Cirúrgica Otorrino Pediatría em 2 (dois) dias no período de 12 (doze) meses.	Número de pacientes dia em determinado período, internados na Otorrino Pediatría / total de saídas no mesmo período da Otorrino Pediatría) x 100	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral		
3 dias	Clinica Traumatológica ortopédica pediátrica	Manter o tempo médio de permanência por Cirúrgica Traumatológica ortopédica pediátrica em 3 (três) dias no período de 12 (doze) meses.	Número de pacientes dia em determinado período internados na Otorrino Pediatría / total de saídas no mesmo período da Traumatológica ortopédica Pediatría) x 100	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral		

12 horas	Média de permanência em observação	Obedecer em até 12 (doze) horas o tempo médio de permanência de um paciente em observação no hospital.	Média = Total de pacientes/cia no período de 1 mês / Total de saídas no mesmo período	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral		
100%	Índice de Apresentação de AIH	Manter o índice de apresentação de AIH em 100% do Total de AIHs	ÍNDICE AIH = Nº Total de AIH / Nº Total de Internações x 100	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral		
2%	Taxa de Glosa de AIH	Manter a Taxa de Glosa em no máximo 2% do total de AIH apresentadas.	Nº de AIH rejeitadas / Nº de AIH apresentadas x 100	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral		

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

20%	Taxa de Readmissão	Manter a taxa de readmissão em até 20%.	$Tx = \frac{\text{número de readmissões em determinado período}}{\text{total de paciente atendido nesse mesmo período}} \times 100$	SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral		
-----	--------------------	---	---	-----------------	--------	------------	--	--

COMISSÃO DE SELEÇÃO
Fis. 346
Rubrica

[Handwritten signatures and initials]



[Handwritten signatures and initials]

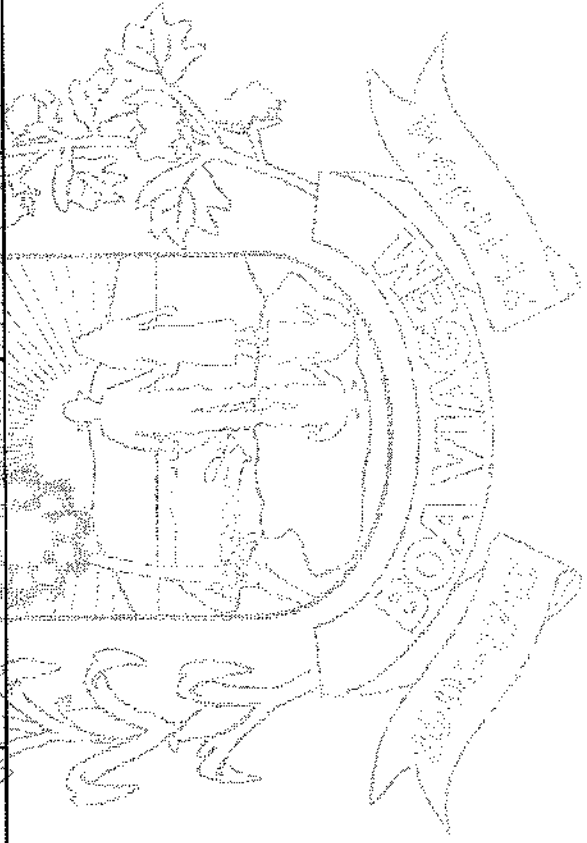
		Classificar o risco de pacientes cadastrados no Pronto Atendimento.	Número de pacientes classificados no risco/número de pacientes cadastrados no mês x 100	de SIA/SUS e SIGIS	Mensal	Trimestral	
98%	Classificação de Risco	Manter em até 3% ataxa de mortalidade institucional no período de 1 (um) ano.	$Tax = \frac{\text{Total de óbitos ocorridos no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$				
3%	Taxa de Mortalidade Institucional						



PREFEITURA DE
BOA VIAGEM

ANEXO VI - SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO

Modalidade de Atenção	Equipamentos	Meta	Periodicidade	Parâmetro de cumprimento de meta	% Valor Alcançado	% Valor Atingido
Atenção Hospitalar - Média Complexidade	CASA DE SAUDE ADILIA MARIA	Produção assistencial/produtividade	Trimestral	85%		
		Indicadores de Qualidade	Trimestral	100%		



COMISSÃO DE SELEÇÃO
Fls. 248
Rúbrica

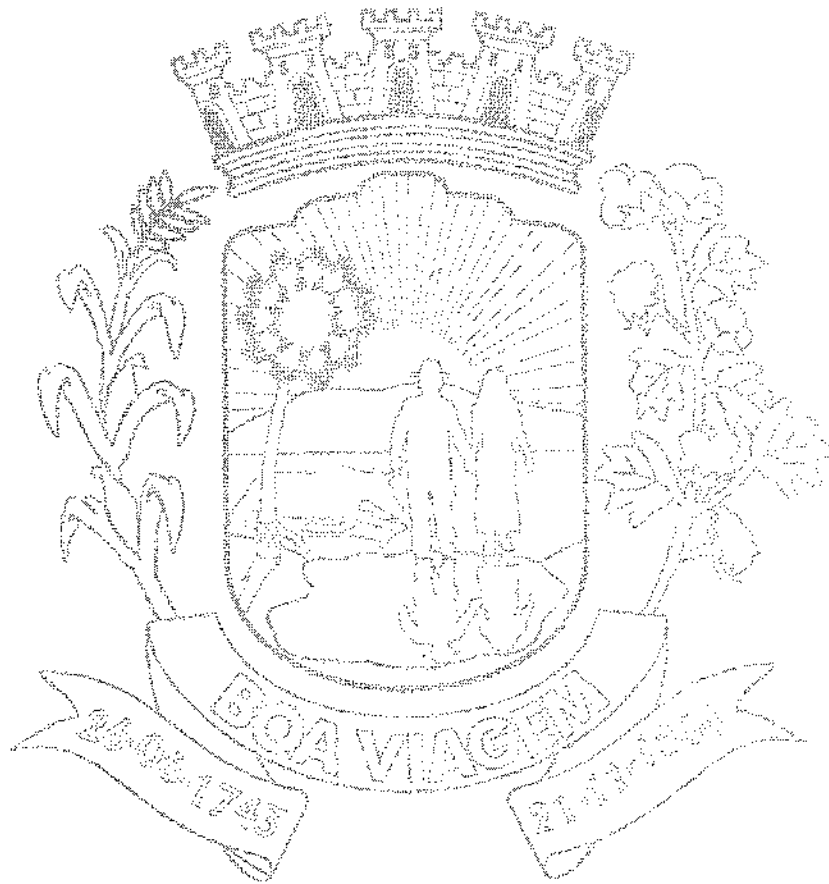
[Handwritten signatures and initials]

PREFEITURA DE BOA VIAGEM
CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5
Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000
Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



ANEXO VII - CRONOGRAMA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES

EQUIPAMENTO	DATA
HOSPITAL CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA	45 dias após ato de publicação/2021



[Handwritten signatures]



ANEXO VIII - RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS

HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND
1	AGUA DESTILADA AMPOLA COM 10ML	AMP.
2	AGUA DESTILADA BOLSA SISTEMA FECHADO COM 500ML	AMP.
3	ALBENDAZOL 40MG/ML FRASCO COM 10ML	FRASC
4	ALCOOL ETILICO 70% (P/P) FRASCO COM 1.000ML	FRASC
5	AMICACINA 50MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
6	AMINOFILINA 24MG/ML, AMPOLA COM 10ML	AMP.
7	AMIODARONA 50MG/ML, AMPOLA COM 3.ML	AMP.
8	AMOXICILINA 250MG/5ML + CLAVULANATO DE POTASSIO 62,5MG/5ML	FRASC
9	AMOXICILINA 250MG/ML, FRASCO COM 150ML	FRASC
10	AMPICILINA 1.000MG, FRASCO-AMPOLA	AMP.
11	ATROPINA 0,25MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMP.
12	AZITROMICINA 40MG/ML, FRASCO COM 15ML	FRASC
13	BECLOMETASONA 400MCG/ML, FLACONETE COM 2ML	FLAC.
14	BICARBONATO DE SODIO 100 G	ENV.
15	BICARBONATO DE SODIO 84MG/ML (8,4%), AMPOLA COM 10ML	AMP.
16	BROMETO DE N-BUTILESCOPIAMINA 10MG/ML, FRASCO COM 10ML	FRASC.
17	BROMETO DE N-BUTILESCOPIAMINA 20MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMP.
18	BROMOPRIDA 4MG/ML, FRASCO COM 20ML	FRASC.
19	BROMOPRIDA 5MG/ML, AMPOLA	AMP.
20	CARBAMAZEPINA 20MG/ML, FRASCO COM 100ML	FRASC.
21	CEFALEXINA 250MG/5ML, FRASCO COM 100ML	FRASC.
22	CEFALOTINA 1000MG, FRASCO-AMPOLA	AMP.
23	CEFEPIMA 1000MG, FRASCO AMPOLA	AMP.
24	CEFTRIAXONA 1.000MG FRASCO AMPOLA	AMP.
25	CETOPROFENO 50MG/ML INTRAMUSCULAR, AMPOLA COM 2ML	AMP.
26	CIPROFLOXACINO 500MG	COMP.
27	CLINDAMICINA 150MG/ML, AMPOLA COM 4 ML	AMP.
28	CLORETO DE POTASSIO 100MG/ML, AMPOLA COM 10ML	AMP.
29	CLORETO DE SODIO 200MG/ML (20%), AMPOLA COM 10ML	AMP.
30	COLAGENASE + CLORANFENICOL 0,6UI + 0,01G, BISNAGA COM 30G	TUBO
31	DEXAMETASONA 0,1%, BISNAGA COM 10G	TUBO

[Handwritten signature and initials]



32	DEXAMETASONA 4MG/ML, AMPOLA COM 2,5ML.	AMP.
33	DIAZEPAM 5MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
34	DICLOFENACO DIETILAMONIO GEL 10MG/G, BISNAGA COM 60G	TUBO
35	DIPIRONA SODICA 500 MG	COMP
36	DIPIRONA (SODICA) 500MG/ML, AMPOLA COM 2ML AMP	AMP.
37	DIPIRONA (SODICA)500MG/ML, FRASCO COM 10ML	FRASC
38	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 250 MCG	FRASC
39	DOMPERIDONA 1MG/ML, FRASCO COM 100ML	FRASC
40	EPINEFRINA 1MG/ML (1:1.000), AMPOLA COM 1ML	AMP.
41	FENITOINA SODICA 50MG/ML, AMPOLA COM 5ML	AMP.
42	FENOBARBITAL 100MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
43	FENOBARBITAL 40MG/ML (4%), FRASCO COM 20ML	FRASC
44	FENOTEROL 5MG/ML, FRASCO COM 20ML	FRASC
45	FLUCONAZOL 150MG	COMP
46	FUROSEMIDA 10MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
47	FUROSEMIDA 40MG	COMP
48	GENTAMICINA 40MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
49	GLICOSE 250MG/ML (25%), AMPOLA COM 10ML A	AMP.
50	GLICOSE 500MG/ML (50%), AMPOLA COM 10ML	AMP.
51	GLUCONATO DE CALCIO 97,9MG/ML (10%), AMPOLA COM 10ML	AMP.
52	HEPARINA 5.000UI/0,25ML, AMPOLA COM 0,25ML	AMP.
53	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) 500MG, FRASCO AMPOLA	AMP.
54	HIDROXIZINA 2MG/ML, FRASCO COM 120ML	FRASC
55	IBUPROFENO 600MG	COMP
56	INSULINA HUMANA NPH 100UI/ML, FRASCO AMPOLA COM 10ML	AMP.
57	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML, FRASCO AMPOLA COM 10ML	AMP.
58	IPRATROPIO 0,250MG (0,025%), FRASCO 20ML	FRASC
59	IVERMECTINA 6MG	COMP
60	LACTULOSE 667MG/ML, FRASCO DE 100ML A 150ML (XPE)	FRASC
61	LIDOCAINA 20MG/ML (2%), AMPOLA COM 5ML	AMP.
62	LORATADINA 10MG	COMP.
63	LORATADINA 1MG/ML, FRASCO COM 100ML	FRASC
64	MEBENDAZOL 20MG/ML, FRASCO COM 30ML	FRASC
65	METRONIDAZOL 40MG/ML, FRASCO COM 100ML	FRASC
66	METRONIDAZOL 5MG/ML (0,5%), BOLSA SISTEMA FECHADO COM 100ML	BOLSA
67	MIDAZOLAM 15MG/ML, AMPOLA COM 3ML	AMP.
68	NEOMICINA + BACITRACINA 5MG + 250UI, BISNAGA COM 10G	TUBO
69	NISTATINA 100.000UI/ML, FRASCO COM 50ML (SUSPENSAO)	FRASC
70	NISTATINA + OXIDO DE ZINCO 100.000UI/G + 200MG/G, BISNAGA COM 60G	TUBO

[Handwritten signatures and initials]



71	OLEO MINERAL	FRASC
72	OMEPRAZOL 20MG	COMP
73	OXACILINA 500MG, FRASCO-AMPOLA	AMP.
74	PARACETAMOL 200MG/ML, FRASCO COM 20ML	FRASC
75	PARACETAMOL 500MG	COMP.
76	PASTA D'AGUA 100G	TUBO
77	PENICILINA G (BENZILPENICILINA BENZATINA) 1.200.000, FRASCO-AMPOLA	FRASC
78	PENICILINA G (BENZILPENICILINA POTASSICA) 5.000.000UI, FRASCO-AMPOLA	FRASC
79	PERMETRINA 1% OU 10MG/ML, FRASCO COM 60ML	FRASC
80	PERMETRINA 5%, FRASCO COM 60ML	FRASC
81	PREDNISOLONA 3MG/ML, FRASCO COM 100ML	FRASC
82	PREDNISONA 5 MG	COMP.
83	PREDNISONA 20 MG	COMP.
84	PROMETAZINA 25MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
85	RANITIDINA 150MG	COMP.
86	RANITIDINA 150MG/10ML, FRASCO COM 120ML	FRASC
87	RANITIDINA 25MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
88	SACCHAROMYCES BOULARDII, 17 LIOPILIZADO, SACHE	SACHE
89	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	ENV
90	SIMETICONA 75MG/ML, FRASCO COM 10ML	FRASC
91	SOLUCAO DE RINGER BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML	UND.
92	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 100ML	UND.
93	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 250ML	UND.
94	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML	UND.
95	SOLUCAO GLICERINA 12% BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML	UND.
96	SOLUCAO GLICO-FISIOLÓGICA 1:1 5% + 0,9%, BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA 500ML	UND.
97	SOLUCAO GLICOSADA 5% BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 250ML	UND.
98	SOLUCAO GLICOSADA 5% BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML	UND.
99	SULFADIAZINA DE PRATA 1%, BISNAGA COM 30G	TUBO
100	SULFALTO DE SALBUTAMOL 5MG/ML 10ML	FRASC
101	SULFAMETOXAZOL (SMZ) + TRIMETOPRIMA (TMP) 400MG/5ML + 80MG/5ML,	FRASC
102	SULFATO DE MAGNESIO (50%), AMPOLA COM 10ML	AMP.



103	(FOSFATO DE OSELTAMIVIR) 30MG	COMP.
104	TAMIFLU (FOSFATO DE OSELTAMIVIR) 45MG	COMP.
105	TAMIFLU (FOSFATO DE OSELTAMIVIR) 75MG	COMP.
106	TRAMADOL 50MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMP.
107	VALPROATO DE SODIO 250MG/5ML, FRASCO COM 100ML	FRASC
108	VANCOMICINA 500 MG FRASCO-AMPOLA	AMP.

1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, COMPRIMIDO CONTENDO 100MG	
2	ÁCIDO ACÉTICO 5% PA, SOLUÇÃO ACONDICIONADA EM FRASCO PLÁSTICO DE 1000 ML.	FRASCO
3	ÁCIDO ÉPSILON-AMINOCAPRÓICO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 50MG/ML, FRASCO-AMPOLA COM 20ML	FRASCO AMPOLA
4	ÁCIDO PERACÉTICO, DESINFETANTE E ESTERILIZANTE QUÍMICO, CONTENDO 5%, ACONDICIONADO EM GALÃO COM 5000ML FAZER CIS/ JUST.	GALÃO
5	ÁCIDO TRICLOROACÉTICO, CONTENDO 90% APRESENTAÇÃO EM SOLUÇÃO AQUOSA, FRASCO AMBAR CONTENDO 10 ML.	FRASCO
6	ACICLOVIR, COMPRIMIDO CONTENDO 200MG	COMPRIMIDO
7	ÁCIDO FÓLICO 0,2MG/ML SOL ORAL FRASCO GOTAS 30ML	FRASCO
8	ÁCIDO FÓLICO (VITAMINA B9), COMPRIMIDOS CONTENDO 5 MG	COMPRIMIDO
9	ÁCIDO METACRESOL, SOLUÇÃO AQUOSA, 36%, FRASCO DE VIDRO AMBAR COM 12 ML.	FRASCO
10	ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (ÁCIDO LINOLEICO), TRIGLICERÍDEOS DE CADEIA MÉDIA (ÁCIDO CAPRÍLICO, ÁCIDO CAPRÍCO, ÁCIDO LAÚRICO, LECITINA DE SOJA, VITAMINA A E VITAMINA E, COM ISENÇÃO DE COMPONENTES DE ORIGEM ANIMAL E QUALQUER COMPONENTE ALCOÓLICO). TODOS OS COMPONENTES DEVEM SER ANTIALÉRGICOS (NÃO DEVEM POSSUIR COMPONENTES QUE AGRIDEM A PELE OU OS FERIMENTOS). HIDRATA E AUXILIA NA RESTAURAÇÃO DA PELE. PROCEDÊNCIA, PRAZO DE VALIDADE. EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, FRASCO COM BICO DOSADOR, CONTENDO 200 ML.	FRASCO
11	ÁCIDO TRANEXÂMICO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 50MG/ML, AMPOLA COM 5ML.	AMPOLA
12	ADENOSINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 3MG/ML, AMP COM 2ML.	AMPOLA
13	ÁGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO ESTÉRIL, ACONDICIONADA EM FRASCO PLÁSTICO TRANSPARENTE DE 500ML, GRADUADO, COM SISTEMA FECHADO	FRASCO

[Handwritten signatures and initials]



14	ÁGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO ESTÉRIL, ACONDICIONADA EM AMPOLA PLÁSTICA TRANSPARENTE DE 10ML	AMPOLA
15	ÁGUA OXIGENADA 10 VOLUMES OU PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO 3%. USO HOSPITALAR. FRASCO COM 1.000ML. EMBALAGEM FOSCA COM CONTRA-TAMPA E TAMPA ROSQUEADA, COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO E TEMPO DE VALIDADE. ANTISSÉPTICO, USO TÓPICO	FRASCO
16	ALBENDAZOL, SUSPENSÃO CONTENDO 40MG/ML, FRASCO COM 10ML	FRASCO
17	ALBENDAZOL, COMPRIMIDO CONTENDO 400MG.	COMPRIMIDO
18	ALBUMINA HUMANA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 200MG/ML (20%), FRASCO-AMPOLA COM 50ML	AMPOLA
19	ÁLCOOL ETÍLICO 70% (V/V), NA FORMA DE GEL. Uso hospitalar. Refil plástico (tipo Bag) com 800ml, adaptável a dispensadores para preparações alcoólicas. Embalagem com dados de identificação, procedência, data de fabricação e tempo de validade. Antisséptico, uso tópico.	REFIL
20	ÁLCOOL ETÍLICO 70% (P/P). USO HOSPITALAR. FRASCO COM 1.000ML. Embalagem com dados de identificação, procedência, data de fabricação e tempo de validade. Antisséptico, uso tópico.	FRASCO
21	ÁLCOOL ETÍLICO ABSOLUTO, CONTENDO 99,5%/99,3% PA, acondicionado em frasco 1000ml.	FRASCO
22	ÁLCOOL IODADO - SOLUÇÃO ALCOÓLICA CONTENDO 0,1% DE IODO. Uso hospitalar. Frasco com 1.000 ml. Embalagem com dados de identificação, procedência, data de fabricação e tempo de validade. Antisséptico, uso tópico.	FRASCO
23	ALPROSTADIL, PÓ LIOFILIZADO CONTENDO 20MCG, FRASCO-AMPOLA	AMPOLA
24	AMICACINA (SULFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 50MG/ML, AMPOLA COM 2 ML	AMPOLA
25	AMICACINA (SULFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 250MG/ML, AMPOLA COM 2 ML	AMPOLA
26	AMINOFILINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 24MG/ML, AMPOLA COM 10ML	AMPOLA
27	AMIODARONA (CLORIDRATO), COMPRIMIDO SULCADO CONTENDO 200MG	COMPRIMIDO
28	AMIODARONA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 50MG/ML, AMPOLA COM 3 ML	AMPOLA
29	AMOXICILINA, SUSPENSÃO ORAL CONTENDO 250MG/ML, FRASCO COM 150ML	FRASCO
30	AMOXICILINA, COMPRIMIDO OU CÁPSULA CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
31	AMOXICILINA + CLAVULONATO DE POTÁSSIO, COMPRIMIDO CONTENDO 500MG + 125MG	COMPRIMIDO
32	AMPICILINA (SÓDICA), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 500MG	AMPOLA
33	Ampicilina + Sulbactam, pó liofilizado contendo 2g + 1g, Ampola	Frasco FRASCO/ AMPOLA



34	ATENOLOL, COMPRIMIDO CONTENDO 25 MG	COMPRIMIDO
35	ATROPINA (SULFATO), SOLUÇÃO INJET. CONTENDO 0,25MG/ML, AMP C/ 1ML	AMPOLA
36	AZITROMICINA, COMPRIMIDO CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
37	BECLOMETASONA SUSPENSÃO NASAL, CONTENDO 400MCG/ML, FLACONETE COM 2ML	FLACONETE
38	BENZILPENICILINA G POTÁSSICA, 1.000.000 UI, PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO AMPOLA	FRASCO AMPOLA
39	BENZILPENICILINA POTÁSSICA), PENICILINA G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 5.000.000UI	FRASCO AMPOLA
40	BENZILPENICILINA BENZATINA), PENICILINA G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 600.000UI	FRASCO AMPOLA
41	BENZILPENICILINA G PROCAÍNA + G POTÁSSICA 300.000UI + 100.000UI, FRASCO AMPOLA + DILUENTE	FRASCO AMPOLA
42	BENZILPENICILINA BENZATINA), PENICILINA G BENZATINA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 1.200.000UI	FRASCO AMPOLA
43	BESILATO DE ANLDIRINO 5MG COMPRIMIDO, EMBALAGEM INDIVIDUALIZADA EM ENVELOPE OU BLISTER	COMPRIMIDO
44	BICARBONATO DE SÓDIO, PÓ CONTENDO 100 G, ENVELOPE	ENVELOPE
45	BICARBONATO DE SÓDIO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 84MG/ML (8,4%), AMPOLA COM 10ML	AMPOLA
46	BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA + DIFIRONA (SÓDICA), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 4MG/ML + 500MG/ML, AMPOLA COM 5ML	AMPOLA
47	BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA + DIFIRONA (SÓDICA), SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 6,67MG/ML + 333,4MG/ML, FRASCO CONTA-GOTAS CONTENDO 20ML	FRASCO GOTAS
48	BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 20MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMP
49	BROMOPRIDA, SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 4MG/ML, FRASCO COM 20ML	FRASCO
50	BROMOPRIDA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMPOLA
51	BUPIVACAÍNA (CLORIDRATO) + GLICOSE, (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5MG/ML + 80MG/ML (0,5% + 8%), AMPOLA COM 4ML	AMPOLA
52	BUPIVACAÍNA COM EPINEFRINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5MG/ML, FRASCO AMPOLA COM 20ML	FRASCO AMPOLA
53	CARBEGOLINA, COMPRIMIDO CONTENDO 0,5MG	COMPRIMIDO
54	CAFEÍNA 1MG/10ML - FRASCO C/ 30ML	FRASCO
55	CAPTOPRIL, COMPRIMIDOS SULCADOS CONTENDO 25MG	COMPRIMIDO
56	CARVÃO VEGETAL ATIVADO EM PÓ, PACOTE CONTENDO 500G	PACOTE
57	CAVERDILOL 3,125MG	COMPRIMIDO



58	CAVERDILOL (BISSULCADO) CONTENDO 12,5MG	COMPRIMIDO
59	CEFALEXINA (MONOHIDRATADA), SUSPENSÃO ORAL CONTENDO 250MG/5ML, FRASCO 100ML	FRASCO
60	CEFALEXINA, CÁPSULA OU COMPRIMIDO CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
61	CEFALOTINA (SÓDICA), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 1.000MG	FRASCO AMPOLA
62	CEFAZOLINA (SÓDICA), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 1.000MG.	FRASCO AMPOLA
63	CEFEPIMA (CLORIDRATO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 2.000MG	FRASCO AMPOLA
64	CEFTRIAXONA 1000MG, PÓ ESTÉRIL, ACOMPANHADO DE AMPOLA DE DILUENTE COM 3,5 ML (LIDOCAÍNA 1%). PARA APLICA INTRAMUSCULAR	FRASCO AMPOLA
65	CEFTRIAXONA (SÓDICA), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 1.000MG ENDOVENOSO	FRASCO AMPOLA
66	CETOCONAZOL 200MG, COMPRIMIDO	COMPRIMIDO
67	CETOPROFENO, PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL ENDOVENOSO, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 100MG	FRASCO AMPOLA
68	CETOPROFENO, SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAMUSCULAR CONTENDO 50MG/ML AMPOLA 2ML	AMPOLA
69	CIPROFLOXACINA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 2MG/ML (0,2%), BOLSA SISTEMA FECHADO COM 100ML	BOLSA
70	CIPROFLOXACINO (CLORIDRATO), COMPRIMIDOS REVESTIDOS CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
71	CLARITROMICINA, COMPRIMIDO CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
72	CLINDAMICINA (FOSFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 150MG/ML, AMPOLA COM 4 ML	AMPOLA
73	CLONIDINA (CLORIDRATO), COMPRIMIDO CONTENDO 0,100MG.	COMPRIMIDO
74	CLORETO DE POTÁSSIO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 100MG/ML (10% OU 1,34MEQ K), AMPOLA COM 10 ML	AMPOLA
75	CLORETO DE POTÁSSIO, SOLUÇÃO ORAL SEM AÇÚCAR CONTENDO 900MG/15ML (6%), FRASCO COM 150ML	FRASCO
76	CLORETO DE SÓDIO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 9MG/ML (0,9% OU 153,9MEQ/L NA+), AMPOLA COM 10ML	AMPOLA
77	CLORETO DE SÓDIO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 200MG/ML (20% OU 3,4MEQ/ML NA+), AMPOLA COM 10 ML	AMPOLA
78	CLOREXIDINA ALCOÓLICA A 0,5% - DIGLICONATO DE CLOREXIDINA EM ÁLCOOL A 70%. USO HOSPITALAR. FRASCO COM 1.000ML. EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATADA FABRICAÇÃO E TEMPO DE VALIDADE. ANTISSÉPTICO, USO TÓPICO.	FRASCO



79	CLOREXIDINA DEGERMANTE A 2% - DIGLICONATO DE CLOREXIDINA ASSOCIADO À TENSOATIVOS. USO HOSPITALAR. FRASCO COM 1.000ML. EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DA FABRICAÇÃO E TEMPO DE VALIDADE. ANTISSEPTICO, USO TÓPICO.	FRASCO
80	CLOREXIDINA SOLUCAO ANTI-SEPTICA AQUOSA 2% FRASCO COM 1000 ML	FRASCO
81	COLAGENASE + CLORANFENICOL, CREME CONTENDO 0,6UI + 0,01G, BISNAGA COM 30G	BISNAGA
82	COMPLEXO VITAMINICO (PALMITATO DE RETINOL (VIT A),TIAMINA(VIT B1), 5-FOSFATO SÓDICO DE RIBOFLAVINA (VIT B2), NICOTINAMIDA (VIT PP), PIRIDOXINA (VIT B6), DEXPANTENOL (VIT B5), BIOTINA (VIT H), ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C), ERGOCALCIFEROL(VIT D2), RACEALFATOCOFEROL (VIT E)); FRASCO GOTAS COM 20ML	FRASCO GOTAS
83	DESLANOSÍDEO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 0,2MG/ML. AMPOLA COM 2ML	AMPOLA
84	DETERGENTE ENZIMÁTICO, TENSOATIVOS, NÃO IÔNICO + ENZIMAS, PH NEUTRO, ASSOCIADO A 4 ENZIMAS DO TIPO AMILASE, LIPASE, PROTEASE E CARBOIDRASE, ACONDICIONADA EM GALÃO DE 5000ML	GALÃO
85	DEXAMETASONA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 4MG/ML, AMPOLA COM 2,5ML.	AMPOLA
86	DEXAMETASONA, CREME CONTENDO 0,1%, BISNAGA COM 10G	BISNAGA
87	DIGOXINA, COMPRIMIDO CONTENDO 0,25MG.	COMPRIMIDO
88	DIPIRONA (SÓDICA), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 500MG/ML, AMPOLA AMBAR COM 2ML	AMPOLA
89	DIPIRONA (SÓDICA), SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 500MG/ML, FRASCO GOTAS COM 10ML	FRASCO GOTAS
90	DOBUTAMINA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 12,5MG/ML, AMPOLA COM 20ML	AMPOLA
91	DOMPERIDONA, SUSPENSÃO ORAL CONTENDO 1MG/ML, FRASCO COM 100ML	FRASCO
92	DOPAMINA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5MG/ML, AMPOLA COM 10ML	AMPOLA
93	DOXICICLINA, COMPRIMIDOS CONTENDO 100MG	COMPRIMIDO
94	EFEDRINA (SULFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML, AMPOLA COM 1ML.	AMPOLA
95	EPINEFRINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 1MG/ML (1:1.000), AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
96	ENALAPRIL, COMPRIMIDO CONTENDO 20MG	COMPRIMIDO
97	ESCINA AMORFA + ESCINA POLISSULFONADA SÓDICA + SALICILATO DE DIETILAMINA (0,01G+0,01G+0,05G/G) GEL TUBO 30G	BISNAGA
98	ERITROMICINA (ESTEARATO), COMPRIMIDO CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
99	ERITROMICINA, SUSPENSÃO ORAL CONTENDO 25MG/ML, FRASCO COM 60ML	FRASCO
100	ESPIRONOLACTONA, COMPRIMIDO CONTENDO 25MG	COMPRIMIDO
101	ESPIRONOLACTONA, COMPRIMIDO CONTENDO 100MG	COMPRIMIDO

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



102	ÉTER ALCOOLIZADO – ÉTER SULFÚRICO A 35% EM ÁLCOOL ETÍLICO 96%. USO HOSPITALAR. FRASCO COM 1.000ML. EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DA FABRICAÇÃO E TEMPO DE VALIDADE. ANTISSÉPTICO, USO TÓPICO.	FRASCO
103	ETILEFRINA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 10MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
104	FENOTEROL (BROMIDRATO), SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO CONTENDO 5MG/ML, FRASCO CONTA-GOTAS COM 20ML	FRASCO GOTAS
105	FLUCONAZOL, COMPRIMIDO OU CÁPSULA CONTENDO 150MG	COMPRIMIDO
106	FUROSEMIDA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 10MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMPOLA
107	FUROSEMIDA, COMPRIMIDO CONTENDO 40MG	COMPRIMIDO
108	FUROSEMIDA 1MG/30ML – FRASCO C/30ML FAZER CI S/ JUST.	FRASCO
109	GENTAMICINA (SULFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 10MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
110	GENTAMICINA (SULFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 40MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
111	GENTAMICINA (SULFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 40MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMPOLA
112	GLIBENCLAMIDA, COMPRIMIDOS CONTENDO 5MG	COMPRIMIDO
113	GLICAZIDA, COMPRIMIDO LIBERAÇÃO CONTROLADA CONTENDO 30MG	COMPRIMIDO
114	GLICOSE, SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERTÔNICA CONTENDO 250MG/ML (25%), AMPOLA COM 10ML	AMPOLA
115	GLICOSE, SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERTÔNICA CONTENDO 500MG/ML (50%), AMPOLA COM 10ML	AMPOLA
116	GLUCONATO DE CÁLCIO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 97,9MG/ML (10%), AMPOLA COM 10ML	AMPOLA
117	HEPARINA (SÓDICA), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5.000UI/ML, FRASCO-AMPOLA COM 5ML	FRASCO AMPOLA
118	HEPARINA (SÓDICA), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5.000UI/0,25ML, AMPOLA COM 0,25ML	AMPOLA
119	HIDRALAZINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 20MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMP
120	HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS CONTENDO 25MG	COMP
121	HIDROCORTISONA (SUCCINATO DE SÓDIO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO AMPOLA CONTENDO 100MG	FRASCO AMPOLA
122	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO AMPOLA CONTENDO 500MG	FRASCO AMPOLA
123	Hidroxizina (cloridrato), solução oral 2mg/ml, frasco 120ml	FRASCO
124	HIDROXIZINA, COMPRIMIDO CONTENDO 25MG	COMPRIMIDO
125	HIDROXIDO DE FERRO III POLIMALTASADO .SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 167mg/ml. FRASCO GOTAS 15ml.	FRASCO GOTAS
126	IBUPROFENO 600MG COMPRIMIDO	COMPRIMIDO



127	IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RHO (D), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 300MCG, AMPOLA COM 1,5ML	SERINGA
128	INSULINA HUMANA NPH, SUSPENSÃO INJETÁVEL CONTENDO 100UI/ML, FRASCO-AMPOLA COM 10ML	FRASCO AMPOLA
129	INSULINA HUMANA REGULAR, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 100UI/ML, FRASCO-AMPOLA COM 10ML	FRASCO AMPOLA
130	IPRATRÓPIO (BROMETO), SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO CONTENDO 0,250MG (0,025%), FRASCO GOTAS COM 2ML	FRASCO
131	ISSORBIDA (MONONITRATO), COMPRIMIDO SUBLINGUAL CONTENDO 5MG	COMPRIMIDO
132	ISSORBIDA (MONONITRATO), COMPRIMIDO CONTENDO 10MG	COMPRIMIDO
133	IVERMECTINA, COMPRIMIDOS CONTENDO 6MG	COMPRIMIDO
134	LACTULOSE, SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 667MG/ML, FRASCO DE 100ML A 150ML	FRASCO
135	LEVOFLOXACINO, 500MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO/BOLSA 100ML SISTEMA FECHADO, FLEXÍVEL INERTE QUIMICAMENTE (POLIETILENO), ISENTO DE PVC	BOLSA
136	LIDOCAÍNA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 20MG/ML (2%), AMPOLA COM 5ML	AMPOLA
137	LIDOCAÍNA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 20MG/ML (2%), FRASCO-AMPOLA FLIP-OFF COM 20ML	FRASCO AMPOLA
138	LIDOCAÍNA (CLORIDRATO) + EPINEFRINA (BITARTARATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 20MG/ML + 9,1MG/ML (2% + 1:200.000), FRASCO-AMPOLA FLIP-OFF COM 20ML	FRASCO AMPOLA
139	LIDOCAÍNA (CLORIDRATO), GELEIA CONTENDO 100MG/5G (2%), BISNAGA COM 30G	BISNAGA
140	LORATADINA, 1MG/ML, SUSPENSÃO ORAL, FRASCO COM 100ML	FRASCO
141	LORATADINA, COMPRIMIDO CONTENDO 10MG	COMPRIMIDO
142	LOSARTANA (POTÁSSICA), COMPRIMIDO CONTENDO 50MG	COMPRIMIDO
143	LUGOL, SOLUÇÃO DE IODO CONTENDO 5%, acondicionado em frasco âmbar com 100ml	FRASCO
144	MEBENDAZOL, SUSPENSÃO ORAL CONTENDO 20MG/ML, FRASCO COM 30ML	FRASCO
145	MEROPENEM, PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO AMPOLA CONTENDO 1.000MG.	FRASCO AMPOLA
146	METFORMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
147	METILDOPA, COMPRIMIDO REVESTIDO 250MG	COMPRIMIDO
148	METILERGOMETRINA, COMPRIMIDO CONTENDO 0,125MG	COMPRIMIDO
149	METILERGOMETRINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 0,2MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
150	METOCLOPRAMIDA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 4MG/ML (ANIDRO), FRASCO GOTAS COM 10ML	FRASCO GOTAS
151	METOCLOPRAMIDA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5MG/ML (ANIDRO), AMPOLA COM 2ML	AMPOLA

[Handwritten signatures and initials]



152	METRONIDAZOL, COMPRIMIDOS CONTENDO 250MG	COMPRIMIDO
153	METRONIDAZOL, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5MG/ML (0,5%), BOLSA SISTEMA FECHADO COM 100ML	BOLSA
154	METRONIDAZOL, SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML, FRASCO COM 100ML.	FRASCO
155	METRONIDAZOL 10% (100MG/G) CREME VAGINAL, BISPAGINA COM 50MG, ACOMPANHADA DE APLICADOR	BISPAGINA
156	MONOPERSULFATO DE POTÁSSIO, PÓ PARA DILUIÇÃO A 1%, SACHÊ COM 50G	SACHÊ
157	NEOMICINA + BACITRACINA, POMADA CONTENDO 5MG + 250UI, BISPAGINA COM 10G	BISPAGINA
158	NEOSTIGMINA (METILSULFATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 0,5MG/ML, AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
159	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS REVESTIDOS CONTENDO 10MG	CÁPSULA
160	NIFEDIPINA (RETARD), COMPRIMIDOS REVESTIDOS CONTENDO 20MG	COMPRIMIDO
161	NISTATINA, SUSPENSÃO ORAL CONTENDO 100.000UI/ML, FRASCO COM 50ML	FRASCO
162	NISTATINA, CREME VAGINAL CONTENDO 100.000UI/4G, BISPAGINA COM 80G, ACOMPANHA 14 APLICADORES DESCARTÁVEIS	BISPAGINA
163	NITRATO DE PRATA CONTENDO 5%, BASTÃO COM 5G FAZER CI S/JUST.	BASTÃO
164	Nitroglicerina, solução injetável contendo 5mg/ml, ampola/10ml	AMPOLA
165	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 25MG/ML AMPOLA AMBAR COM 2ML	AMPOLA
166	NORADRENALINA OU NOREPINEFRINA (HEMITARTARATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 2MG/ML (BASE), AMPOLA COM 4ML	AMPOLA
167	OCITOCINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 5 UI/ML, AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
168	OLÉO MINERAL PURO, FRASCO COM 100ML	FRASCO
169	OMEPRAZOL (SÓDICO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO- AMPOLA CONTENDO 40MG E 1 AMPOLA DE DILUENTE CONTENDO 10ML	FRASCO AMPOLA
170	OMEPRAZOL, CÁPSULA CONTENDO 20MG	CÁPSULA
171	OXACILINA (SÓDICA), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 500MG, FRASCO-AMPOLA	FRASCO AMPOLA
172	OXIDO DE ZINCO (PASTA D'AGUA)	POTE
173	ÓXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + D, POMADA CONTENDO 150MG/G, BISPAGINA 45G	BISPAGINA
174	PARACETAMOL, COMPRIMIDO REVESTIDO CONTENDO 500MG	COMPRIMIDO
175	PARACETAMOL, SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 200MG/ML, FRASCO COM 20ML	FRASCO GOTAS
176	PERMANGANATO DE POTÁSSIO, COMPRIMIDO CONTENDO 100MG	COMPRIMIDO
177	PIPERACILINA (SÓDICA) + TAZOBACTAM (SÓDICO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 4.000MG +500MG	FRASCO AMPOLA

[Handwritten signatures and initials]



178	POLIESTIRENOSSULFATO DE CÁLCIO, GRANULADO CONTENDO 900MG/G, ENVELOPE COM 30G	ENVELOPE
179	POLIMIXINA B (SULFATO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 500.000 UI	FRASCO AMPOLA
180	PREDNISOLONA, SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 3MG/ML, FRASCO COM 100ML	FRASCO
181	PREDNISONA, COMPRIMIDO CONTENDO 5MG	COMPRIMIDO
182	PREDNISONA, COMPRIMIDO CONTENDO 20MG	COMPRIMIDO
183	PROMETAZINA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 25MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMPOLA
184	PROMETAZINA (CLORIDRATO), COMPRIMIDO CONTENDO 25MG	COMPRIMIDO
185	PROPRANOLOL (CLORIDRATO), COMPRIMIDO CONTENDO 40MG	COMPRIMIDO
186	RANITIDINA (CLORIDRATO), COMPRIMIDO REVESTIDO CONTENDO 150MG	COMPRIMIDO
187	RANITIDINA (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 25MG/ML (BASE), AMPOLA COM 2ML	AMPOLA
188	RANITIDINA, SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 150MG/10ML, FRASCO COM 120 ML	FRASCO
189	SABONETE LÍQUIDO A BASE DE TRICLOSAN 0,5%. USO HOSPITALAR. FRASCO COM 1.000ML. EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DA FABRICAÇÃO E TEMPO DE VALIDADE.	FRASCO
190	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL - PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL. COMPOSIÇÃO POR LITRO APÓS PREPARO: CLORETO DE SÓDIO 3,6G (75MMOL DE SÓDIO), GLICOSE ANIDRA 20, G/L (75MMOL DE GLICOSE), CLORETO DE POTÁSSIO 1,5G (20MMOL DE POTÁSSIO E 65MMOL DE CLORETO), CITRATO DE SÓDIO DIIDRATADO 2,9G (10MMOL DE CITRATO)	ENVELOPE
191	SIMETICONA COMPRIMIDO CONTENDO 40MG	COMPRIMIDO
192	SIMETICONA, EMULSÃO ORAL CONTENDO 75MG/ML, FRASCO COM 10ML	FRASCO GOTAS
193	SINVASTATINA, COMPRIMIDO CONTENDO 20MG.	COMPRIMIDO
194	SOLUÇÃO ANTISSEPTICA DEGERMANTE A BASE DE PVPI A 10% (1% DE IODO DISPONÍVEL) ASSOCIADA A LAURILETER SULFATO DE SÓDIO, ACONDICIONADA EM RECIPIENTE PLÁSTICO FOSCO, DESCARTÁVEL, CONTENDO 1000ML. EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE.	LITRO
195	SOLUÇÃO ANTISSEPTICA TÓPICA A BASE DE PVPI EM VEÍCULO AQUOSO A 10% (1% DE IODO DISPONÍVEL) EM VEÍCULO AQUOSO, SOLUÇÃO TÓPICA, ACONDICIONADA EM RECIPIENTE PLÁSTICO FOSCO, DESCARTÁVEL, CONTENDO 1.000ML	LITRO
196	SOLUÇÃO AQUOSA DE GÁS DE FORMALDEÍDO E METANOL, NA CONCENTRAÇÃO DE 10%, FRASCO COM 1000ML. PARA USO HOSPITALAR.	LITRO



197	SOLUÇÃO REMOVEDORA DE OXIDAÇÃO DOS ARTIGOS E UTENSÍLIOS DE AÇO INOX. LÍQUIDO TRANSPARENTE CONCENTRADO A BASE DE: ÁCIDO FOSFÓRICO - 30%, ÉTER PROPILGLICOL - 35% E DETERGENTE NÃO IÔNICO - 3%. COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO; PRAZO DE VALIDADE E REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	LITRO
198	SECNIDAZOL, COMPRIMIDO CONTENDO 1000MG	COMPRIMIDO
199	SOLUÇÃO DE FRUTOSE 5%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	BOLSA OU FRASCO
200	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 100ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	BOLSA OU FRASCO
201	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 250ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	BOLSA OU FRASCO
202	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	BOLSA OU FRASCO
203	SOLUÇÃO GLICERINA 12%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	BOLSA OU FRASCO
204	SOLUÇÃO GLICO-FISIOLÓGICA, COMPOSTA POR GLICOSE 5% ASSOCIADA AO CLORETO DE SÓDIO 0,9%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	BOLSA OU FRASCO

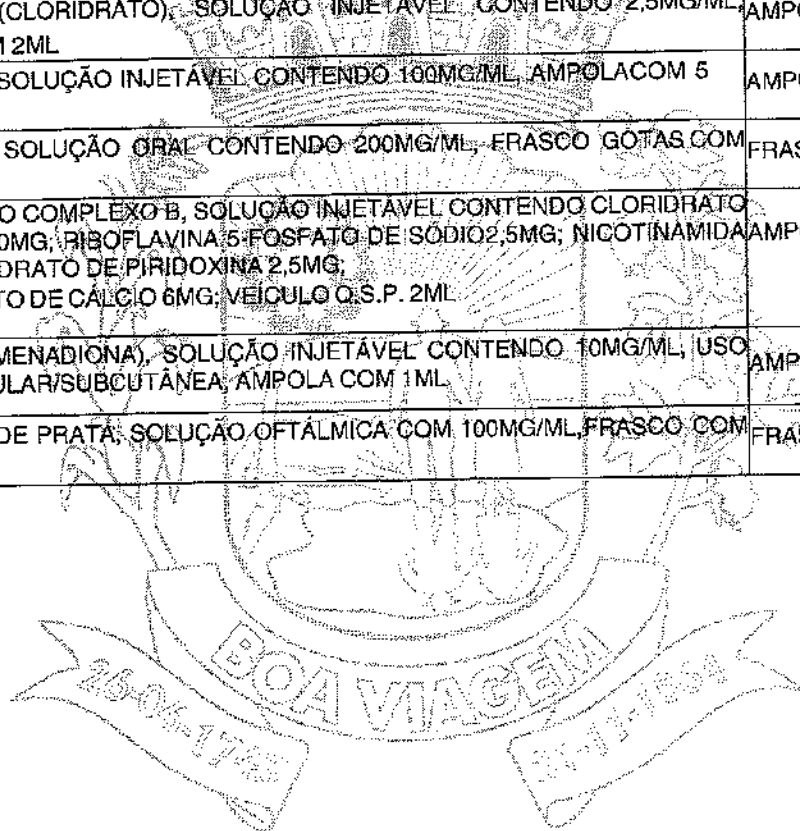


205	SOLUÇÃO GLICOSADA 10%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 250ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	OLSA FRASCO	OU
206	SOLUÇÃO GLICOSADA 5%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 250ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	OLSA FRASCO	OU
207	SOLUÇÃO GLICOSADA 5%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	OLSA FRASCO	OU
208	SOLUÇÃO DE MANITOL 20%, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 250ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	OLSA FRASCO	OU
209	SOLUÇÃO DE RINGER ASSOCIADO COM LACTATO, SOLUÇÃO INJETÁVEL, INCOLOR, ESTÉRIL, APIROGÊNICO, ACONDICIONADO EM BOLSA OU FRASCO EM SISTEMA FECHADO COM 500ML. EMBALAGEM GRADUADA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, DATA DE FABRICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO E PRAZO DE VALIDADE, COM REGISTRO EM ÓRGÃO COMPETENTE.	OLSA FRASCO	OU
210	SULFADIAZINA DE PRATA, CREME CONTENDO 1%.	BISNAGA	
211	BISNAGA CONTENDO 50 G		
212	SULFAMETOXAZOL (SMZ) + TRIMETOPRIMA (TMP), COMPRIMIDOS CONTENDO 400MG + 80MG	COMPRIMIDO	
213	SULFAMETOXAZOL (SMZ) + TRIMETOPRIMA (TMP), SUSPENSÃO ORAL CONTENDO 400MG + 80MG EM 5ML. FRASCO COM 100ML	FRASCO	
214	SULFATO FERROSO, SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 125MG/ML, FRASCO GOTAS COM 30ML	FRASCO GOTAS	
215	SULFATO FERROSO, COMPRIMIDO CONTENDO 40MG	COMPRIMIDO	
216	SULFATO DE MAGNÉSIO (HEPTAHIDRATADO), SOLUÇÃO INJETÁVEL (50%), AMPOLA COM 10ML	AMPOLA	
217	SULFIRAM SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO CONTENDO 22,25G/100ML. FRASCO COM 100ML.	FRASCO	
218	SURFACTANTE PULMONAR, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO (80MG/ML), FRASCO AMPOLA COM 3ML	FRASCO AMPOLA	

[Handwritten signatures and initials]



219	SUXAMETÔNIO (CLORETO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 100MG, FRASCO-AMPOLA	FRASCO AMPOLA
220	TOBRAMICINA, SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL 0,3%, FRASCO GOTAS COM 5ML	FRASCO GOTAS
221	VANCOMICINA (CLORIDRATO), PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 500MG	FRASCO AMPOLA
222	VARFARINA, COMPRIMIDO CONTENDO 5MG	COMPRIMIDO
223	VASELINA LIQUIDA 1000ML	LITRO
224	VASELINA SÓLIDA, ESTERILIZADA, ISENTA DE PARTÍCULAS SÓLIDAS APARENTES, BISNAGA COM 30G	BISNAGA
225	VERAPAMIL (CLORIDRATO), COMPRIMIDOS REVESTIDOS COM 80MG	COMPRIMIDO
226	VERAPAMIL (CLORIDRATO), SOLUÇÃO INJETÁVEL, CONTENDO 2,5MG/ML, AMPOLA COM 2ML	AMPOLA
227	VITAMINA C, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 100MG/ML, AMPOLA COM 5 ML	AMPOLA
228	VITAMINA C, SOLUÇÃO ORAL CONTENDO 200MG/ML, FRASCO GOTAS COM 20ML	FRASCO GOTAS
229	VITAMINAS DO COMPLEXO B, SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO CLORIDRATO DE TIAMINA 10MG; RIBOFLAVINA 5-FOSFATO DE SÓDIO 2,5MG; NICOTINAMIDA 30MG; CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 2,5MG; PANTOTENATO DE CÁLCIO 6MG; VEÍCULO Q.S.P. 2ML	AMPOLA
230	VIT. K (FITOMENADIONA), SOLUÇÃO INJETÁVEL CONTENDO 10MG/ML, USO INTRAMUSCULAR/SUBCUTÂNEA, AMPOLA COM 1ML	AMPOLA
231	VITELINATO DE PRATA, SOLUÇÃO OFTÁLMICA COM 100MG/ML, FRASCO COM 5ML.	FRASCO GOTAS





ANEXO IX - RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Segue relação de equipamentos, mobiliários e instrumentais para o inventário da Unidade.

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: PRÉ-PARTO/ DISPENSA		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
	ARMÁRIO DE PORTAS	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: PRÉ-PARTO/ EXPURGO		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
614262	ARMÁRIO ESCRITÓRIO	1
42087	SUPORE	1
27453	CADEIRA DE AÇO	1
615060	VENTILADOR	1
	ASPIRADOR	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: PRÉ-PARTO/ DISPENSA		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
	ARMÁRIO DE PORTAS	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: CLINICA PEDIATRICA		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
615744	AR CONDICIONADO 12.000	1
26366	SUSP. P/ SORO	1
26888	SUSP. P/ SORO	1
26551	APAR DE BANHO LUZ - BEBE	1
	BERÇO AZUL C/ BRANCO	2
	CADEIRA PLASTICO	2
	ESCADINHA TRIPÉ	1
	ARMARIO P/ APOIO DE MEDICAÇÃO	1
	CAMA INFANTIL BCº GELO	1
	CAMA HOSPITALAR	1

[Handwritten signatures and initials]



LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: CONSULTORIO 01		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
615051	VENTILADOR VENTISOL	1
	MACA ALCOCH C/ COLCHÃO	1
	ESCADA TRIPE	1
	BIRÔ COM 02 GAVETAS	1
	CADEIRA GIRATORIA VERDE	1
58847	NEGATOSCOPIO	1
	CADEIRA AZUL ALCOCH	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: CONSULTORIO 02		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
58845	NEGATOSCOPIO	1
	MACA ALCOCH	1
	ESCADA TRIPE	1
	BIRÔ COM 02 GAVETAS	1
	CADEIRA GIRATORIA VERDE	1
	NEGATOSCOPIO	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: COZINHA		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
48765	FOGÃO INDUSTRIAL 06 BOCAS	1
	VENTILADOR VENTISOL DE PAREDE	1
	GELADEIRA CONSUL	1
	MICROONDAS	1
	GELADEIRA ELECTROLUX	1
614257	ARMARIO DE AÇO	1
	FREEZER ESMALTEC 02 TAMPAS	1
26327	CADEIRA AZUL	1
48791	BIRÔ	1
	VENTILADOR TRON DE PAREDE	2
	GELADEIRA CONSUL PRATICE 240LT	1

[Handwritten signatures and initials]



	CADEIRA PLASTICA	1
	CESTO PLASTICOS PARA GUARDA ALIMENTOS	3
1063	MESA REFEITORIO DE MADEIRA	1
58728	GELAGUA ESMALTEC	1
1103	BANCO REFEITORIO DE MADEIRA	1
1034	BANCO REFEITORIO DE MADEIRA	1
26724	BANCO REFEITORIO DE MADEIRA	1
615051	VENTILADOR VENTISOL DE PAREDE	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: DIREÇÃO		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
487	BIRÔ C/ 3 GAVETAS	1
615191	COMPUTADOR	1
58727	GELAGUA	1
53734	CADEIRA GIRATORIA	1
24853	ARMARIO TIPO BANCADA SUBDIVIDIDO EM 2 PARTES	1
	ARMARIO C/ 4 PRATILEIRAS EM FORMICA	1
50610	TV	1
58776	MONITOR PCTDP CAMERAS	1
58689	CADEIRA FIXA PRETA	1
58692	CADEIRA FIXA PRETA	1
58699	CADEIRA FIXA PRETA	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: EMERGENCIA		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
58768	LONGARINA C/ 5 ACENTOS	1
58744	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
58749	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
58702	CADEIRA PRETA	1
58693	CADEIRA PRETA	1
61095	MACA BRANCA	1
26917	SUPORTE P/SORO	1
	APOIO P/ BRAÇO	1
	MACA BRANCA ALCOCH	1
42079	SUPORTE P/MEDIC	1
144439	CARRINHO P/ CURATIVO	1

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



615771	AR CONDICIONADO 24.000	1
57257	CAMA HOSPITALAR	3
57263	CAMA HOSPITALAR	1
	CADEIRA PLASTICA	1
	ESCADA TRIPÉ	1
	SUSP. P/ SORO AZUL	2
615862	VENTILADOR DE PAREDE VENTISOL	1
26990	SUSP. P/ SORO AZUL	1
26377	SUSP. P/ SORO AZUL	1
615061	VENTILADOR DE PAREDE VENTISOL	1
	CADEIRA PLASTICA	4

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: ENFERMARIA 04		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
58710	CADEIRA DE BANHO	1
57278	CAMA HOSPITALAR	1
57281	CAMA HOSPITALAR	1
	CAMA HOSPITALAR	1
	CAMA HOSPITALAR	1
	CAMA HOSPITALAR	1
	ESCADA TRIPÉ	2
	CADEIRA AZUL	1
	CADEIRA PLASTICA	1
26516	SUSPENSORIO P/SORO AZUL	1
	SUSPENSORIO P/SORO	1
	VENTILADOR DE PAREDE TRON	2
615772	AR CONDICIONADO 24.000	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: ENFERMARIA 05		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
57267	CAMA HOSPITALAR	1
57291	CAMA HOSPITALAR	1
	CAMA HOSPITALAR	3
58413	BIOMBO	1

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



	ESCADA TRIPÉ	1
	CADEIRA PLASTICO	2
615770	AR CONDICIONADO 24.000	1
	VENTILADOR DE PAREDE TRON	2
58412	BIOMBO	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: GESSO		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
	VENTILADOR TRON	1
27229	BIRÔ	1
	CADEIRA PLASTICA	1
	ESCADA TRIPÉ	1
14901	MACA DESLIZANTE	1
	TESOURA BICO DE PATO	1
	FAÇA DE CORTE	1
	BIRÔ	1
	MESA DE IMOBILIZAÇÃO	3
	DEPÓSITOS DE MATERIAIS	1
	BANCADA COM PIA	3
	VENTILADOR	1
	ARMÁRIOS	3
	CADEIRA	1
	SERRA DE CORTE DE GESSO	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: DEPOSITO / HOSPITAL INFANTIL		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
59293	ASPIRADOR	1
59286	MACA HOSPITALAR	1
59285	MACA HOSPITALAR	1
59275	SUPORTE P/SORO	1
59276	SUPORTE P/SORO	1
59277	SUPORTE P/SORO	1
59278	SUPORTE P/SORO	1
59271	SUPORTE P/SORO	1
59272	SUPORTE P/SORO	1
59273	SUPORTE P/SORO	1
59274	SUPORTE P/SORO	1

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



59269	CARRINHO P/HOSPITAL	1
59270	CARRINHO P/HOSPITAL	1
59284	COMADRES	1
59283	COMADRES	1
59282	COMADRES	1
59281	COMADRES	1
59287	PAPAGAIOS	1
59288	PAPAGAIOS	1
59289	PAPAGAIOS	1
59290	PAPAGAIOS	1
612063	RESPIRADOR SMART	1
42017	GELADEIRA CONSUL 280LT	1
	CADEIRA DE RODAS	2
	BERÇO INFANTIL PEQUENO	2
	BERÇO INFANTIL PEQ. BCº GELO	1
	BERÇO INFANTIL GRANDE	4
58747	LONGARINA 3 LUGARES	1
58758	LONGARINA 3 LUGARES	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: ALMOXARIFADO		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
58773	COMPUTADOR	1
	MONITOR	1
	TECLADO	1
	MOUSE	1
43376	BIRO CINZA/AZUL	1
26487	PRATILEIRA DE AÇO	1
	ESTABILIZADOR MCM	1
615057	VENTILADOR DE PAREDE	1
	PRATILEIRA DE AÇO	1
	CADEIRA PLASTICO	3

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: CENTRO CIRÚRGICO/ BANCO DE SANGUE		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
614639	MESA DE ESCRITÓRIO	1
01018	GELADEIRA	1

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[assinatura]
[assinatura]



	MACA COM COLCHÃO	1
	CADEIRA DE RODAS	1
26523	TORCADOR DE BEBÊ COM COLCHÃO	1
16974	ARMÁRIO VITRINE	1
26522	BERCINHO	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: CENTRO CIRÚRGICO/ SALA DE ESTERILIZAÇÃO		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
42295	AUTO-CLAVE	1
57694	AUTO-CLAVE	1
26914	ESCADA AUXILIAR 2 DEGRAUS	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: CLINICA		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
615757	AR CONDICIONADO AGRATO 12000	01
	ARMARIO COM 03 PRATELEIRAS + 01 PORTA	02
43952	BIRO CINZA	01
	BIRO CINZA COM AZUL	01
614648	MESA PARA MEDICAMENTOS	01
	VENTILADOR TRON	01
	CADEIRA PLASTICO BRANCO	03
	ARMARIO PARA MEDICAMENTOS E PRONTUARIOS	01
	ASPIRADOR PORTATIL ASPIRA MAX	01
	MONITOR MX 600	
	RESPIRADOR PORTATIL KTK	01
610123	CONCENTRADOR DE OXIGENIO	01
58753	LONGARINA 03 LUGARES	01
SETOR: CLINICA- ENFERMARIA 01		
	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	04
26881	SUORTE PARA SORO	02
26865	SUORTE PARA SORO AZUL	02
26525	ESCADINHA TRIPE	01
	ESCADINHA TRIPE BR/GELO	02
615743	AR CONDICIONADO AGRATO 12000	01
58725	BEBEDOURO ESMALTEC	01
26596	CARRINHO AÇO CURATIVOS	01
58414	BIOMBO	01
58709	CADEIRA BANHO	01
58708	CADEIRA DE BANHO	01
	CARRINHO PARA LIMPEZA COMPLETO	01

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: ISOLAMENTO COVID ENFERMARIA 01		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
57273	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	01
	CAMA HOSPITALAR	03
43339	BIOMBO	01
615745	AR CONDICIONADO AGRATO 12000	01
	SUORTE PARA SORO BR/GELO	01
	VENTILADOR TRON	01
SETOR: ISOLAMENTO COVID ENFERMARIA 02		
	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	04
58712	CADEIRA BANHO	01
	VENTILADOR TRON	01
615742	AR CONDICIONADO AGRATO 12000	01
	CADEIRA PLASTICO	01
26937	SUORTE PARA SORO	01
	APARADEIRA/COMADRE	01
610939	SUORTE PARA ROUPAS	01
SETOR: ISOLAMENTO COVID ENFERMARIA 03		
	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	03
26540	SUORTE PARA SORO	01
	RESPIRADOR KTK PORT	03
	BERÇO INFANTIL COM COLCHÃO	01
	CADEIRA PLASTICA COM ENCOSTO BRANCO	01
615747	AR CONDICIONADO AGRATO 12000	01
	VENTILADOR TRON	01
SETOR: ISOLAMENTO COVID ENFERMARIA 04		
57259	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	01
	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	03
	VENTILADOR TRON	01
615746	AR CONDICIONADO AGRATO 12000	01
26658	ARMARIO AÇO PORT	01
	CADEIRA PLASTICO	01
26378	SUORTE PARA SORO	01
	CARRINHO PARA LIMPEZA COMPLETO (CORREDOR)	01
SETOR: ISOLAMENTO COVID ENFERMARIA 05		
09439	ARMARIO AÇO GRANDE	01

[Handwritten signatures and initials]



43335	ARMARIO AÇO GRANDE	01
26514	SUORTE PARA SORO	01
26748	SUORTE PARA SORO	01
26732	APARELHO ECG EMAI EX	03
	RESPIRADOR U1-C19 COM RODAS	01
59295	ASPIRADOR OLIDEF- MONTAL	01
41342	CARRINHO PARA MEDICAMENTOS	01
	SUORTE PARA MEDICAMENTOS COM BANDEJA	01
	VENTILADOR TRON	01
	AR CONDICIONADO AGRATO 12000 S/ TOMBO	01

SETOR: ISOLAMENTO COVID ENFERMARIA 06

Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
57285	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	01
57289	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO	01
	CAMA HOSPITALAR	01
614630	BIRO MADEIRA 2 GAVETAS	01
46078	BIRO INF.	01
	VENTILADOR TRON	01
	AR CONDICIONADO AGRATO 12000	01
	CADEIRA PLÁSTICA	02

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

SETOR: ISOLAMENTO/CLINICA

Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
	BIRO 02 GAVETAS	01
51234	CADEIRA GIRATORIA AZUL	01
58690	CADEIRA PRETA	01
58362	LONGARINA 5 LUGARES	01
58762	LONGARINA 05 LUGARES	01
58752	LONGARINA 03 LUGARES	01
	CADEIRA RODAS GARONE	01
	CADEIRA RODAS INFANTIL AMARELA	01
58750	LONGARINA 03 LUGARES	01
58753	LONGARINA 03 LUGARES	01
	CARRINHO PARA TRANSPORTE 02	01
48507	BIRO	01
	CADEIRA PLÁSTICA	01
58697	CADEIRA PRETA	01
58691	CADEIRA PRETA	01
58683	CADEIRA PRETA	01
09917	BIRO	01
58729	BEBEDOURO ESMALTEC	01
26626	NEGATOSCOPIO	01
56005	ESTABILIZADOR	01
	IMPRESSORA HP	01
	MONITOR PROVIEW	01

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

Handwritten signatures and initials



	CPU MEGAWARE	01
	TECLADO	01
	MOUSE	01
34562	GELADEIRA CONSUL 240	01
26923	ESCADINHA TRIPE	01
24874	BANCO MADEIRA	01
	VENTILADOR TRON	02
58741	LONGARINA 03 LUGARES	01
	BIRO PERNAS FERRO	01
26507	SUPORTE PARA SORO	01

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL	
SETOR: SALA DE RAIOS-X	
ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
NEGATOSCOPIO	1
AVENTAL PUBLIFERO PARA PROFISSIONAIS	1
AVENTAL PUBLIFERO PARA PACIENTE	1
PAR DE LUVAS PUBLIFERAS	1
PROTETOR DE TIREOIDE	1
CHASSIS 24X30	2
CHASSIS 18X24	2
CHASSI 30X40	1
CHASSI 35X43	1
"PROCESSADORA MACROTEC"	1
COMANDO DE RAIOS-X	1
MESA DE EXAMES RADIOLÓGICOS	1
MURAL (ESTATIVA)	1
APARELHO DE RAIOS-X CDX	1
BIRÓ	1
LIVRO DE REGISTRO DE PAC.	1
LIVRO DE OCORRÊNCIAS	1
AR CONDICIONADO	1
GERADOR DE RAIOS-X	1
BIRÔ DA SALA DE REVELAÇÃO	1
BIOMBO	1
CADEIRA DO PROFISSIONAL	1
CADEIRA DE ESPERA (PACIENTE)	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

PREFEITURA DE BOA VIAGEM
 CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5
 Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000
 Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signature and initials]



SETOR: SERV. SOCIAL		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
43016	ARMARIO AÇO	1
58694	CADEIRA	1
58735	CADEIRA GIRATORIA	1
55614	VENTILADOR DE PAREDE	1
58686	LONGARINA PRETA	1
58606	BIRÔ C/ 2 GAVETAS	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: FARMACIA HOSPITALAR		
Nº DO TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
	CPU DEXTOP	01
	MONITOR PARA COMPUTADOR MARCA BENQ	01
	MESA 100X60CM	01
	MESA 100X60CM	01
	CADEIRA ALMÓDADA GIRATORIA	01
	ARMARIO EM AÇO 2 PORTAS C/ TRANÇA	01
01014	ARMARIO EM AÇO 2 PORTAS C/ TRANÇA	01
58775	MONITOR PARA COMPUTADOR MARCA PC TOP	01
58771	CPU	01
263967	ESTABILIZADOR PARA COMPUTADOR	01
	MESA PARA COMPUTADOR C/ 2 GAVETAS	01
0880	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
0084	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	01
30445	CADEIRA ALMOFADADA S/RODAS	01
	ESTRADO DE MADEIRA	01
	ESTRADO DE MADEIRA	01
	ESTRADO DE MADEIRA	01
	ESTRADO DE MADEIRA	01
43279	ESTANTE DE AÇO G C/ 6 PRATELEIRA	01
	ESTANTE DE AÇO G C/ 6 PRATELEIRA	01

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

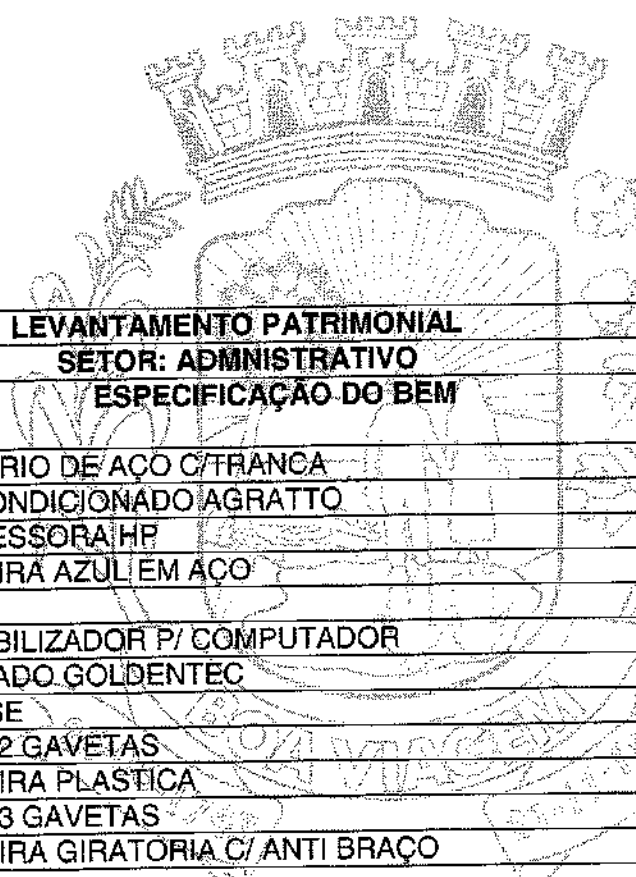
Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



	CAPACETE ELMO	06
	TERMOMETRO DIGITAL A LASER INFRAVERMELHO	01
	LANTERNA CLINICA	04
	AMBU REANIMADOR INFANTIL	02
	LAMINA P/ LARINGOSCOPIO KIT	02
	AMBU REANIMADOR NEONATAL	02
	MANOMETRO P/ OXIGENIO HOSPITALAR	03
	REGULADOR DE PRESSAO PARA OXIGENIO	02
	IMPRESSORA HP LAZER JET 1020	01
	CADEIRA PLASTICA	02



LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: ADMINISTRATIVO		
Nº DO TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
614260	ARMARIO DE AÇO C/TRANCA	01
	AR CONDICIONADO AGRATTO	01
58721	IMPRESSORA HP	01
	CADEIRA AZUL EM AÇO	01
58793	CPU	01
58829	ESTABILIZADOR P/ COMPUTADOR	01
	TECLADO GOLDENTEC	01
	MOUSE	01
	BIRO 2 GAVETAS	01
	CADEIRA PLASTICA	02
	BIRO 3 GAVETAS	01
	CADEIRA GIRATORIA C/ ANTI BRAÇO	01

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: HOSPITAL INFANTIL (TESTAGEM COVID)		
Nº DO TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
58748	LONGARINA 3 LUGARES	1
58754	LONGARINA 3 LUGARES	1
58757	LONGARINA 3 LUGARES	1
	CEDIDO P/ LABORATORIO/ CASA DE APOIO	
58740	LONGARINA 3 LUGARES	01
58751	LONGARINA 3 LUGARES	01

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

Handwritten signatures and initials



610952	MACA FERRO ALCOCHOADA	01
--------	-----------------------	----

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: RECEPÇÃO		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
58767	LONGARINA C/ 5 ACENTOS	1
58765	LONGARINA C/ 5 ACENTOS	1
58760	LONGARINA C/ 5 ACENTOS	1
58769	LONGARINA C/ 5 ACENTOS	1
58766	LONGARINA C/ 5 ACENTOS	1
58764	LONGARINA C/ 5 ACENTOS	1
58759	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
58745	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
58755	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
58746	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
58756	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
58742	LONGARINA C/ 3 ACENTOS	1
615767	AR CONDICIONADO	1
615769	AR CONDICIONADO	1
615768	AR CONDICIONADO	1
58603	BIRÔ C/ 2 GAVETAS	1
	CADEIRA DE RODAS PRETA	1
58687	CADEIRA DE RODAS PRETA	1
58479	BALANÇA DIGITAL BC ^a	1
58726	BEBEDOURO ESMALTEC	1
58730	CADEIRA GIRATORIA VERDE	1
58734	CADEIRA GIRATORIA VERDE	1
58737	CADEIRA GIRATORIA VERDE	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: REGULAÇÃO		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
614258	ARMARIO	1
48506	BIRÔ	1
30997	ARQUIVO	1
16974	ARMARIO	1
58684	CADEIRA	1
58696	CADEIRA	1
	BIRÔ PEQUENO	1

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

Handwritten signature and initials



	IMPRESSORA	1
	CPU	1
	MONITOR	1
	TECLADO	1
	AR CONDICIONADO AGRATTO 12.000	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: SALA DE CENTRO CIRÚRGICO (2)		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
26594	MESA AUXILIAR SEMI CIRCULAR	1
42078	MESA MAYO HOSPITALAR	1
26578	MESA MAYO HOSPITALAR	1
144443	CARRINHO AUXILIAR PARA CURATIVO	1
43388	ESCADA AUXILIAR 2 DEGRAUS	1
43392	ARMÁRIO VITRINE DE 1 PORTA	1
144438	CARRINHO AUXILIAR PARA CURATIVO	1
42199	MESA CIRURGICA	1
	HAMPER (ROUPA SUJA)	1
26602	NEGATOSCÓPIO 2 CORPOS	1
11044	FOCO AUXILIAR GRANDE	1
	FOCO AUXILIAR PEQUENO	1
26945	SUORTE	1
26875	BISTURI PEQUENO	1
42081	ESFIGMOMANOMETRO (AP. DE PRESSÃO)	1
58254	CADEIRA DE ESCRITÓRIO	1
	MESA DE ESCRITÓRIO	1
	AR-CONDICIONADO 9000 btus	1



LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: SALA DE CENTRO CIRURGICO - 1 GRANDE		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
26591	MESA AUXILIAR SEMI CIRCULAR	1
26618	MESA AUXILIAR SEMI CIRCULAR	1
58780	MONITOR MULTIPARAMETRICO	1
58849	CARDEOVERSON	1
26623	ARMÁRIO VITRINE DE 1 PORTA	1
43392	ARMÁRIO VITRINE DE 1 PORTA	1
144438	CARRINHO AUXILIAR PARA CURATIVO	1
	MESA DE MAYO TOTALMENTE INOX	1

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

Handwritten signature and initials



	MESA DE MAYO TOTALMENTE INOX	1
	MESA PEQUENA	1
	ASPIRADOR CIRURGICO	1
	RESPIRADOR DE UTI	1
28546	ESCADA AUXILIAR 2 DEGRAUS	1
	MESA CIRURGICA	1
	HAMPER (ROUPA SUJA)	1
58846	NEGATOSCÓPIO 2 CORPOS	1
	AR-CONDICIONADO	1
	AR-CONDICIONADO	1
42293	FOCO AUXILIAR GRANDE	1
	SUPORTE	1
	SUPORTE	1
42200	BISTURI GRANDE	1
	MESA DE ESCRITÓRIO	1
26613	APARELHO DE ANESTESIA	1
	CADEIRA DE ESCRITÓRIO	1
	CADEIRA DE ESCRITÓRIO	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: SALA DE EMERGENCIA		
Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT.
	VENDILADOR DE PAREDE TRON	1
	AR CONDICIONADO 12.000 AGRATTO	1
58770	CPU	1
58774	MONITOR	1
	MOUSE	1
	TECLADO GOLDENTEC	1
58723	IMPRESSORA HP	1
58733	CADEIRA GIRATORIA	1
57896	BIRÔ 2 GAVETAS	1
58738	CADEIRA GIRATORIA	1
58605	BIRÔ 2 GAVETAS	1
26775	ARMARIO DE AÇO 1 PORTA C/MDRO	1
	LONGARINA FIXA C/ 5 LUGARES VERMELHA (CORREDOR)	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL		
SETOR: SALA DE REANIMAÇÃO		

[Handwritten signature]



Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
	MACA ALCOCH PRETA C/ CINZA	1
26576	SUORTE P/SORO C/ BOMBA INFUSÃO	1
58778	BOMBA DE INFUSÃO	1
58779	BOMBA DE INFUSÃO	1
	SUORTE P/SORO BCº GELO	1
	SUORTE P/SORO AZUL	1
26515	SUORTE P/SORO AZUL	1
58401	ARMARIO P/ GUARDAR MEDICAMENTOS C/PORTA VIDRO	1
	ARMARIO DE MADEIRA C/ 2 PORTAS	1
42082	APARELHO P/ VERIFICAR PRESSÃO	1
610972	ARMARIO DE AÇO C/ 4 GAVETAS	1
58848	DEFIBRILADOR	1
58781	MONITOR CARD	1
	RESPIRADOR UG 70	1
59294	ASPIRADOR A - 45	1
	AR CONDICIONADO 12000	1
	ESCADA TRIPE	1
	MACA DE AÇO COM COLCHÃO (CORREDOR)	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

SETOR: LABORATÓRIO DO CENTRO CIRURGICO

Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
	PORTA PAPEL	1
	PORTA SABÃO	1
	SECADOR DE MÃO AUTOMÁTICO	1

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

SETOR: C.C SALA DE MATERIAL ESTÉRIL

Nº TOMBO	ESPECIFICAÇÃO DO BEM	QUANT
26597	ARMÁRIO VITRINE DE 1 PORTA	1
	ARMÁRIO DE ESCRITÓRIO DE 2 PORTAS	1
	BALDES DE GUARDAR ROUPAS SUJAS	6

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



SETOR: PRÉ-PARTO – SALA DE PARTO		
Nº TOMBO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO BEM
	1	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO
	1	MESA PEQUENA
	1	SONAR (MONITOR DOPPLER DF 7000)
	1	BERÇO AQUECIDO
	2	MESA DE MAYO
	1	MESA GINECOLÓGICA
	1	MESA PEQUENA
	1	FOCO CLÍNICO
	1	ESCADA AUXILIAR 2 DEGRAUS
	1	BANQUINHO
	2	SUORTE HAMPER (ROUPA SUJA)
	2	ARMÁRIO VITRINE 2 PORTAS
	1	AR CONDICIONADO AGRATTO 12000
	1	BALANÇA PARA PESAGEM DE BEBÊ
	1	ASPIRADOR

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL SETOR: PRÉ-PARTO – ENFERMARIA 2		
Nº TOMBO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO BEM
	4	BERÇO PARA RECÉM-NASCIDO COM COLCHÃO
	4	CAMA HOSPITALAR COM COLCHÃO
	1	CADEIRA DE MADEIRA
	3	CADEIRA DE PLÁSTICO
	1	SUORTE PARA SORO
	1	ESCADA AUXILIAR 2 DEGRAUS
	1	AR CONDICIONADO AGRATTO 12000

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL SETOR: PRÉ-PARTO – SALA DE MATERIAL		
Nº TOMBO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO BEM
	1	MACA
	1	CADEIRA COM BRAÇO
	1	ARMÁRIO PEQUENO 2 PORTAS
	1	CADEIRA DE PLÁSTICO
	1	BANQUINHO DE MADEIRA
	1	ARMÁRIO VITRINE DUPLO
	1	CADEIRA FIXA
	1	VENTILADOR DE TETO
	1	VENTILADOR DE PAREDE

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL SETOR: PRÉ-PARTO – CONSULTÓRIO		
--	--	--

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

[Handwritten signatures and initials]



Nº TOMBO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO BEM
	1	BIRO DE MADEIRA
	1	CADEIRA FIXA
	1	VENTILADOR DE PAREDE
	1	ESCALA AUXILIAR DE 2 DEGRAUS
	1	SUORTE PARA SORO
	1	MACA

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL SETOR: PRÉ-PARTO – SALA DE OBSERVAÇÃO		
Nº TOMBO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO BEM
	2	CAMA HOSPITALAR COM COLCHAO
	1	BERÇO PARA RECIEM NASCIDO COM COLCHAO
	2	SUORTE PARA SORO
	1	MESA
	1	SONAR (MONITOR DOPPLER DF 7000)
	1	CADEIRA
	1	AR CONDICIONADO AGRATTO 12000

LEVANTAMENTO PATRIMONIAL SETOR: PRÉ-PARTO – SALA DE OBSERVAÇÃO		
Nº TOMBO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO BEM
	1	MESA DE ESCRITÓRIO
	1	GELAGUA
	1	CADEIRA DE PLÁSTICO
	1	CADEIRA DE ESCRITÓRIO
	1	BIRO
	2	GELADEIRA VERTICAL

[Handwritten signatures and initials]



ANEXO X - DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DOS TERMOS DO EDITAL E SEUS ANEXOS

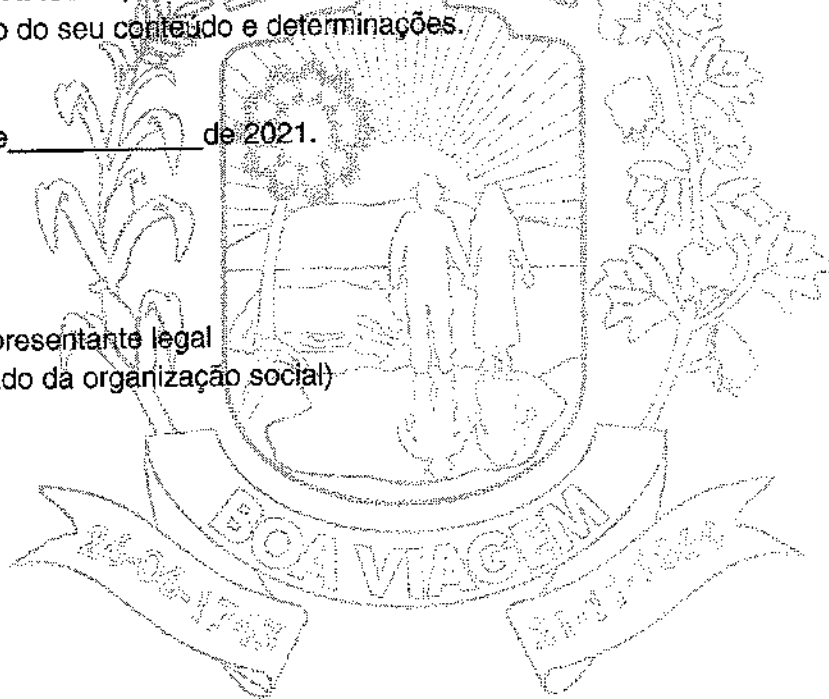
À Comissão de Seleção da Prefeitura de Boa Viagem

Chamada Pública nº _____/2021

O (PROPONENTE), (qualificação), por meio de seu representante legal, DECLARA que tomou conhecimento da integridade da CHAMADA PÚBLICA Nº _____/2021, que trata da SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL JÁ QUALIFICADA NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE Boa Viagem PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DO HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA - PERTENCENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM, inclusive todos seus anexos e esclarecimentos posteriores, que tem pleno conhecimento do seu conteúdo e determinações.

Boa Viagem, _____ de _____ de 2021.

Nome e carimbo do representante legal
(Emitir em papel timbrado da organização social)



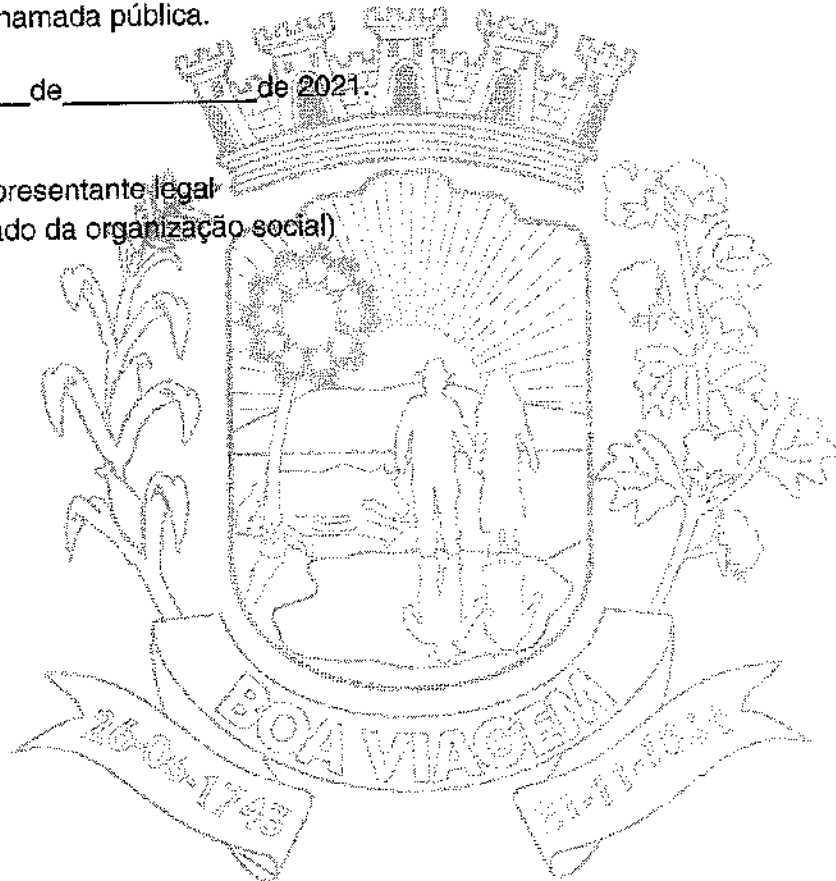


ANEXO XI - DECLARAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE ESCRITÓRIO EM BOA VIAGEM

(PROPONENTE), (qualificação), por meio de seu representante legal (qualificação), DECLARA que, acaso se consagre vencedora da presente CHAMADA PÚBLICA Nº __/2021, que trata da SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL JÁ QUALIFICADA NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS NO HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA, estabelecerá no âmbito territorial do Município de Boa Viagem - CE, escritório com estrutura para a perfeita execução dos serviços objeto do presente edital de chamada pública.

Boa Viagem - CE, _____ de _____ de 2021.

Nome e carimbo do representante legal
(Emitir em papel timbrado da organização social)



[Handwritten signature]



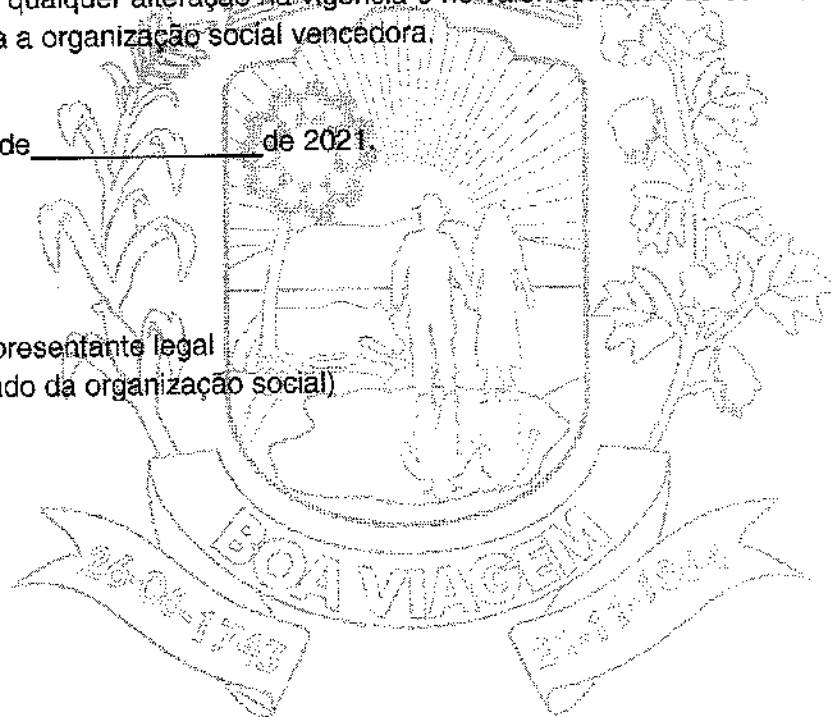
ANEXO XII - DECLARAÇÃO DE VISTORIA DOS LOCAIS DOS SERVIÇOS

Chamada Pública nº _____/2021

(nome/ razão social) _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede à _____, na cidade de _____, Estado de _____, por intermédio de seu responsável o Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, CPF nº _____ DECLARA, para todos os fins, que visitou os locais e instalações do HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA PERTENCENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE Boa Viagem e que possui todas as informações relativas à sua execução. DECLARA, ainda, que não alegará posteriormente o desconhecimento de fatos evidentes à época da vistoria para solicitar qualquer alteração na vigência e no valor estimado do contrato de gestão a ser celebrado, caso seja a organização social vencedora.

Boa Viagem _____ de _____ de 2021.

Nome e carimbo do representante legal
(Emitir em papel timbrado da organização social)



[Assinatura manuscrita]



ANEXO XIII - DECLARAÇÃO QUE DECLINA DA REALIZAÇÃO DA VISTORIA DO LOCAL DOS SERVIÇOS

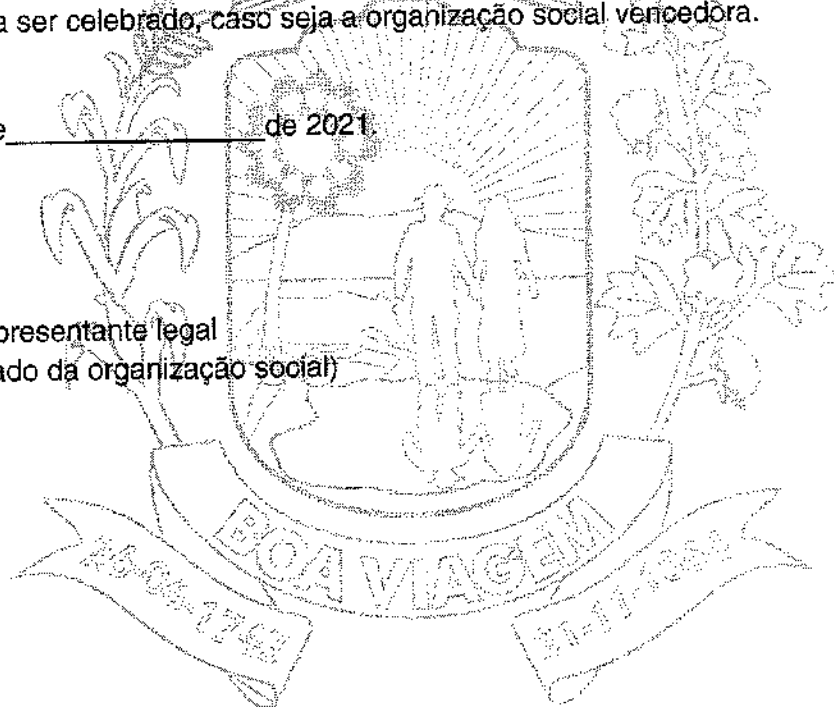
Chamada Pública nº _____/2021

(nome/ razão social) _____, inscrita no CNPJ sob o n. _____, com sede à _____, na cidade de _____, Estado de _____, por intermédio de seu responsável o Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, CPF nº _____ DECLARA, para todos os fins, que declina/abstém-se de visitar os locais do HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA PERTENCENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM.

Declara, ainda, que não alegará posteriormente o desconhecimento de fatos evidentes que poderiam ser conhecidos à época da vistoria para solicitar qualquer alteração na vigência e no valor estimado do contrato de gestão a ser celebrado, caso seja a organização social vencedora.

Boa Viagem, _____, de _____ de 2021.

Nome e carimbo do representante legal
(Emitir em papel timbrado da organização social)



[Handwritten signatures]



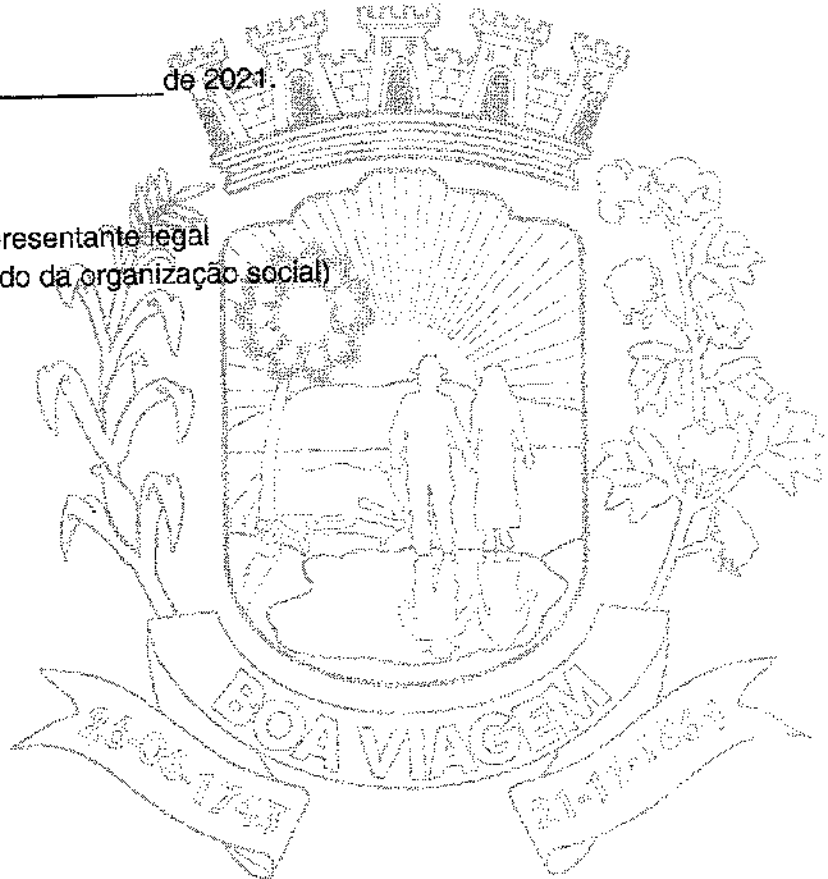
ANEXO XIV - DECLARAÇÃO RELATIVA AO TRABALHO DE EMPREGADO MENOR

MODELO – PESSOA JURÍDICA

(Identificação do proponente), inscrito no CNPJ nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V, do art. 27, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei Federal nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, menores de dezoito anos e em qualquer trabalho, menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Boa Viagem _____ de _____ de 2021.

Nome e carimbo do representante legal
(Emitir em papel timbrado da organização social)



J. R. ...
J. R. ...
J. R. ...



ANEXO XV - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS (MERAMENTE SUGESTIVO)

Local e data,

À Central de Licitações da Prefeitura de Boa Viagem

Ref: Chamada Pública nº _____/2021.

**Objeto: CHAMADA PÚBLICA PARA SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL JÁ QUALIFICADA NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DO HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA.
- UNIDADES DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA PERTENCENTE À PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM.**

Organização:

CNPJ:

ENDEREÇO:

FONE:

EMAIL:

PESSOA PARA CONTATO:

O Valor global para execução dos serviços objeto da presente Chamada Pública é de: R\$ _____ (_____), valor máximo anual para gerenciamento e execução das atividades e serviços das redes de atenção à saúde municipal — unidades de atenção primária e especializada, previstas no edital.

DETALHAMENTO DO CUSTEIO MENSAL

CUSTO MENSAL	VALOR (R\$)
MATERIAL DE CONSUMO	
MATERIAL HOSPITALAR/MEDICAMENTOS MÉDICO	
SERVIÇOS DE TERCEIROS	
OUTRAS DESPESAS: ÁGUA E SANEAMENTO, ENERGIA ELÁTRICA E TELEFONIA.	
CUSTO COM PESSOAL	
INVESTIMENTO	
TOTAL MENSAL	

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br

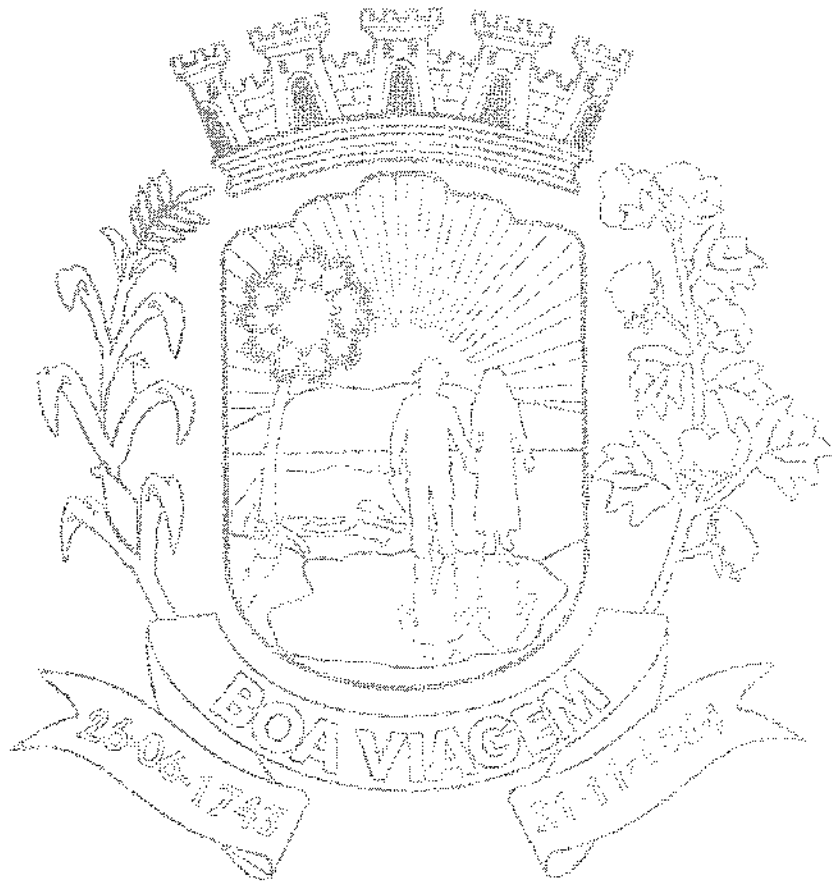
[Handwritten signature]



Prazo de validade da Proposta: 180 (cento e oitenta) dias.

Assinatura do Representante Legal Nome:

Cargo:



Handwritten signatures and initials



ANEXO XVI - MINUTA DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS

TERMO Nº. _____/2021.

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE IMÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE Boa Viagem, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - CSAM, E A _____, ABAIXO QUALIFICADOS, PARA O FIM QUE NELE SE DECLARA.

A PREFEITURA DE Boa Viagem, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representado PELA CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA, neste ato representada pela Secretária _____ e a _____, neste ato representado por ser _____ doravante designado simplesmente PERMISSSIONÁRIO, tem entre si justa e acordada a celebração do presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS a título precário, na forma do constante no processo administrativo nº _____ e que se regerá pelas seguintes normas, mediante as cláusulas e condições seguintes

CLÁUSULA PRIMEIRA:

1.1. Constitui objeto desta permissão dos bens imóveis de propriedade da PREFEITURA DE Boa Viagem, localizados nas **REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE MUNICIPAL - UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA** abaixo, com área total de m²

- **HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**

LOGRADORO: SAO VICENTE DE PAULA, Nº: 100
BAIRRO: CENTRO CEP: 63.870-000
MUNICIPIO: BOA VIAGEM/CE

CLÁUSULA SEGUNDA:

2.1. Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, a CSAM cede ao PERMISSSIONÁRIO, a título precário, as instalações e o prédio descritos no Contrato de Gestão, única e exclusivamente para o fim especificado.

CLÁUSULA TERCEIRA:

3.1. O PERMISSSIONÁRIO compromete-se a manter os bens objeto deste instrumento sob sua guarda e inteira responsabilidade, bem como se obriga a contratar seguro para cobertura em caso de furto, roubo, incêndio ou danos figurando como beneficiária a Prefeitura de BOA VIAGEM, que deverá vigorar até a devolução do prédio.

3.2. Durante o prazo de vigência deste instrumento, ou de suas prorrogações, correrão por conta exclusiva do PERMISSSIONÁRIO, despesas com serviços manutenção e conservação, bem como quaisquer outros ônus decorrentes da utilização que se façam necessários.

[Handwritten signatures and initials]



3.3. A qualquer tempo e sem aviso prévio, o PERMISSIONÁRIO, poderá, por seu corpo técnico, promover a vistoria que julgar necessária no imóvel cedido.

3.4. O PERMISSIONÁRIO compromete-se a devolver o imóvel objeto deste instrumento em bom estado de conservação à Administração Pública, no prazo final previsto do Contrato de Gestão, considerados os Termos Aditivos, caso os mesmos venham a ser firmados.

CLÁUSULA QUARTA

4.1. A permissão de uso acompanhará a vigência do Contrato de Gestão e suas eventuais prorrogações.

CLÁUSULA QUINTA

5.1. Fica eleito o foro da Comarca de BOA VIAGEM, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões relativas à execução deste Termo.

5.2. E, por assim se acharem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem.

Local e data

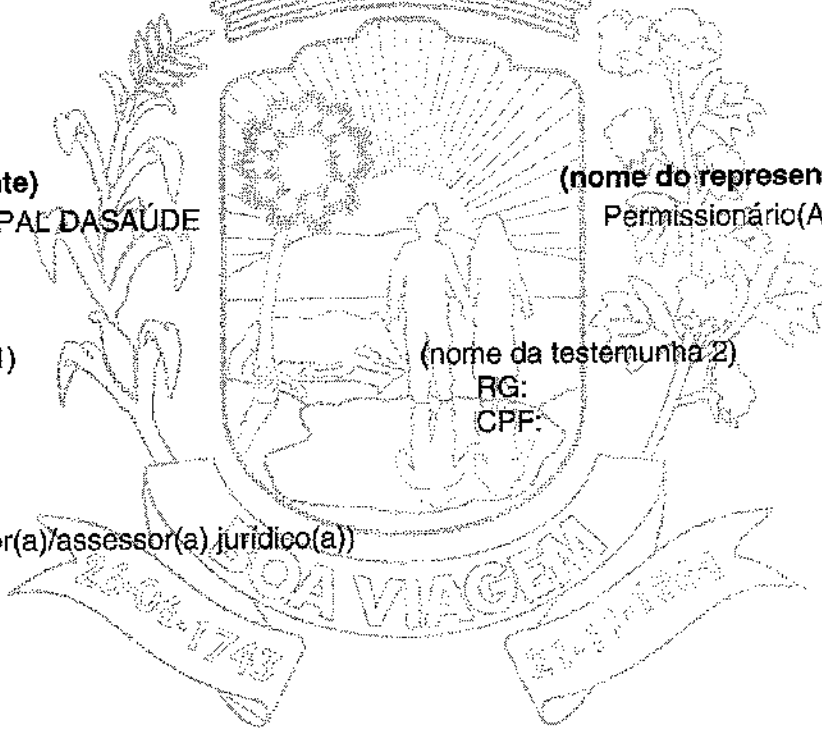
(nome do representante)
SECRETARIA MUNICIPAL DASAÚDE

(nome do representante)
Permissionário(A)

Testemunhas:
(nome da testemunha 1)
RG:
CPF:

(nome da testemunha 2)
RG:
CPF:

Visto:
(Nome do(a) procurador(a)/assessor(a) jurídico(a))





ANEXO XVII - MINUTA DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

TERMO Nº. _____/2021.

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE BOA VIAGEM, ATRAVÉS DA CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA, E A

ABAIXO

QUALIFICADOS, PARA O FIM QUE NELE SE DECLARA.

A PREFEITURA DE BOA VIAGEM, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado PELA CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA, neste ato representado pela Secretária _____ e a _____, neste ato representado por ser _____ doravante designado simplesmente PERMISSIONÁRIO, tem entre si justa e acordada a celebração do presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS a título precário, na forma do constante no processo administrativo nº _____ e que se regerá pelas seguintes normas, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1.2. CLÁUSULA PRIMEIRA: - (objeto) - Constitui objeto desta permissão dos bens móveis de propriedade da PREFEITURA DE BOA VIAGEM, localizados nas **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL - UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA** abaixo:

• **HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**

LOGRADORO: SAO VICENTE DE PAULA, Nº: 100

BAIRRO: CENTRO CEP: 63.870-000

MUNICÍPIO: BOA VIAGEM/CE

Não serão objetos desse contrato os bens móveis oficiais ou locados ao município de Boa Viagem que serão utilizados na consecução desse contrato de gestão. Segue a relação dos bens móveis:

- **CLÁUSULA SEGUNDA:** - (Destinação dos bens) — Os bens que terão o uso permitido através do presente instrumento destinar-se-ão, exclusivamente, à operacionalização e execução dos serviços e ações relacionados **GESTÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**, vedada a sua destinação para finalidade diversa, sob pena de rescisão de pleno direito do presente instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA: - (Prazo) — A presente permissão de uso será válida apenas enquanto estiver o em vigor o contrato de gestão, do qual é parte integrante.

CLÁUSULA QUARTA: - (Conservação dos bens) — Obriga-se o PERMISSIONÁRIO a conservar os bens que tiverem o uso permitido, mantendo-os permanentemente limpos e em bom estado de conservação, incumbindo-lhe, ainda, nas mesmas condições, a sua guarda, até a efetiva devolução.

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



CLÁUSULA QUINTA: - (Modificações) — É vedado ao PERMISSONÁRIO realiza quaisquer alterações nos bens que tiverem o uso permitido, sejam estas de que natureza forem, sem prévia e expressa autorização da Casa de Saúde Adília Maria de BOA VIAGEM, devendo-se subordinar eventual montagem de equipamentos também às autorizações e aos licenciamentos específicos das autoridades municipais competentes.

CLÁUSULA SEXTA: - (Finalização) — Obriga-se o PERMISSONÁRIO a assegurar o acesso aos bens que tenham o uso permitido aos servidores da Casa de Saúde Adília Maria de BOA VIAGEM, ou de quaisquer outras repartições Municipais, incumbidos de tarefas de fiscalização geral, ou em particular, da verificação do cumprimento das disposições do presente termo.

CLÁUSULA SÉTIMA: - (Obrigações para com terceiros) — O Município não será responsável por quaisquer compromissos ou obrigações assumidos pelo PERMISSONÁRIO com terceiros, ainda que vinculados ou decorrentes do uso dos bens objeto deste termo. Da mesma forma, não será responsável, seja a que título for, por quaisquer danos ou indenizações a terceiros, em decorrência de atos do PERMISSONÁRIO ou de seus empregados, visitantes, subordinados, prepostos ou contratantes.

CLÁUSULA NONA: - (Restrições outras no exercício dos direitos desta permissão) - O PERMISSONÁRIO reconhece o caráter precário da presente permissão.

a) A restituir os bens móveis ao Município, nas condições previstas no parágrafo único da cláusula décima quarta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado do recebimento do aviso que lhe for dirigido, sem que haja necessidade do envio de qualquer interpelação ou notificação judicial;

b) A não usar os bens senão na finalidade prevista na cláusula segunda deste termo;

c) A não ceder, transferir, arrendar ou emprestar a terceiros, no todo ou em parte, os bens objeto desta permissão ou os direitos e obrigações dela decorrentes, salvo com expressa e prévia decisão autorizativa da Administração Pública e assinatura de termo de aditivo para tal finalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA: - (Condições de Devolução) — Finda a qualquer tempo a permissão de uso devendo o PERMISSONÁRIO restituir os bens em perfeitas condições de uso e conservação.

PARÁGRAFO ÚNICO — Qualquer dano porventura causado aos bens que tiveram o uso permitido será indenizado pelo PERMISSONÁRIO, podendo o Município exigir a reposição das partes danificadas ao estado anterior ou o pagamento do valor correspondente ao prejuízo em dinheiro, como entender que melhor atenda ao interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA: - (Devolução dos bens) — O PERMISSONÁRIO ficará sujeito à multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO, se findada por qualquer das formas aqui previstas a permissão de uso e o PERMISSONÁRIO não restituir os bens na data do seu termo ou sem a observância das condições em que o recebeu.

Parágrafo único. A multa incidirá até o dia em que os bens forem efetivamente restituídos ou retornem àquelas condições originais, seja por providências do PERMISSONÁRIO, seja pela adoção de medidas por parte da Administração Pública. Nesta última hipótese, ficará o PERMISSONÁRIO também responsável pelo pagamento de todas as despesas realizadas para tal finalidade.



CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA: - (Remoção de Bens) — Terminada a permissão de uso ou verificado o abandono dos móveis pelo PERMISSIONÁRIO, poderá a Administração Pública promover a imediata remoção compulsória dos referidos bens para local de sua escolha.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA: - (Rescisão de Pleno Direito) — A presente permissão de uso estará rescindida de pleno direito com o término da vigência do Contrato de gestão.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Além do término do contrato de gestão, o descumprimento, pelo PERMISSIONÁRIO, de qualquer das obrigações assumidas dará à Administração Pública o direito de considerar rescindida de pleno direito a presente permissão, mediante aviso com antecedência de 30 (trinta) dias.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Rescindida a permissão, a Administração Pública, de pleno direito, se reintegrará na posse dos bens móveis afetados à permissão, oponível inclusive a eventuais cessionários e terceiros.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA: - (Notificações e Intimações) — O PERMISSIONÁRIO será notificado das decisões ou dos despachos proferidos ou que lhe formularem exigências através de qualquer uma das seguintes formas: I) Publicação nos meios de publicidade legal; II) por via postal, mediante comunicação registrada e endereçada ao PERMISSIONÁRIO, com aviso de recebimento (A.R.); III) pela ciência que do ato venha a ter o PERMISSIONÁRIO: a) no processo, em razão de comparecimento espontâneo ou a chamado de repartição do Município; b) através do recebimento de auto de infração ou documento análogo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: - (Condições Jurídico-Pessoais) — O PERMISSIONÁRIO apresenta, neste ato, toda a documentação legal comprovando o atendimento das condições jurídico pessoais indispensáveis à lavratura deste Termo, que, lido e achado conforme, é rubricado e assinado pelas partes interessadas, pelas testemunhas e por mim que o lavrei.

Fica eleito o foro da Comarca de BOA VIAGEM A /CE, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões relativas à execução deste Termo.

E, por assim se acharem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem.

Local e data

(nome do representante)

CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

(nome do representante)

Permissionário(A)

Testemunhas:

(nome da testemunha 1)

RG:

CPF:

(nome da testemunha 2)

RG:

CPF:

Visto:

(Nome do(a) procurador(a)/assessor(a) jurídico(a))



ANEXO XVIII - MINUTA DE TERMO DO CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO Nº ___/ 2021 – CSAM

CONTRATO DE GESTÃO Nº ___/ 2019 – CSAM PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DO HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA QUE ENTRE SI CELEBRAM APREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM, ATRAVÉS DA CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

– **CSAM** E O (A)....., QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, NA FORMA E CONDIÇÕES A SEGUIR:

Pelo presente instrumento, de um lado a Prefeitura Municipal de Boa Viagem, por intermédio da **CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA - CSAM**, na qualidade de entidade supervisora, com sede nesta cidade na Rua _____ Centro, inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representada pela sua Secretária em exercício, Dra. _____, brasileira, casada, médica, portadora da Cédula de Identidade nº. _____ inscrita no CPF sob o nº. _____, residente e domiciliada nesta cidade, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o _____ com sede na cidade de na _____, inscrito no CNPJ/MF sob o nº _____ com Estatuto arquivado no _____ sob o nº _____, neste ato representado pelo seu Presidente, _____ portador da Cédula de Identidade RG nº _____, órgão expedidor _____ e registro no CPF nº _____, residente e domiciliado em _____, doravante denominado **CONTRATADO**, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, para o **GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DO HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA**, ficando o cumprimento deste contrato vinculado ao termo do ato que o autorizou, e à proposta da contratada, e seus anexos, os quais constituem parte deste instrumento, independente de sua transcrição.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** rege-se por toda a legislação aplicável, notadamente pelos preceitos do direito público; o disposto no art. 197, da Constituição da República Federativa do Brasil; nas normas e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS; na Lei Federal nº. 8.080/90 (SUS); na Lei Federal nº. 8.142/90 (Gestão do SUS); na Portaria GM/MS nº. 2.567, de 25 de novembro de 2016 (participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS); nas Portarias de Consolidação nº. 01/2017 e nº. 02/2017, ambas instituídas pelo Ministério da Saúde; na Lei Federal nº. 9.637 de 15 de maio de 1998, no que couber; na Lei Municipal nº 1434/2021, de 28 de abril de 2021 e Decreto Municipal nº 59/20219 e; na Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores; considerando o Edital de Chamamento Público nº. _____, e o correspondente Ato de Homologação publicado no Nos meios de publicidade legal de _____, inserido nos autos do Processo Administrativo SPU nº. _____ e, ainda, no Decreto nº. _____, de _____ de _____ de _____, que qualificou o **CONTRATADO** como Organização Social na área da saúde no âmbito desta Municipalidade para os fins ora colimados.



CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E DA FINALIDADE

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto o gerenciamento e execução, pelo **CONTRATADO**, das atividades e serviços do **DO HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA** situado na RUA **SAO VICENTE DE PAULA**, Nº: 100 BAIRRO: CENTRO CEP: 63.870-000 em conformidade com os padrões de eficácia e qualidade descritos no Termo de Referência e no Edital de Chamamento Público nº /2021, integrantes deste instrumento, independentemente de transcrição, e nos seguintes anexos:

ANEXO I - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ANEXO II - SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO

ANEXO III - SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO

ANEXO IV - PROGRAMA DE TRABALHO

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO

Em cumprimento ao que foi pactuado, cabe ao **CONTRATADO**, além das obrigações constantes das especificações explicitadas no Termo de Referência e nos ANEXOS I, II, III, IV e daquelas estabelecidas na legislação referente ao Sistema Único de Saúde – SUS, Federal e Municipal que regem a presente contratação e as seguintes:

1. Prestar, à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, os serviços de saúde que estão especificados no **ANEXO I - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**;
2. Dar atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, nos termos da legislação vigente;
3. Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais de informações sobre o endereço de residência dos pacientes que lhe forem referenciados, para atendimento nos equipamentos objeto do presente contrato, registrando o município de residência;
4. Responsabilizar-se pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária ou de negligência, imperícia ou imprudência, que sua equipe causar a pacientes, aos órgãos do Sistema Único de Saúde – SUS e terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
5. A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação de serviços, nos termos do art. 14, da Lei Federal nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);
6. Zelar pelos bens móveis, imóveis, equipamentos e instalações em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público, assim como aplicar os recursos financeiros que lhe forem repassados exclusivamente com o propósito de atender as definições constantes no Termo de Referência e dos ANEXOS e demais disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
7. Assegurar a organização, administração e gerenciamento das atividades e serviços do **HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;
8. Transferir integralmente, à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e conseqüente extinção



da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe forem destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde do **HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**, cujo uso lhe fora permitido;

9. Responsabilizar-se integralmente pela contratação, dispensa e pagamento de pessoal do **CONTRATADO**, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, em obediência aos preceitos legais;
10. Responsabilizar-se pela contratação de serviços de terceiros necessários à manutenção das atividades do **HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**, inclusive pelos encargos fiscais e comerciais decorrentes, em obediência aos preceitos legais;
11. Utilizar o símbolo e o nome designativo do **HOSPITAL MUNICIPAL CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**, seguindo pela designação "Organização Social de Saúde";
12. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
13. Manter sempre atualizado os Boletins de Atendimento dos pacientes. O arquivo deverá ser mantido em meio eletrônico por prazo indeterminado, e em papel por 20 (vinte) anos;
14. Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimento científico;
15. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de forma humanizada e igualitária, primando sempre pela excelência na qualidade da prestação dos serviços;
16. Manter os pacientes informados sobre seus direitos e sobre assuntos pertinentes aos serviços prestados;
17. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
18. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
19. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente, por ministro representante de qualquer culto religioso;
20. Cumprir as normas técnicas e diretrizes operacionais expedidas pela **CONTRATANTE**, visando assegurar a uniformização e integração das atividades ora publicizadas;
21. Elaborar e submeter à aprovação do **Conselho de Administração da Organização Social** e encaminhar a **CONTRATANTE** os Relatórios Gerenciais de Atividades, na forma e prazos por esta estabelecidos;
22. Disponibilizar à **CONTRATANTE** acesso irrestrito a toda base de dados e informações necessárias ao monitoramento das áreas, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO**;
23. Apresentar, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, quando a **CONTRATANTE** assim o determinar, Relatório de Gestão pertinente à execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativos específicos das metas propostas com os resultados alcançados e iniciativas desenvolvidas pela **CONTRATADA**;
24. Aplicar os recursos financeiros que lhe forem repassados em estrita obediência às disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO**, não sendo permitido em nenhuma hipótese, serem assumidos quaisquer compromissos sem respaldo e garantia de efetiva disponibilidade orçamentária e financeira, sob pena de apuração de responsabilidade;
25. Apresentar à **CONTRATANTE**, por ocasião da solicitação de parcela mensal do cronograma de



desembolso, a comprovação da execução física das metas;

26. Cumprir as obrigações trabalhistas e previdenciárias, assegurando a guarda dos documentos conforme prazos legais e o acesso livre e irrestrito à **CONTRATANTE** e aos órgãos de controle, sendo sua regularidade, condição para a liberação de parcela do cronograma de desembolso;

27. Elaborar e submeter à apreciação do **Conselho Fiscal da Organização Social**, trimestralmente, os balancetes e demais demonstrações financeiras que serão encaminhados para aprovação do **Conselho de Administração**, e disponibilizá-los sempre que solicitado à **CONTRATANTE** e aos órgãos de controle;

28. Apresentar trimestralmente, à **CONTRATANTE**, para fins de análise da Comissão prevista no *caput* da Cláusula Décima, relatório parcial pertinente à execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativos específicos de metas propostas com os resultados alcançados;

29. Apresentar justificativa, junto à Comissão de Avaliação para os casos de não execução, total ou parcial, das metas previstas no presente instrumento, na forma do disposto na Cláusula Décima, parágrafos terceiro e quarto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

30. Comunicar por escrito à **CONTRATANTE** qualquer alteração que venha a ser feita em seu Estatuto Social e/ou Regulamento;

31. Abrir conta bancária específica, em banco da rede oficial, para fins de movimento dos recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os quais somente poderão ser movimentados para pagamento das despesas pertinentes às metas e atividades previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**;

32. Disponibilizar à **CONTRATANTE** o acesso aos projetos relativos a experiências inovadoras e exitosas de gestão com vistas a intercâmbio de conhecimentos e boas práticas;

33. Providenciar, periodicamente, **PESQUISA DE SATISFAÇÃO** com pacientes atendidos.

34. Manter Gestor de Contrato para executar as metas e demais atividades do contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO – O **CONTRATADO** deverá definir Plano de Ação específico para cumprimento dessas obrigações, assim como manter documentos comprobatórios de seu cumprimento na forma de atas, formulários, documentos fiscais, páginas eletrônicas, prontuários, relatórios e/ou banco de dados, aplicando, quando couberem, informações comparativas em séries históricas para possibilitar parametrização e evolução das ações.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Com vistas ao cumprimento deste instrumento, compete à **CONTRATANTE**:

1. Designar, por meio de portaria, um gestor da unidade para orientar a **CONTRATADA**, acompanhando o desenvolvimento das suas atividades, segundo programa, objetivos e metas definidos no **CONTRATO DE GESTÃO** e garantindo todo o suporte político-institucional, como representante do Município, na execução e supervisão deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2. Monitorar mensalmente e fiscalizar, nos termos da legislação pertinente, as atividades do **CONTRATADO**, relativas à execução das metas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como verificar a manutenção da capacidade e das condições enquanto entidade qualificada como Organização Social de Saúde, para confirmar, mediante emissão de atestado, se a mesma continua a dispor de suficiente capacidade jurídica e nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

3. Orientar, sempre que necessário às ações a serem desenvolvidas, emitindo notas técnicas

[Handwritten signatures and initials]



durante a sua execução e parecer conclusivo, sobre o cumprimento da prestação dos serviços previstos neste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4. Programar, nos elementos financeiros específicos do orçamento do Município, os recursos necessários para custear a execução do objeto contratual, de acordo com a **SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO** conforme **ANEXO II - SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO**.

5. Assegurar, mediante prévio acompanhamento o cumprimento do cronograma de desembolso dos recursos financeiros, pactuado e constante deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

6. Constituir Comissão de Acompanhamento e Avaliação, composta por representantes da **CONTRATANTE** que se reunirá, trimestralmente, para a avaliação do cumprimento das metas e das ações relacionadas a este **CONTRATO** conforme **ANEXO III - SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO**;

7. Inventariar e avaliar as condições dos bens móveis e imóveis, que para execução desse **CONTRATO DE GESTÃO**, possam vir a ser objeto de permissão de direito de uso pelo **CONTRATADO**;

8. Prover o **CONTRATADO** dos recursos materiais permanentes e de infraestrutura necessários à consecução das ações/metras definidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, inclusive aqueles indispensáveis à manutenção e guarda dos bens móveis e imóveis permitidos em uso.

9. Arcar com todos os encargos e multas, de qualquer natureza, seja de natureza tributária, previdenciária, trabalhista, administrativas, judiciais e outras que venham a incidir sobre o **CONTRATADO** em virtude de atraso, nas parcelas deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

10. Emitir o Termo de Encerramento do Contrato, atestando o cumprimento das condições contratuais, pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O gestor ou comissão gestora indicada pela **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pelos esclarecimentos e informações solicitadas por órgãos controladores.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A **CONTRATANTE** deverá encaminhar para o **CONTRATADO** o cronograma de reuniões trimestrais da Comissão de Acompanhamento e Avaliação a serem realizadas durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** bem como sua nomeação.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, especificados no Anexo I — **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**, a **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO**, no prazo e condições constantes neste instrumento, e de acordo com o **ANEXO II - SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO**.

O recurso financeiro dos 12 (doze) primeiros meses destinado ao financiamento do custeio dos serviços importará no valor máximo de R\$ (.....), sendo o valor global máximo de custeio para os 12 (doze) meses no montante de R\$ (.....).

O valor global máximo de investimento durante toda vigência do contrato será de R\$ (.....), a ser utilizado quando necessário, de comum acordo entre o **CONTRATADO** e a **CONTRATANTE**.

Desta forma o valor global máximo do **CONTRATO DE GESTÃO** a ser firmado durante os 12 (doze) meses de sua vigência corresponderá à importância total estimada de R\$ R\$ (.....).

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A alteração do montante constante no *caput* desta Cláusula implicará na revisão do Programa de Trabalho e Cronograma de Desembolso e deverá ser firmada em competente



Termo Aditivo.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As despesas com o presente **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta das seguintes Dotações Orçamentárias:

PARÁGRAFO TERCEIRO – Os resultados de aplicações no mercado financeiro, dos recursos repassados ao **CONTRATADO**, deverão ser revertidos exclusivamente aos objetivos deste

CONTRATO DE GESTÃO, ou a obrigações a ele vinculadas, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

PARÁGRAFO QUARTO - O eventual saldo remanescente do **CONTRATO DE GESTÃO**, inclusive aquele proveniente de aplicações financeiras, deverá ser devolvido à **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias da extinção contratual, após apuração de despesas remanescentes oriundas das ações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO QUINTO - A **CONTRATANTE** poderá suspender os repasses dos recursos destinados a este **CONTRATO DE GESTÃO**, caso sejam constatados, por ocasião dos trabalhos de avaliação, acompanhamento, monitoramento ou auditoria, irregularidades ou desvios na aplicação dos recursos na forma do que determina o artigo 116, parágrafo 3º da lei n.º 8.666/93 e suas alterações.

PARÁGRAFO SEXTO – Além dos recursos financeiros repassados pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, outros poderão ser obtidos através de receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações financeiras da Organização Social de Saúde e de outro que por ventura estejam disponíveis nos termos do art. 16, da Lei Municipal nº 1434/2021, de 28 de abril de 2021 e Decreto Municipal nº 59/20219.

CLÁUSULA SEXTA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O Montante global mencionado no *caput* da Cláusula Quinta deverá ser destinado ao custeio das despesas estimadas para o período de **12 (doze) meses**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O valor global máximo de até R\$ (.....), de que trata a Cláusula Quinta do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, será repassado ao **CONTRATADO** mediante a liberação de 48 (quarenta e oito) parcelas mensais, conforme detalhado no **ANEXO II - SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO**, que integra o presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As parcelas mensais dos recursos serão pagas até o **05º (quinto)** dia de cada mês, após o recebimento da documentação informativa das atividades realizadas.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS HUMANOS

Os gastos com remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza dos dirigentes e empregados do **CONTRATADO**, vinculados a este **CONTRATO DE GESTÃO**, não poderão ultrapassar 70% (setenta por cento) das despesas de custeio previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo nos casos em que haja aprovação em Programa de Trabalho, em condição diversa, por parte do **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA OITAVA – DA PERMISSÃO DO DIREITO DE USO E DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações deverão ser objeto de inventário e avaliação

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



por parte da **CONTRATANTE**, para que, mediante formalização de contrato específico a ser assinado, possam ser cedidos ao **CONTRATADO**, a título de permissão de uso e pelo prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, cabendo ao permissionário mantê-los em perfeito estado de conservação e usá-los exclusivamente para os fins previstos neste instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO — Os bens móveis, instalações e equipamentos cedidos ou que venham a ser cedidos na forma prevista no *caput* desta Cláusula, bem como aqueles adquiridos pelo **CONTRATADO** poderão, mediante prévia avaliação e manifesta autorização da **CONTRATANTE**, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem concomitantemente, mediante termo de doação expresso, o patrimônio do Município, sob administração da **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Com vistas ao cumprimento desta Cláusula, caberá à **CONTRATANTE**:

1. Comunicar ao **CONTRATADO** as normas e procedimentos formais e operacionais para o controle do acervo patrimonial e técnico mencionado no *caput* desta Cláusula;
2. Comunicar ao **CONTRATADO** toda e qualquer movimentação de bens patrimoniais por ele controlados, para o devido registro e localização dos bens no procedimento de inventário;
3. Manter, através do **CONTRATADO** sistema informatizado para o controle dos bens patrimoniais citados no *caput* desta Cláusula;
4. Comunicar ao **CONTRATADO**, em tempo hábil para o cumprimento, os prazos de realização e encaminhamento do inventário de bens móveis e imóveis;
5. Adquirir os bens móveis e imóveis e, também, realizar as pequenas reformas que venham a ser necessárias à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, podendo ser facultado ao **CONTRATADO** adquirir os bens móveis e imóveis e realizar pequenas reformas quando não impactarem prejuízo à execução do **CONTRATO DE GESTÃO** e cumprimentos de suas metas.

PARÁGRAFO TERCEIRO — Com vistas ao cumprimento desta Cláusula, caberá, ainda, ao **CONTRATADO**:

1. Controlar a distribuição, a localização e o remanejamento de bens entre suas unidades;
2. Utilizar e manter sistema informatizado de controle de bens patrimoniais;
3. Encaminhar ao **GESTOR** do **CONTRATO DE GESTÃO**, antes da última reunião da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, relatório do inventário dos bens cedidos e dos adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO**.

CLÁUSULA NONA - DA FISCALIZAÇÃO, DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A **CONTRATANTE** constituirá por Portaria um **GESTOR** do **CONTRATO DE GESTÃO** e uma **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**, que serão responsáveis pela fiscalização da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, cabendo-lhes a supervisão, o acompanhamento e a avaliação do desempenho do **CONTRATADO**, tudo de acordo com os objetivos e metas constantes deste instrumento e das alterações que por ventura venham a ser efetuadas no **PROGRAMA DE TRABALHO**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO** de que trata esta Cláusula reunir-se-á, trimestralmente, a fim de proceder ao acompanhamento e às avaliações parciais e final do cumprimento das metas estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO — Os critérios para avaliação dos resultados a serem utilizados pela



COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO, estão contidos no **ANEXO III – SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO**, podendo ao longo da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, ser adicionados e/ou modificados os critérios, observando a consonância com os objetivos supracitados.

PARÁGRAFO TERCEIRO — Os valores correspondentes às metas executadas parcialmente, segundo a avaliação de desempenho realizada pela **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**, deverão ser liberados pela **CONTRATANTE**, conforme a proporcionalidade definida no **ANEXO III – SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO**, onde define avaliação e valoração dos desvios nas quantidades das atividades desenvolvidas.

PARÁGRAFO QUARTO — Com o atesto do cumprimento das metas estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, emitido pela **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**, os saldos financeiro remanescentes poderão ser utilizados pela **CONTRATANTE** em benefício das unidades geridas.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

O **CONTRATADO** elaborará e apresentará, a **CONTRATANTE**, relatórios circunstanciados, trimestralmente ou a qualquer momento, sempre que solicitado, de execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, comparando as metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros da adequada utilização dos recursos públicos, da avaliação da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, das análises gerenciais cabíveis e de parecer técnico conclusivo sobre o período em questão.

PARÁGRAFO PRIMEIRO — A **CONTRATANTE** poderá exigir, a qualquer tempo, que o **CONTRATADO** forneça informações complementares e apresente o detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Caberá ao **CONTRATADO** encaminhar à **CONTRATANTE** mensalmente, o relatório de atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados para atualização do Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (SIH-SUS, SIA-SUS, SIM, SINASC, entre outros) e relatório financeiro do mês anterior.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os valores correspondentes às metas não executadas total ou parcialmente, segundo a avaliação de desempenho realizada pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação deste **CONTRATO DE GESTÃO**, e o eventual excedente financeiro, decorrente da diferença entre os valores repassados pela Casa de Saúde Adília Maria e o valor gasto na

efetiva execução das atividades, deverão ser ressarcidos, conforme disposto na Cláusula Quinta – Dos Recursos Orçamentários e Financeiros.

PARÁGRAFO QUARTO - Caberá ao **GESTOR** deste **CONTRATO DE GESTÃO**, tomar as providências necessárias ao cumprimento da devolução do eventual excedente financeiro, conforme disposto no parágrafo terceiro.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA E DAS ALTERAÇÕES DO CONTRATO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** terá vigência a partir de de de e se estenderá até de de, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, em conformidade com os limites da lei, mediante justificativa do interesse público, e modificado em conformidade com as condições previstas na Cláusula Décima Sétima deste



instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO E DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes ou, administrativamente, sem prejuízo das medidas legais cabíveis, nas seguintes hipóteses:

1. Se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas, do Programa de Trabalho, dos objetivos e das metas, decorrente da má gestão, culpa, dolo ou violação de lei ou Estatuto Social do **CONTRATADO**;
2. Não atendimento às recomendações da fiscalização, na forma da Cláusula Décima;
3. Se forem praticados atos não justificados que ponham em risco a fiel execução do objeto, o alcance dos objetivos, a consecução dos resultados e o cumprimento de metas definidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**;
4. Se houver alterações do Estatuto da **CONTRATADA** que impliquem em modificações nas condições de sua qualificação como Organização Social ou na execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;
5. Se a utilização dos recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estiver em desacordo com os objetivos estabelecidos com o Programa de Trabalho do presente instrumento;
6. Pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A rescisão administrativa será precedida de processo administrativo, assegurando o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da Organização Social.

PARÁGRAFO SEGUNDO – No caso de rescisão administrativa e/ou extinção, o **CONTRATADO** deverá de imediato:

1. Devolver ao Patrimônio do Município os bens cujo uso lhe foi permitido de acordo com a Cláusula Nona;
2. Entregar a **CONTRATANTE** os móveis, utensílios e equipamentos adquiridos com os recursos financeiros repassados através deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
3. Devolver a **CONTRATANTE** os valores referentes à parte do objeto não executado.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A rescisão deste **CONTRATO DE GESTÃO** pela inexecução das obrigações estipuladas sujeita a parte inadimplente à indenização por perdas e danos.

PARÁGRAFO QUARTO – Pela inexecução total ou parcial do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como o cometimento de faltas que ensejem a rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, sujeitará o **CONTRATADO**, garantida a prévia defesa, à multa de mora de 2% (dois por cento) descontada sobre o crédito imediatamente posterior a identificação da irregularidade cometida, sem prejuízo da aplicação de outras sanções administrativas previstas no art. 87, da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993.

PARÁGRAFO QUINTO – Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Município de BOA VIAGEM-CE arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PUBLICIDADE

[Handwritten signature]



O presente instrumento será publicado pela **CONTRATANTE**, em Extrato, no Nos meios de publicidade legal, dentro do prazo previsto na legislação em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA DIVULGAÇÃO

Em razão do presente instrumento, o **CONTRATADO** obriga-se a fazer constar identificações da **Prefeitura Municipal de Boa Viagem - PMF** e da **Casa de Saúde Adília Maria**, nos seguintes locais:

Placas de identificação do hospital **CASA DE SAUDE ADILIA MARIA**, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

Cartazes e/ou outros meios de divulgação do **CONTRATADO**;

Bens patrimoniais adquiridos ou produzidos com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** evidenciando, nos veículos automotores, o uso exclusivo em serviço, e;

Material didático e trabalhos publicados pelo **CONTRATADO**, produzidos por seu quadro de pessoal, quando custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PRERROGATIVAS

No caso de haver paralisação das atividades do **CONTRATADO**, sob qualquer hipótese, a Prefeitura Municipal de Boa Viagem conservará a faculdade de assumir a execução do **PROGRAMA DE TRABALHO**, nas seguintes modalidades:

Através da **CONTRATANTE**, a fim de evitar a descontinuidade da prestação dos serviços de saúde;

Por meio dos órgãos competentes, com o intuito de realizar a fiscalização físico-financeira das atividades deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA MODIFICAÇÃO

Com exceção do seu objeto, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser modificado em quaisquer das suas cláusulas e/ou disposições, mediante Termo Aditivo e de comum acordo entre as partes contratantes, desde que tal interesse seja previamente manifestado por uma das partes, por escrito, em tempo hábil para tramitação do referido Termo, obedecendo à validade deste Instrumento.

PARÁGRAFO ÚNICO - A repactuação, parcial ou total deste **CONTRATO DE GESTÃO**, formalizada mediante Termo Aditivo é, necessariamente, precedida de justificativa da **CONTRATANTE** e poderá ocorrer, a qualquer tempo dentro da vigência do contrato, para:

1. Adequação do **PROGRAMA DE TRABALHO** as demandas do sistema de saúde, como decorrência de avaliações específicas de resultados obtidos em sua execução;
2. Adequação da Lei Orçamentária Anual - LOA;
3. Ajuste das metas resultantes de relatórios, pareceres e reuniões das partes através de Coordenadoria Supervisora da Organização Social e a **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**, segundo trata o Parágrafo Primeiro da Cláusula Décima;
4. Adequação das condições contratuais às novas políticas de governo que possam inviabilizar a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** nas condições originalmente pactuadas;
5. Cumprimento dos dissídios coletivos das categorias contratadas como prestadoras de serviços essenciais e corpo funcional da instituição;
6. Cumprimento dos reajustes de preço das contas públicas, dos serviços e dos materiais necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

PREFEITURA DE BOA VIAGEM

CNPJ Nº 07.963.515/0001-36 | CGF Nº 06.920.307-5

Praça Monsenhor José Cândido, 100 | Centro | Boa Viagem/CE | CEP 63.870-000

Tel.: 88 3427.7001 - 9 8168.1714 | E-mail: pmbv_oficial@boaviagem.ce.gov.br | Site: www.boaviagem.ce.gov.br



É vedada a cobrança por serviços de qualquer natureza em razão da assistência devida aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercida pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

O **CONTRATADO** reconhece prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo ou de notificação dirigida ao **CONTRATADO**.

É facultada a **CONTRATANTE** a cessão especial de servidor público municipal para o **CONTRATADO**, com ônus para a origem, nos termos da legislação municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

Fica eleito o foro de Boa Viagem, para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes, de logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e acordadas, firmam, as partes, o presente **CONTRATO DE GESTÃO** em 02 (duas) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito e que, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes e pelas testemunhas abaixo, para que produza seus efeitos jurídicos e legais.

Boa Viagem/CE, de de

(nome do representante)
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

(nome do representante)
CONTRATADO(A)

Testemunhas:
(nome da testemunha 1)

(nome da testemunha 2)

RG:
CPF:

RG:
CPF:

