



## ANEXO II

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### 1. OBJETO

Contratação de empresa, em **caráter emergencial**, para a prestação de serviços especializados transporte medicalizado interhospitalar (UTI móvel), terrestre, contínuo (24 horas), por meio de ambulância de suporte avançado tipo D, **para a Macrorregião VALES**, conforme especificações da Portaria GM/MS Nº. 2.048, 05 de novembro de 2002, com motorista, médico intervencionista, enfermeiro, para remoção, a partir da referida Macrorregião, em todo território do Estado do Rio Grande do Sul, de pacientes de alto risco, transferidos por processo de regulação estadual.

#### 2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

Atualmente, a Macrorregião Vales está sendo atendida através do contrato nº 2022/022718, que tramitou no expediente 22/2000-0075999-9. O referido contrato possui vigência até 29/11/23. A contratada Gustavo L. Schmitt & Cia. LTDA – ME informou não ter interesse na prorrogação do prazo do contrato. Contatada, a segunda classificada no Pregão Eletrônico CELIC/RS Nº 9408/2022, informou a necessidade de alterações para aceitar firmar contrato com a SES para esta Macrorregião, o que se tornou inviável, em razão da necessidade de alteração do objeto.

Informa-se que a expectativa de quilometragem estipulada para o contrato nº 2022/022718 era de 8.480 km/mês. Durante a vigência do atual contrato, houve redução expressiva na quilometragem média mensal para 5.584 km/mês. Infere-se que esta redução tenha ocorrido pela mudança no cenário da pandemia de COVID 19.

Foram incluídos neste Termo de Referência, alguns itens (medicamentos e equipamentos) para atendimento ao paciente neonatal, conforme Manual de orientações sobre o transporte neonatal, 2010, Ministério da Saúde. Também foram acrescentados CPAP e respectivos acessórios para uso em pacientes adultos.

A contratação visa a prestação de serviços especializados de transporte interhospitalar de pacientes procedentes de unidades que atendam situações de urgências e emergências (Hospitais, Pronto Atendimento e Pronto Socorro) para remoções em ambulância de suporte avançado tipo D (UTI móvel), com atendimento contínuo (24 horas), terrestre e intermunicipais de pacientes cadastrados nas Centrais de Regulação, que necessitem de tratamento em leito de Unidade de Terapia Intensiva fora do seu município de origem ou cadastrados na Central de Regulação do SAMU RS, por meio de ambulância de suporte avançado tipo D, conforme especificações da Portaria GM/MS Nº. 2.048/2002, com motorista, médico intervencionista, enfermeiro, para remoção, em todo território do Estado do Rio Grande do Sul, de pacientes de alto risco, transferidos por processo de regulação estadual.

As transferências interhospitalares de pacientes por via terrestre, se dão através da Central Estadual de Regulação Hospitalar e SAMU/RS, onde o médico regulador deverá avaliar a necessidade de transporte de pacientes de alto risco que necessitem de cuidados médicos intensivos, a partir das informações clínicas recebidas do médico assistente, observando os critérios de diagnósticos de gravidade de acordo com a Nota Técnica nº 2 da Coordenação Estadual das Urgências e Emergências/SES/RS e Resolução CIB/RS 005/2018 (ou normas que vierem a substituí-las), que instituiu as diretrizes para a organização da rede de Transporte Sanitário no Sistema Único de Saúde – SUS, no Rio Grande do Sul, atentando às distâncias, aos recursos, à disponibilidade do leito, aos custos e às condições clínicas e climáticas.

Considerando o avanço significativo no acesso dos pacientes aos serviços de UTI e outras emergências gerando um aumento da demanda para este serviço, deve-se observar que a gravidade dos casos regulados exige suporte logístico para transporte medicalizado dos pacientes em UTI Móvel e condições especiais para o não agravamento do quadro clínico.

Este Departamento estipulou um limite de tempo para captação do paciente de até três horas (180 minutos). Esta limitação se dá, para permitir um tempo máximo de espera pelos hospitais solicitantes quanto dos receptores, na incidência de piora clínica e instabilidades hemodinâmicas.



A contagem do tempo inicia a partir do acionamento telefônico pela Central Estadual de Regulação Hospitalar e para aqueles autorizados pela Regulação Estadual do SAMU, visando diminuir o tempo resposta, isto é, o tempo que a empresa leva para realizar o atendimento, desde o momento que recebe o chamado até o momento em que chega a instituição hospitalar de origem.

A prestadora de serviço deverá possuir os materiais, equipamentos e equipe disponíveis e aptos para atendimento, já que os transportes são, normalmente, **imprevisíveis**. Na presença de intercorrências graves, a falta de algum material, equipamento ou profissional, poderá provocar sérios danos à saúde do paciente ou até mesmo levar ao óbito.

Para que a prestação dos referidos serviços tenha continuidade, é aberto este processo de Dispensa de Licitação, que poderá ser rescindido pela Administração antes da data aprazada, caso o procedimento licitatório (CELIC), tramitando através do processo 23/2000-0112359-7, se conclua no curso de sua vigência. Considerando que os atendimentos destes serviços são imprescindíveis e de primeira necessidade, destaca-se a importância do pleito e seu prosseguimento, a fim de prestar toda a assistência necessária à população, por meio desta contratação emergencial junto ao Departamento Regulador Estadual.

### 3. DEFINIÇÕES

**3.1** Para os fins desse Termo de Referência, adotam-se as seguintes definições:

**Ambulância de Suporte Avançado Tipo D:** Veículo destinado exclusivamente ao transporte de pacientes de alto risco, em decúbito horizontal, que necessitam de cuidados médicos intensivos, conforme Portaria 2.048, de 05 de novembro de 2002 e Resolução do CFM nº 1672/2003. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

**Base Operacional:** sede mantida pelo prestador de serviço, na Macrorregião Vales, onde disponibilizará as ambulâncias e respectiva tripulação e equipamentos, de onde partirão as equipes de transporte quando do seu acionamento pela Regulação Estadual.

**Macrorregião de saúde:** é a maior base territorial de planejamento de atenção à saúde, delimitada segundo características demográficas, socioeconômicas, sanitárias e epidemiológicas.

**Modalidade:** tipificação do transporte em ambulância terrestre conforme paciente neonatal (1), pediátrico (2) ou adulto (3).

### 4. LOCAIS DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

**4.1** Os serviços deverão ser prestados no território do Estado do Rio Grande do Sul, devendo ser observados os limites geográficos da Macrorregião Vales.

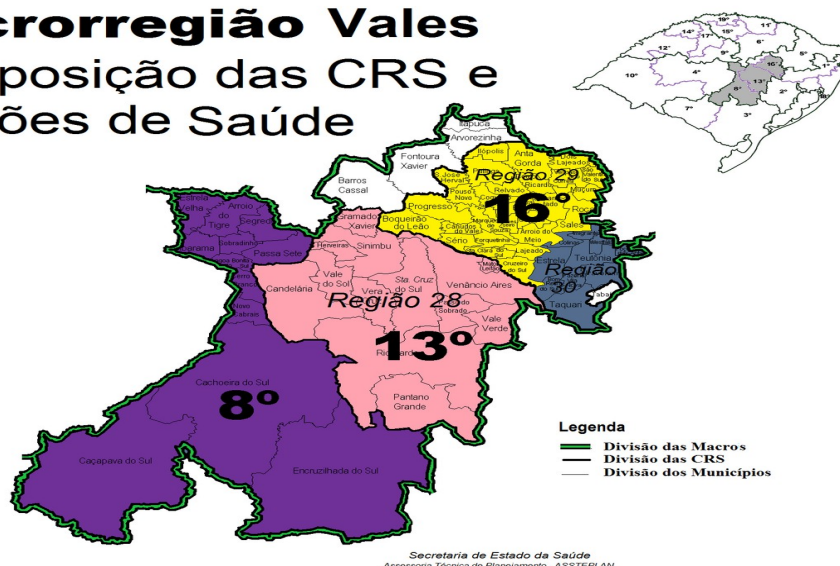
**4.2** As ambulâncias acionadas partirão da base operacional da empresa, conforme especificações no item 3.1.

**4.3** Da Macrorregião de Saúde: a Macrorregião Vales possui a composição dos municípios para atendimento inicial, conforme mapa e planilha a seguir:



## Macrorregião Vales

### Composição das CRS e Regiões de Saúde



#### 4.4 Municípios abrangidos pela Macrorregião Vales:

|                     |                     |                     |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Anta Gorda          | Herveiras           | São José do Herval  |
| Arroio do Meio      | Ibarama             | São Valentim do Sul |
| Arroio do Tigre     | Ilópolis            | Segredo             |
| Arvorezinha         | Imigrante           | Sério               |
| Barros Cassal       | Itapuca             | Sinimbu             |
| Bom Retiro do Sul   | Lagoa Bonita do Sul | Sobradinho          |
| Boqueirão do Leão   | Lajeado             | Tabaí               |
| Caçapava do Sul     | Marques de Souza    | Taquari             |
| Cachoeira do Sul    | Fazenda Vilanova    | Teutônia            |
| Candelária          | Fontoura Xavier     | Travesseiro         |
| Canudos do Vale     | Mato Leitão         | Vale do Sol         |
| Capitão             | Muçum               | Vale Verde          |
| Cerro Branco        | Nova Brésia         | Venâncio Aires      |
| Colinas             | Novo Cabrais        | Vera Cruz           |
| Coqueiro Baixo      | Pantano Grande      | Vespasiano Correa   |
| Cruzeiro do Sul     | Passa Sete          | Westfália           |
| Dois Lajeados       | Passo do Sobrado    | Santa Cruz do Sul   |
| Doutor Ricardo      | Paverama            | São José do Herval  |
| Encantado           | Poço das Antas      | São Valentim do Sul |
| Encruzilhada do Sul | Pouso Novo          |                     |
| Estrela             | Progresso           |                     |
| Estrela Velha       | Putinga             |                     |
| Fazenda Vilanova    | Relvado             |                     |
| Fontoura Xavier     | Rio Pardo           |                     |
| Forquetinha         | Roca Sales          |                     |
| Gramado Xavier      | Santa Cruz do Sul   |                     |

## 5. INÍCIO E HORÁRIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

**5.1** O serviço deverá estar disponível 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos finais de semana, feriados e dias santos.



**5.2** A Secretaria Estadual da Saúde acionará o serviço sempre que necessário, sem limitação diária. Caso haja concomitância de solicitações e respeitada a avaliação de gravidade do caso, a prioridade segue a ordem neonatal – pediátrica – adulto.

**5.3** A empresa deverá ter uma BASE JÁ ESTABELECIDADA na referida Macrorregião, para início imediatamente após término do Contrato 2022/022718 (30/11/23), com toda a documentação regularizada.

## **6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

### **6.1 DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DAS AMBULÂNCIAS:**

#### **6.1.1 DEFINIÇÃO DA AMBULÂNCIA**

TIPO D – Veículo destinado exclusivamente ao transporte de pacientes de alto risco, em decúbito horizontal, que necessitam de cuidados médicos intensivos, conforme Portaria 2.048, de 05 de novembro de 2002 e Resolução do CFM nº 1672/2003.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

#### **6.2 DA INSTALAÇÃO DAS BASES OPERACIONAIS**

A empresa vencedora deverá ter base operacional dentro dos limites geográficos da Macrorregião Vales. A base operacional deverá estar ou ser instalada geograficamente, de onde seja possível o atendimento ao tempo resposta preconizado no item 7.1, para as ocorrências da área territorial para a qual a empresa for contratada.

#### **6.3 DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS SIMULTÂNEOS**

A empresa deverá possuir capacidade mínima de 03 (três) atendimentos simultâneos e individualizados (01) paciente, com equipamentos e equipe completos, para cada remoção), para solicitações efetuadas pelo Departamento de Regulação Estadual.

#### **6.4 DA TRIPULAÇÃO**

**6.4.1** A tripulação da ambulância deverá ser composta pelos seguintes profissionais:

01 (um) Motorista regularmente habilitado para condução de veículo de urgência padronizado pelo código sanitário e Portaria MS/GM2048/2002, conforme Norma Técnica nº 7 da Central de Regulação das Urgências/RS/SAMU;

01 (um) Enfermeiro com registro no COREN;

01 (um) Médico com registro no CRM.

**6.4.2** A tripulação deverá ter os seguintes cursos:

Motorista: curso BLS (Suporte Básico de Vida);

Enfermeiro: curso BLS (Suporte Básico de Vida);

Médico: curso ATLS (Advanced Trauma Life Support) ou ACLS (Suporte Avançado de Vida em



Cardiologia), conforme Norma Técnica nº 7 da Central de Regulação das Urgências/RS/SAMU;

**6.4.3** Os certificados de cursos livres (APH - Atendimento Pré-Hospitalar; BLS - Suporte Básico de Vida; ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma; ACLS - Suporte Avançado de Vida Cardiovascular) serão considerados válidos, desde que sejam oriundos de Instituições de Ensino com certificação e registro de Responsabilidade Técnica, devendo ser assinados por um profissional de nível superior da área da saúde.

**6.4.4** Cópia digital dos certificados válidos dos cursos de todos os profissionais, das carteiras profissionais de Enfermeiros e Médicos e da carteira de habilitação dos motoristas, deverão ser encaminhados para o e-mail [contratos-dre@saude.rs.gov.br](mailto:contratos-dre@saude.rs.gov.br) até 30 dias após o início do serviço. Quando novos profissionais passarem a integrar a equipe, a cópia dos referidos documentos deverá ser encaminhada para o mesmo e-mail.

## 6.5 DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DAS AMBULÂNCIAS

**6.5.1 Da definição dos medicamentos das ambulâncias:** Medicamentos obrigatórios ao atendimento de urgência: Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina; epinefrina; atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%; soro glicosado 5%; soro fisiológico 0,9%; soro ringer lactato. Sujeitos a controle especial: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolam. Medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil; ketalar; quelecin. Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C, Cloreto de potássio a 10%; Cloreto de sódio a 10% ou 20%; Bicarbonato de sódio a 8,4% ou 10%; Gluconato de cálcio a 10%. (Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002/ANVISA-MS e Manual de orientações sobre o transporte neonatal 2010, Ministério da Saúde).

OBS.: todos os medicamentos devem ser conferidos periodicamente quanto à sua integridade e prazo de validade do Lote.

**6.5.2 Dos equipamentos e Insumos das ambulâncias:** Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobráveis; instalação de rede portátil de oxigênio com cilindro de oxigênio portátil com válvula; (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico adulto/infantil de transporte; CPAP com respectivos acessórios; oxímetro adulto/infantil não-invasivo portátil; monitor cardioversor adulto/infantil com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão adulto/infantil com bateria e equipo; maleta de vias aéreas adulto/infantil contendo: máscaras laringeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; termômetro; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter



respirador, CPAP com respectivos acessórios e equipamentos adequados para recém natos, capacete para oxigênio inalatório; Fitas para controle glicêmico; glicosímetro; Microlancetas; touca de malha ortopédica para recém-nascidos; Material para coleta de exames e hemoculturas; Material para acesso venoso e cateterização de umbigo. (Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002/ANVISA/Ministério da Saúde -MS e Manual de orientações sobre o transporte neonatal, 2010, Ministério da Saúde). As empresas prestadoras de transportes neonatais, deverão atender, como rotina, que as incubadoras estejam pré aquecidas na base (rotina preconizada hoje).

**6.5.3 Condições das viaturas:** Apresentar perfeito estado de conservação mecânica, carroceria e das acomodações de pacientes, profissionais e de todos os equipamentos de segurança de tráfego previstos na Legislação; Equipar-se conforme a regulamentação dos diversos meios de transporte de pacientes, determinada pela Portaria 2.048 GM/MS de 05 de novembro de 2002 e ter no máximo 5 (cinco) anos de fabricação; após este prazo, o veículo deverá obrigatoriamente, ser substituído;

**6.5.4 Da Segurança:** Cada veículo deverá apresentar perfeito estado de conservação e de condições de operação, com especial atenção para o estado dos pneus, manutenção mecânica e carroceria;

**6.5.5 Do Sistema de ar-condicionado** para manter a temperatura confortável no compartilhamento do paciente. No transporte de pacientes com tuberculose pulmonar, varicela-zóster e sarampo, as janelas deverão ser mantidas abertas, o paciente utilizando máscara cirúrgica e os profissionais de transporte paramentados com máscara NR 95;

**6.5.6 Do Sistema seguro de fixação da maca ao assoalho de veículo:** deverá contar com os cintos de segurança em condições de uso; cinto de segurança obrigatório para todos os passageiros (paciente, equipe e acompanhane); As superfícies internas do veículo deverão ser forradas de material que permitam a fácil limpeza; todo o veículo deve contar com estepe instalado em local que não interfira na acomodação do paciente; as superfícies internas e externas de armários: deverá ser desenhada de modo a evitar forrações pontiagudas, devendo seus carros receber acabamento arredondado; compartimento do motorista: deverá ser construído de modo a permitir uma acomodação adequada do condutor para operação segura do veículo;

**6.5.7 Do Compartimento do paciente:** deverá ter uma altura mínima de 1,70 m, medindo da plataforma de suporte da maca ao teto do veículo, largura mínima de 1,60 m, medida a 30 cm acima do assoalho, comprimento mínimo de 2,10 m no comprimento destinado à colocação da maca, medido em linha reta de trás do encosto do banco dianteiro até a porta traseira do veículo;

**6.5.8 Da Documentação das viaturas:** As viaturas deverão possuir documentação totalmente regularizada, devendo estar licenciadas em nome da contratada, em conformidade com a Lei nº. 8.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), assim como, deverão possuir os alvarás sanitários das ambulâncias e bases operacionais em conformidade com a legislação vigente e suas alterações (Resolução nº 089/12, Resolução nº 72/2012, Portaria SES nº 125/2016 e Resolução CIB nº 38/2016);

**6.5.9** Cópia digital da documentação mencionada no item 6.5.8, deverá ser encaminhada para o e-mail [contratos-dre@saude.rs.gov.br](mailto:contratos-dre@saude.rs.gov.br), até 30 dias após o início do serviço. Quando novas ambulâncias passarem a integrar a frota, a cópia dos referidos documentos deverá ser encaminhada para o mesmo e-mail.

**6.5.10 Do uso de Equipamentos de Proteção Individual:** Os profissionais devem estar devidamente capacitados para execução dos serviços acima descritos e paramentados com Equipamentos de Proteção Individual adequado – EPI;

**6.5.11 Da coleta e destinação dos resíduos:** A contratada deverá realizar a coleta e destinação dos resíduos produzidos durante a assistência aos pacientes, de acordo com a legislação vigente;

**6.5.12 Manutenção:** TODA a manutenção da ambulância ocorrerá por conta da contratada;

**6.5.13 Limpeza e desinfecção de superfícies:** De acordo com a Portaria MS nº. 930/92 é obrigatório a desinfecção do veículo diariamente, antes de sua utilização, e sempre que necessário, isto é, após transporte de





paciente que, comprovadamente, seja portador de doença infectocontagioso ou vítima de traumas com ferimentos abertos. A contratada deverá proceder a limpeza das ambulâncias e equipamentos, conforme normativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**OBS.:** as dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

## 7. FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

**7.1** A empresa prestadora do serviço, deverá atender a solicitação num limite de tempo para captação do paciente, estipulado em até três horas (180 minutos), com início da contagem do tempo a partir do acionamento telefônico do Departamento de Regulação Estadual, visando diminuir o tempo resposta, isto é, o tempo que a empresa leva para realizar o atendimento, desde o momento que recebe o chamado até o momento em que chega a Instituição hospitalar de origem.

**7.2** Em regiões de longa distância entre municípios ou ocorrência de situações imprevisíveis (exemplo: bloqueio na estrada, tempestade, acidente de trânsito, etc.) poderá ser aceito um tempo maior do que 180 minutos; nessas situações, consideradas excepcionais, **desde que enviada a justificativa para a Central, no momento do acionamento**, através de e-mail ([transporte-autorizacaocrh@saude.rs.gov.br](mailto:transporte-autorizacaocrh@saude.rs.gov.br) e [samurs@saude.rs.gov.br](mailto:samurs@saude.rs.gov.br)), para avaliação e flexibilização dos critérios previstos no item 7.1. No assunto do e-mail deverá constar: “Justificativa atraso captação – Contrato nº XX/XX – Autorização nº XX/XX – Paciente XXX”;

**7.3** Para definição do trajeto a ser observado na execução do serviço de transporte, deverá ser utilizada como parâmetro a rota indicada na ferramenta “Google Maps”, disponível para acesso em <https://maps.google.com>.

**7.4** Esta Secretaria fará a aferição da quilometragem executada e apresentada pela empresa prestadora do serviço dar-se-á por meio da ferramenta “Google Maps”, disponível para acesso em <https://maps.google.com>.

**7.5** Para fins de definição do trajeto e aferição da quilometragem, deverá ser observado o seguinte tutorial: no site acima, clicar em rotas, clicar em como chegar de carro, adicionar origem, adicionar destino (3 vezes), e introduzindo a sequência do trajeto: **(A)** o endereço da base operacional da empresa; **(B)** o endereço do estabelecimento de saúde solicitante; **(C)** o endereço do hospital de destino; e, **(D)** o endereço da base operacional da empresa para o retorno, **sendo o destino “A” sempre igual a “D”**.

**7.6** Para fins de aferição (o cálculo/conferência do Km rodado para cada remoção) da quilometragem percorrida pela empresa prestadora do serviço, serão considerados trajetos realizados em vias pavimentadas e apurados por meio da ferramenta descrita no item 7.3 e 7.4;

**7.7** Considerando a extensão do Estado, poderá existir algum estabelecimento de saúde, cujo trajeto (ou parte dele) tenha que ser realizado em rua não pavimentada; então, nesse caso, como **exceção**, a ambulância realizará a remoção na via não pavimentada;

**7.8** Caso se verifique, quando da aferição da quilometragem, a realização de itinerário diverso do indicado na ferramenta referida no item 7.5, a empresa prestadora do serviço deverá apresentar a respectiva justificativa, instruída por documentos comprobatórios da necessidade de mudança da rota.

**7.9** O Estado do Rio Grande do Sul poderá optar pela instalação, nas ambulâncias tipo D, de equipamento de monitoração via satélite (GPS) e de sistema de informática (software) que proporcione a localização do veículo em tempo real (online), monitoramento e recebimento dos pedidos de acionamento encaminhados pelo sistema de regulação estadual.

**7.9.1** O Departamento de Regulação poderá definir que todas as ambulâncias de transporte objeto deste contrato, possuam um equipamento (smarthopne ou tablet) com o sistema SAPH SAMU para controle do



deslocamento e videochamadas com a equipe técnica da central. O custo mensal deste serviço, ficará a cargo da contratada.

**7.10** A empresa prestadora do serviço deverá autorizar a instalação dos equipamentos e sistema descritos no item 7.9 e 7.9.1

**7.11** A empresa prestadora do serviço deverá atender a todas as solicitações recebidas da regulação estadual, independente da distância a ser percorrida;

**7.12** O acionamento seguirá o seguinte fluxo:

**7.12.1** A central de regulação fará contato por telefone, informando que há necessidade de deslocamento.

**7.12.2** A central de regulação encaminhará autorização de transporte, assinada pelo médico regulador, com os dados do paciente e as entidades de saúde de origem e destino, pelo e-mail: [transporte-autorizacaoocrh@saude.rs.gov.br](mailto:transporte-autorizacaoocrh@saude.rs.gov.br). Fará parte do envio de documentos no momento da autorização a nota de transferência emitida pelo médico assistente, conforme Resolução do CFM 1672/2003;

**7.13** Uma vez acionado pelo serviço pelo Departamento de Regulação Estadual ou Central Estadual de Regulação SAMU 192, o tempo de deslocamento da ambulância TIPO D da base operacional até o local onde esteja o paciente a ser removido, não poderá exceder 180 (cento e oitenta) minutos, com início da contagem do tempo a partir do acionamento telefônico do Departamento de Regulação Estadual; casos excepcionais conforme previsto no item 7.2;

**7.14** Para cada acionamento recebido, a empresa prestadora do serviço deverá emitir relatório da transporte realizado, firmado e carimbado pelos profissionais médico, enfermeiro e motorista que compuseram a equipe que executou o transporte, o médico responsável por receber o paciente, deverá assinar o respectivo relatório de atendimento, será solicitado que o médico receptor envie relatório de chegada do paciente;

**7.15** O relatório de viagem deverá conter obrigatoriamente as informações conforme Resolução CFM 1672/2003 e COFEN 713/2022: diagnóstico do paciente transportado, medicamentos administrados, controle de oxigênio, intercorrências durante o transporte, origem e destino do paciente, assim como a assinatura do profissional responsável na instituição de origem, quando a remoção partir de estabelecimento de saúde, e assinatura do profissional responsável pelo recebimento do paciente na instituição de destino, conforme Relatório de Transporte (**Anexo II**). É imprescindível que a equipe de transporte solicite a equipe da origem, o registro de horário de chegada e saída do paciente do hospital.

**7.16** Os serviços de transporte interhospitalar destinam-se ao deslocamento do paciente de um determinado estabelecimento de saúde para outro, conforme descritos abaixo:

- de unidade de Pronto Atendimento (UPA/PA) para unidade de Pronto Atendimento (UPA/PA)
- de unidade de Pronto Atendimento (UPA/PA) para porta de urgência de hospital;
- de porta de urgência de hospital para outra de porta de urgência de hospital;
- de unidade de Pronto Atendimento (UPA/PA) para internação em hospital;
- de porta de urgência de hospital para internação em outro hospital;
- de uma unidade hospitalar para outra unidade hospitalar;

**7.17** Os Estabelecimentos de Saúde pertencentes ao território encontram-se listados abaixo. Para possibilitar as empresas licitantes verificar a capacidade atendimento do tempo limite estabelecido no caput, é prudente a consulta ao site do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, cujo endereço eletrônico é [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br), para fins de cruzamento de dados informacionais, através do caminho, conforme Consultas -Estabelecimentos – Identificação.





#### Macrorregião Vales

|                             |                                                              |                                  |      |                |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|----------------|
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | ARROIO DO TIGRE - ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SANTA ROSA DE LIMA | Rua Guilherme Muller             | 932  | NÃO CADASTRADO |
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE VITOR LANG                   | Av. Cel Coriolano Castro, 920    | 920  | CENTRO         |
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | ÇAÇAPAVA DO SUL - ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE VITOR LANG | Av. Cel Coriolano Castro         | 920  | CENTRO         |
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | CACHOEIRA DO SUL - HOSPITAL DE CARIDADE                      | Rua Saldanha Marinho             | 48   | CENTRO         |
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | CACHOEIRA DO SUL - PLANTAO SUS PREFEITURA                    | Rua General Portinho             | 1785 | CENTRO         |
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | CACHOEIRA DO SUL - UPA 24 HRS                                | Avenida Brasil                   | 2300 | OLIVEIRA       |
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | ENCRUZILHADA DO SUL - HOSPITAL SANTA BARBARA                 | Av. Coronel Honório Carvalho     | 878  | NÃO CADASTRADO |
| 8a CRS - Cachoeira do Sul   | ENCRUZILHADA DO SUL - PA 24HRS Encruzilhada do Sul           | Rua General Osório               | 375  | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | CANDELARIA - SOCIEDADE BENEFICIENTE HOSPITAL CANDELARIA      | Av. Marechal Deodoro             | 1279 | NÃO CADASTRADO |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | RIO PARDO - HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO RIO PARDO           | Praga Coronel Pereira Rêgo       | 30   | NÃO CADASTRADO |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | RIO PARDO - PA RIO PARDO                                     | Rua Treze de maio                | 850  | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - CASA DE SAUDE DE SANTA CRUZ              | Rua João Rabuske                 | 12   | NÃO CADASTRADO |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL             | CORONEL RAFAEL OSCAR JOTI        | 1551 | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - CENTRO MATERNO INFANTIL                  | Rua Walter Kem                   | sn   | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - HOSPITAL ANA NERY                        | Rua Pereira da Cunha             | 209  | NÃO CADASTRADO |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - HOSPITAL MONTE ALVERNE                   | Rua Dr. Pedro Eggler             | 1    | NÃO CADASTRADO |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - HOSPITAL PLANTAO DE URGENCIA ADULTO      | Rua Ernesto Alves                | 858  | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - HOSPITAL SANTA CRUZ                      | Rua Fernando Abot t              | 174  | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - PA SANTA CRUZ DO SUL                     | R. ANNE GUEDES (FICTICIO)        | 321  | ANA NERY       |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SANTA CRUZ DO SUL - UPA 24H                                  | Rua Carlos Swarosky              | 850  | ESMERALDA      |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | SINIMBU - HOSPITAL BENEFICIENTE SINIMBU                      | Rua Bernardo Fuerstenau          | 477  | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | VENANCIO AIRES - HOSPITAL SAO SEBASTIAO MARTIR               | RUA TIRADENTES                   | 834  | CENTRO         |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | VENANCIO AIRES - UPA 24 HORAS                                | RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA BAIRRI | 2500 | NÃO CADASTRADO |
| 13a CRS - Santa Cruz do Sul | VERA CRUZ - HOSPITAL VERA CRUZ                               | Rua Roberto Gruendling           | 125  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | ANTA GORDA - HOSPITAL PADRE CATELLI                          | R. Aminho Miot t                 | 1032 | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | ARROIO DO MEIO - HOSPITAL SAO JOSE                           | Rua Júlio de Castilhos           | 314  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | BOM RETIRO DO SUL - HOSPITAL DE CARIDADE SANT'ANA            | R. Antônio M. Viegas             | 133  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | BOQUEIRAO DO LEAO - HOSPITAL DR. ANUAR ELIAS LAERSSSE        | Trav. Eugênio Franciosi          | 940  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | DOIS LAJEADOS - HOSPITAL DE CARIDADE SAO ROQUE               | Rua João Ribeiro                 | 110  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | ENCANTADO - HOSPITAL BENEFICIENTE SANTA TERESINHA            | Rua Julio de Castilhos           | 750  | CENTRO         |
| 16a CRS - Lajeado           | ESTRELA - ASSOCIAÇÃO FRANCISCANA DE ASSISTENCIA A SAUDE      | Rua Geraldo Pereira              | 405  | CENTRO         |
| 16a CRS - Lajeado           | ILOPOLIS - HOSPITAL LEONILDA BRUNET                          | Rua João Tomasini                | 495  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | LAJEADO - HOSPITAL BRUNO BORN                                | Av. Benjamin Constant            | 881  | CENTRO         |
| 16a CRS - Lajeado           | LAJEADO UPA                                                  | R. CARLOS SPOHR FILHO            | 3480 | MOINHOS        |
| 16a CRS - Lajeado           | UPA Lajeado                                                  | Rua Spohr Filho                  | 3480 | MOINHOS        |
| 16a CRS - Lajeado           | MARQUES DE SOUZA - HOSPITAL MARQUES DE SOUZA                 | R. 10 de Novembro                | 167  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | MUCUM - HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA                     | R. Pinheiro Machado              | 342  | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | NOVA BRESCIA - HOSPITAL SAO JOAO BATISTA                     | Rua Bento Gonçalves              | 1184 | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | PAVERAMA - HOSPITAL SAO JOAO                                 | R. 4 de Julho                    | 7347 | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | PROGRESSO - HOSPITAL SANTA ISABEL                            | R. Coronel Feti Filho            | 50   | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | ROCA SALES - HOSPITAL ROQUE GONZALES                         | Rua General Osório               | 70   | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | SERIO - HOSPITAL SAO JOSE                                    | R. Maurício Cardoso              | SN   | NÃO CADASTRADO |
| 16a CRS - Lajeado           | TAQUARI - INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA                 | Rua Marechal Deodoro             | 1390 | CENTRO         |
| 16a CRS - Lajeado           | TEUTONIA - HOSPITAL OURO BRANCO                              | Rua Fernando Ferrari             | 506  | LANGUIRU       |

**7.18** A empresa deverá atentar para o atendimento da legislação do Estatuto do Idoso e do Estatuto da Criança e do Adolescente, para atender as responsabilidades junto ao paciente.

**7.19** A contratada deverá zelar pelas boas práticas sanitárias e demais normas instituídas por órgãos regulatórios.

## 8. DA COMPROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

**8.1** Para fins de comprovação da prestação do serviço contratado e, por conseguinte, para viabilização do pagamento, a empresa prestadora deverá apresentar pedido administrativo, em frequência mensal, instruído **OBRIGATORIAMENTE** com os seguintes documentos:

**8.1.1** Ficha de acionamento/autorização de transporte emitida pelo sistema de regulação estadual, firmado pelo médico regulador, em que estejam identificados o tipo de transporte a ser realizado, o paciente a ser transportado, o local de onde deverá ser removido e o destino.

**8.1.2** Relatórios de viagens emitidos nos termos do item 7.14 e 7.15 (Modelo Relatório de Transporte– **Anexo II**), devidamente preenchido e assinado, ressaltamos que a falta de dados e/ou preenchimento inadequado impedirá o prosseguimento do pagamento.

**8.1.3** Declarações de rotas percorridas, bem como justificativa para o caso de alteração, nos termos do item 7.3 e 7.4.



**8.1.4** Mapa impresso com o trecho percorrido, para cada deslocamento autorizado por esta SES, pela ferramenta dos itens 7.3 e 7.4.

**8.1.5** Demonstrativo (tabela em formato Excel) que contemple: data das remoções realizadas, número da autorização de transporte, nome do paciente, base operacional de saída, hospital/local de origem, hospital de destino, valor cobrado pelo atendimento/deslocamento, quantidade de quilômetros rodados, valor por quilômetro rodado, local da base, entregue por meio físico e digital.

**8.2** A emissão da nota fiscal pelo prestador do serviço deverá ocorrer após aferição da quilometragem e conferência dos demais documentos apresentados, citados nos itens 8.1.1 até 8.1.5 e quando solicitada pelo Departamento de Regulação Estadual.

**8.3** O protocolo da solicitação de pagamento deverá ocorrer no mês subsequente ao dos serviços prestados, caso algum documento não conste no processo ou não esteja devidamente preenchido, somente terá prosseguimento o processo após o contratado corrigir as incorreções.

## **9. DA SUBCONTATAÇÃO (conforme CGL 7.12)**

## **10. PLANILHA DE CUSTOS ESPECÍFICA**

**10.1** Esta planilha, discriminando a elaboração do custo com os transportes por km rodado (**Anexo I**), deverá ser apresentada pela contratada para servir de parâmetro comparativo pelos órgãos de controle, para os requerimentos que poderão ser solicitados pela contratada, referente às atualizações monetárias que constam em contrato com a SES.



## Anexo I

### Planilha de Custos e Formação de Preços

*Nota: Deverá acompanhar esta planilha a relação dos materiais e equipamentos que serão utilizados na execução dos serviços indicando quantitativo e sua especificação.*

|                                                                    |                                                                        |                            |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                    | <b>Nº Processo</b>                                                     |                            |
|                                                                    | <b>Licitação nº</b>                                                    |                            |
|                                                                    | <b>Dia ___/___/___ às __:___ horas</b>                                 |                            |
| <b>Discriminação dos Serviços (dados referentes à contratação)</b> |                                                                        |                            |
| <b>A</b>                                                           | <b>Data de apresentação da proposta (dia/mês/ano)</b>                  |                            |
| <b>B</b>                                                           | <b>Município(s)</b>                                                    |                            |
| <b>C</b>                                                           | <b>Serviço</b>                                                         |                            |
| <b>D</b>                                                           | <b>Unidade de medida</b>                                               |                            |
| <b>E</b>                                                           | <b>Quantidade (total) a contratar (em função da unidade de medida)</b> |                            |
| <b>F</b>                                                           | <b>Nº de meses de execução contratual</b>                              |                            |
| <b>Custo por Unidade de medida - tipos e quantidades</b>           |                                                                        |                            |
| <b>1</b>                                                           | <b>ITEM</b>                                                            | <b>Valor por km rodado</b> |
|                                                                    | Médico(a)                                                              |                            |
|                                                                    | Enfermeiro(a)                                                          |                            |
|                                                                    | Motorista                                                              |                            |
|                                                                    | Manutenção da Ambulância                                               |                            |
|                                                                    | Insumos/materiais                                                      |                            |
|                                                                    | Tributos/lucro                                                         |                            |
|                                                                    | Valor Total do KM rodado                                               |                            |
| <b>I</b>                                                           | <b>Tributos (especificar)</b>                                          | <b>%</b>                   |
| <b>A</b>                                                           |                                                                        |                            |
| <b>B</b>                                                           |                                                                        |                            |
| <b>C</b>                                                           |                                                                        |                            |

| QUADRO RESUMO DO CONTRATO |                                     |                                   |                         |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Serviço                   | Valor Mensal por Unidade de Serviço | Quantidade de Unidade de Serviços | Valor mensal do serviço |
| -                         |                                     |                                   |                         |
| -                         |                                     |                                   |                         |
| Valor Mensal do Contrato  |                                     |                                   |                         |



Anexo II

**RELATÓRIO DE TRANSPORTE**

**DADOS DO PACIENTE:**

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO Nº: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: ☐ F ☐ M

TIPO DE TRANSPORTE: ☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO ☐ NEONATAL

**CONDIÇÕES DO PACIENTE NA SAÍDA DA UNIDADE:**

NEUROLÓGICAS: ☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ DESORIENTADO

**RESPIRATÓRIAS:**

☐ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ CATETER NASAL ☐ VENTURI  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ TUBO OROTRAQUEAL  
☐ TRAQUEOSTOMIA

**CARDIOVASCULARES:**

ACESSO VENOSO: ☐ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECÇÃO VENOSA

CONDIÇÕES DO ACESSO:

**GASTROINTESTINAIS:**

ALIMENTAÇÃO: ☐ SONDA NASOGÁSTRICA ☐ SONDA NASOENTERICA ☐ SONDA OROGÁSTRICA  
☐ NPT ☐ GASTROSTOMIA ☐ JEJUNOSTOMIA

CONDIÇÕES DA SONDA:

**GENITURINÁRIAS:**

DIURESE: ☐ ESPONTÂNEA ☐ CATETER VESICAL DE ☐ DEMORA ☐ CISTOSTOMIA  
 OUTRO: \_\_\_\_\_ CONDIÇÕES DA SONDA:

COLETOR DE URINA ESVAZIADO: ☐ SIM ☐ NÃO

**LIBERADO DA UNIDADE DE ORIGEM POR PROFISSIONAL:**

| NOME DO PROFISSIONAL | ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL | DATA/HORA CHEGADA |
|----------------------|--------------------------------------|-------------------|
|                      |                                      | ____/____/____    |
|                      |                                      | : _____           |
|                      |                                      | DATA/HORA SAÍDA   |
|                      |                                      | ____/____/____    |
|                      |                                      | : _____           |

INTERCORRÊNCIAS NO TRANSPORTE: ☐ SIM ☐ NÃO

EVOLUÇÃO: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

| Horário | FC | FR | PA | Saturação | Temperatura | Glicemia | Parâmetro Ventilatório |  |
|---------|----|----|----|-----------|-------------|----------|------------------------|--|
| :       |    |    |    |           |             |          |                        |  |
| :       |    |    |    |           |             |          |                        |  |
| :       |    |    |    |           |             |          |                        |  |



|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| : |  |  |  |  |  |  |  |  |
| : |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CONDIÇÕES DO PACIENTE NA CHEGADA A UNIDADE DE DESTINO:**

|                                                                         |                      |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> RECEBI PACIENTE NAS CONDIÇÕES SUPRACITADAS     | ASSINATURA E CARIMBO |
| <input type="checkbox"/> NÃO RECEBI PACIENTE NAS CONDIÇÕES SUPRACITADAS | ASSINATURA E CARIMBO |
| Condições de não conformidade: _____                                    |                      |
| _____                                                                   |                      |

|                                              |                                                     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| PACIENTE RECEBIDO POR (NOME DO PROFISSIONAL) | DATA/HORA DE CHEGADA:<br>____/____/____ : ____:____ |
| OBSERVAÇÕES: _____                           |                                                     |
| _____                                        |                                                     |

**DADOS DO DESLOCAMENTO:**

EMPRESA CONTRATADA: \_\_\_\_\_

BASE: \_\_\_\_\_ PLACA DO VEÍCULO: \_\_\_\_\_

EQUIPE (ASSINATURA E CARIMBO):

| MOTORISTA | ENFERMEIRO | MÉDICO |
|-----------|------------|--------|
|           |            |        |

| EVOLUÇÃO DO MÉDICO (A) | EVOLUÇÃO ENFERMEIRO (A) |
|------------------------|-------------------------|
|                        |                         |
|                        |                         |
|                        |                         |
|                        |                         |
|                        |                         |

Carimbo e assinatura do Médico (a)

Carimbo e assinatura do Enfermeiro (a)





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                  |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  <b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b><br>ANEXO II AO DECRETO Nº 36.601, de 10-04-96.                                                                                                                                                                                     |                       | <b>J IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO</b><br>NÚMERO: _____ FOLHA: _____ |                                                     |
| <b>ANÁLISE CONTÁBIL DA CAPACIDADE FINANCEIRA DE LICITANTE – ACF</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                  |                                                     |
| <b>A IDENTIFICAÇÃO DO EDITAL OU CARTA-CONVITE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                                  |                                                     |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOME DO LICITADOR     | NÚMERO                                                           | DATA                                                |
| <b>B IDENTIFICAÇÃO DO LICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                  |                                                     |
| CGC/MF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ATIVIDADE PRINCIPAL   | CNAE                                                             | SE                                                  |
| FIRMA/RAZÃO SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       | CNPJ                                                             | CGC/TE                                              |
| ENDEREÇO (rua, avenida, praça etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       | NÚMERO                                                           | CEP                                                 |
| NOME DO REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       | TELEFONE                                                         |                                                     |
| BALANÇO APRESENTADO PERÍODO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DATA DO BALANÇO ANUAL | Nº LIVRO DIÁRIO                                                  | Nº DO RUC                                           |
| <b>C IDENTIFICAÇÃO DO CONTABILISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                                                  |                                                     |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CP                    | Nº DO REGISTRO NO CRC                                            | TELEFONE                                            |
| ENDEREÇO (rua, avenida, praça etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       | NÚMERO                                                           | CEP                                                 |
| <b>D IDENTIFICAÇÃO DA AUDITORIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                  |                                                     |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | Nº DO REGISTRO NO CRC                                            |                                                     |
| <b>E BALANÇO PATRIMONIAL REESTRUTURADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | <b>F DEMONSTRAÇÃO DA ANÁLISE FINANCEIRA DO LICITANTE</b>         |                                                     |
| CONTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Em R\$ Mil            | ÍNDICE                                                           | VALOR                                               |
| 1 ATIVO CIRCULANTE AJUSTADO (ACA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       | 1 LIQUIDEZ CORRENTE                                              |                                                     |
| 2 PASSIVO CIRCULANTE (PC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 2 LIQUIDEZ GERAL                                                 |                                                     |
| 3 ACA + REALIZÁVEL A LONGO PRAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       | 3 GRAU DE MOBILIZAÇÃO                                            |                                                     |
| 4 PC + PASSIVO A LONGO PRAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       | 4 ENDIVIDAMENTO DE CURTO PRAZO                                   |                                                     |
| 5 ATIVO PERMANENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       | 5 ENDIVIDAMENTO GERAL                                            |                                                     |
| 6 PATRIMÔNIO LÍQUIDO AJUSTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       | NFR                                                              | NOTA FINAL DA CAPACIDADE FINANCEIRA RELATIVA = Σ NP |
| 7 PASSIVO CIRCULANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       | <b>G RESULTADO DA ANÁLISE</b>                                    |                                                     |
| 8 PATRIMÔNIO LÍQUIDO AJUSTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                                  |                                                     |
| 9 PC + PASSIVO A LONGO PRAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                                                  |                                                     |
| 10 PATRIMÔNIO LÍQUIDO AJUSTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                                                  |                                                     |
| 11 DESPESAS ANTECIPADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                  |                                                     |
| 12 RESULTADOS DE EXERCÍCIOS FUTUROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                  |                                                     |
| 13 CAPITAL SOCIAL INTEGRALIZADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                  |                                                     |
| 14 PATRIMÔNIO LÍQUIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                  |                                                     |
| 15 CONSISTÊNCIA (vide instruções no verso)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                  |                                                     |
| <b>H IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR PÚBLICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                  |                                                     |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | MATRÍCULA                                                        |                                                     |
| <b>I DECLARAÇÃO E ASSINATURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                                  |                                                     |
| O representante legal da empresa licitante e o contabilista declaram, sob as penas da Lei, que as informações prestadas neste formulário são a expressão da verdade, bem como autorizam o licitador, por si ou por outrem e a qualquer tempo, examinar os livros e os documentos relativos à escrituração contábil, para confrontação dos dados aqui demonstrados. |                       |                                                                  |                                                     |
| LICITANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONTABILISTA          | LICITADOR                                                        |                                                     |
| DATA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATA:                 | DATA:                                                            |                                                     |