



ANEXO II

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Contratação de empresa para a prestação de serviços especializados de transporte medicalizado interhospitalar (UTI móvel), terrestre, contínuo (24 horas), por meio de ambulância de suporte avançado tipo D, **para a Macrorregião SUL**, conforme especificações da Portaria GM/MS Nº. 2.048, 05 de novembro de 2002, com motorista, médico e enfermeiro, para remoção, a partir da referida Macrorregião, a prestador de serviços de saúde situado no âmbito do 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 Sul está sendo atendida através do contrato nº 2020/021688, que tramitou no expediente 20/2000-0113548-3. O referido contrato possui vigência até 19/12/24.

Informa-se que, no momento da celebração do contrato, a expectativa de quilometragem rodada, era de 5.924 km/mês. A quilometragem média mensal atual, é de 5.737 Km/mês (média contabilizada nos últimos 20 meses (período de janeiro de 2023 a agosto de 2024).

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

A contratação visa à 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 terrestres e intermunicipais em ambulância de suporte avançado tipo D (UTI móvel) tripulada com motorista, médico intervencionista e enfermeiro, com atendimento contínuo (24 horas) de pacientes cadastrados nas Centrais de Regulação do SUS, que necessitem de tratamento em leito de Unidade de Terapia Intensiva em município diverso, situado no Estado do Rio Grande do Sul, conforme especificações da Portaria GM/MS Nº. 2.048/2002, com motorista, médico intervencionista e enfermeiro.

As transferências interhospitalares de pacientes por via terrestre, se dão através da Central Estadual de Regulação Hospitalar e SAMU/RS, mediante avaliação da 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, 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.

Para permitir um tempo máximo de espera pelos hospitais solicitantes da remoção e receptores dos pacientes, prevenindo a incidência de piora clínica e de instabilidades hemodinâmicas, em atendimento do recomendado pela Procuradoria-Geral do Estado no processo nº 19/2000-0060341-0, foi estipulado um limite de tempo para captação dos pacientes.

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 a 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 a ambulância chega à 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.



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 Sul, no município de Pelotas, 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.

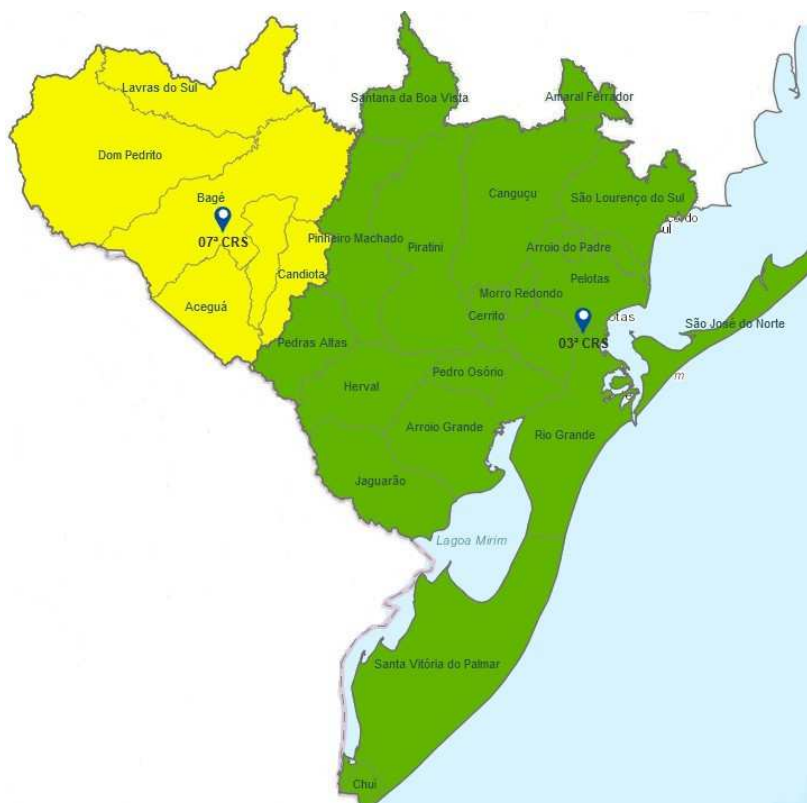
Modalidade: tipificação do transporte em ambulância terrestre conforme paciente neonatal (1), pediátrico (2) ou adulto (3).

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 para a captação dos pacientes, os limites geográficos da Macrorregião Sul.

4.2 As ambulâncias acionadas partirão da base operacional da empresa, conforme especificações do item 3.1.

4.3 Da Macrorregião de Saúde: possui a composição dos municípios para atendimento inicial, conforme mapa a seguir e item 4.4:





4.4 Municípios abrangidos pela Macrorregião Sul: municípios integrantes da 3ª e da 7ª CRS. 3ª CRS: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu; 7ª CRS: Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras 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, respeitada a avaliação de gravidade do caso, a prioridade deverá seguir a ordem neonatal – pediátrica – adulto.

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 DA BASE OPERACIONAL

6.2.1 A empresa vencedora deverá ter base operacional no município de Pelotas, de onde será possível o atendimento ao prazo máximo de resposta preconizado no item 7.1 para a captação dos pacientes, na área territorial contratada.

6.2.2 Tendo em vista as particularidades do objeto desta Licitação e os tempos necessários para que a empresa a ser contratada possa cumprir as exigências editalícias, como adaptação de ambulâncias, se for o caso, formação e disponibilização das equipes técnicas, fixação das bases e obtenção dos respectivos alvarás sanitários, será fornecido o prazo máximo de 90 (noventa) dias para o início dos serviços, considerando a data da publicação da homologação do certame no Diário Oficial do Estado – DOE pela CELIC – Central de Licitações do Estado (CGL 16.4).

6.3 DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS SIMULTÂNEOS

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

6.4 DA TRIPULAÇÃO

6.4.1 A tripulação da ambulância deverá ser composta, simultaneamente, 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 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 obrigatórios nas 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; lanatosídeo 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 obrigatórios nas 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 laríngeas 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 compartimento do paciente: No transporte de pacientes com tuberculose pulmonar, varicela-zóster e sarampo, as janelas deverão ser mantidas abertas, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica e os profissionais de transporte ser 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 acompanhante); As superfícies internas do veículo deverão ser forradas de material que permita 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 deverão ser desenhadas de modo a evitar forrações pontiagudas, devendo seus carros receber acabamento arredondado; o 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 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 e paramentados com Equipamentos de Proteção Individual– EPI adequados, conforme preconiza a NR nº 6, do Ministério do Trabalho e Emprego;

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, inclusive os abastecimentos;

6.5.13 Limpeza e desinfecção de superfícies: De acordo com a Portaria MS nº. 930/92, é obrigatória 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 infectocontagiosa 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.

6.5.14 Do sistema de geolocalização: As ambulâncias deverão ser equipadas com dispositivo que permita realizar sua geolocalização e identificar rotas e endereços. O relatório de cada transporte gerado pelo equipamento, deverá ser apresentado pela contratada por ocasião da solicitação de pagamento, para fins de aferição de trajeto percorrido e tempo de captação do paciente.

7. FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 A partir do acionamento telefônico pelo Departamento de Regulação Estadual, a contratada deverá realizar a remoção do paciente, respeitando o limite máximo de tempo para a captação na unidade de saúde de origem previsto na tabela a seguir:

Município de captação	Prazo limite para captação
Pelotas	1h
Rio Grande	2h
São Lourenço do Sul	2h
Jaguarão	2h
Canguçu	2h
Arroio Grande	2h
Pedro Osório	2h
Arroio do Padre	2h
Capão do Leão	2h
Cerrito	2h
Morro Redondo	2h
Pinheiro Machado	2h
Piratini	2h
Turuçu	2h
Santa Vitória do Palmar	3h
Bagé	3h
São José do Norte	3h
Amaral Ferrador	3h
Herval	3h
Pedras Altas	3h
Santana da Boa Vista	3h
Candiota	3h
Hulha Negra	3h
Dom Pedrito	3h30
Chuí	3h30
Aceguá	3h30
Lavras do Sul	4h



7.2 Em situações imprevisíveis (exemplo: bloqueio na estrada, tempestade, acidente de trânsito, etc.) poderá ser aceito um tempo maior, **desde que enviada a justificativa para a Central, no momento do acionamento/transporte**, através de e-mail (transporte-autorizacaocrh@saude.rs.gov.br e 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 utilizado como parâmetro, a rota indicada na ferramenta “Google Maps”, disponível para acesso em <https://maps.google.com>. Serão considerados trajetos realizados em vias pavimentadas;

7.4 A contratante fará a aferição da quilometragem executada, através do relatório gerado pelo equipamento de geolocalização que a empresa prestadora do serviço apresentará por ocasião da solicitação de pagamento;

7.5 Para fins de definição do trajeto e aferição da quilometragem, deverão ser observados os seguintes trajetos: (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 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;

7.7 Caso se verifique, quando da aferição da quilometragem, a realização de itinerário diverso do indicado na ferramenta referida no item 7.3, a empresa prestadora do serviço deverá apresentar a respectiva justificativa, instruída por documentos comprobatórios da necessidade de mudança da rota.

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

7.9 O acionamento seguirá o seguinte fluxo:

7.9.1 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-autorizacaocrh@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;

7.9.2 A central de regulação fará contato por telefone, informando que há necessidade de deslocamento;

7.10 Uma vez acionado o serviço pelo Departamento de Regulação Estadual, o tempo de deslocamento da ambulância TIPO D da base operacional até o local onde esteja o paciente a ser removido não poderá exceder o prazo estipulado no item 7.1, com início da contagem do tempo a partir do acionamento telefônico do Departamento de Regulação Estadual; casos excepcionais poderão seguir o previsto no item 7.2;

7.11 Para cada acionamento recebido, a empresa prestadora do serviço deverá emitir relatório do transporte realizado, firmado e carimbado pelos profissionais médico, enfermeiro e motorista responsáveis pela realização do transporte, identificando a placa da ambulância; solicitando o preenchimento de relatório pelo médico responsável pelo recebimento do paciente no estabelecimento de saúde de destino.

7.12 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 à equipe da origem o registro de horário de chegada e saída do paciente do hospital.

7.13 Os serviços de transporte interhospitalar destinam-se ao deslocamento do paciente de um determinado



estabelecimento de saúde para outro, conforme descrito 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;

CNES	ES Nome Fantasia - RS	Município	CRS
2233428	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARROIO GRANDE	Arroio Grande	3
2232928	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANGUCU	Canguçu	3
2233436	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GLORIA	Herval	3
2233401	SANTA CASA DE CARIDADE JAGUARAO	Jaguarão	3
2233339	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDRO OSORIO	Pedro Osório	3
2252295	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	Pelotas	3
2252376	HOSPITAL ESPIRITA DE PELOTAS	Pelotas	3
2252694	HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	Pelotas	3
2253046	UCPEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO FRANCISCO DE PAULA	Pelotas	3
2253054	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS	Pelotas	3
2233320	HOSPITAL PINHEIRO MACHADO	Pinheiro Machado	3
2233347	HOSPITAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO PIRATINI	Piratini	3
419478	UPA DR AIRTON JORGE DA SILVA VARELA	Rio Grande	3
2232995	SANTA CASA DO RIO GRANDE	Rio Grande	3
2707640	HOSPITAL PSIQUIATRICO VICENCA MARIA DA FONTOURA LOPES	Rio Grande	3
2707675	HOSPITAL UNIVERSITARIO DR MIGUEL RIET CORREA JR	Rio Grande	3
2233398	IRMANDADE S CASA DE MISERICORDIA DE S V PALMAR	Santa Vitória do Palmar	3
2913267	HOSPITAL MUNICIPAL	Santana da Boa Vista	3
2233355	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE DO NORTE IBSAUDE	São José do Norte	3
2233312	SANTA CASA DE MISERIC S LOURENCO DO SUL	São Lourenço do Sul	3
2233371	HOSPITAL DA RESERVA	São Lourenço do Sul	3
3019799	CAPS AD III 24 HORAS PEROLA DA LAGOA	São Lourenço do Sul	3
2262010	HOSPITAL DA COLONIA NOVA	Aceguá	7
2261987	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGE	Bagé	7
2261995	HOSPITAL UNIVERSITARIO URCAMP	Bagé	7
2262002	HOSPITAL SAO LUIZ	Dom Pedrito	7
2262029	FUNDACAO MEDICO HOSPITALAR	Lavras do Sul	7

7.14 Em consulta ao site do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (www.cnes.datasus.gov.br), através do caminho Consultas – Estabelecimentos – Identificação, poderão ser consultados os estabelecimentos de saúde situados no território da Macrorregião Sul.

7.15 A contratada deverá garantir o transporte seguro e com equipamentos adequados para pacientes com obesidade mórbida, sempre que necessário.

7.16 A empresa deverá atentar para o atendimento da legislação do Estatuto do Idoso e do Estatuto da Criança e do Adolescente, para atender às responsabilidades assistenciais do paciente.

7.17 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 7.11 e 7.12 (Modelo Relatório de Transporte– **Anexo II**), devidamente preenchidos e assinados. 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 Relatório gerado pelo equipamento de geolocalização impresso, com o trecho percorrido, para cada deslocamento autorizado pela contratante, pelas ferramentas dos itens 7.3, 7.4 e 7.5.

8.1.5 Demonstrativo (tabela em formato Excel entregue por meio físico e digital) 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.

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, quando solicitado 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 7.13)

10. PLANILHA DE CUSTOS ESPECÍFICA

10.1 A contratada deverá apresentar planilha com a discriminação dos custos com os transportes por quilômetro rodado, conforme o modelo do Anexo I.



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.

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

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:

☐ RECEBI PACIENTE NAS CONDIÇÕES SUPRACITADAS	ASSINATURA E CARIMBO
☐ NÃO RECEBI PACIENTE NAS CONDIÇÕES SUPRACITADAS	ASSINATURA E CARIMBO
Condições de não conformidade: _____	

PACIENTE RECEBIDO POR (NOME DO PROFISSIONAL)	DATA/HORA DE CHEGADA: _____
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)