



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 **parte da Macrorregião Norte (6ª CRS e 11ª CRS) e Macrorregião Serra (5ª CRS)**, 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 Norte e Serra está sendo atendida através do contrato nº 2023/020083, que tramitou no expediente 22/2000-0075334-6. O referido contrato possui vigência até 04/02/2026.

A quilometragem média mensal atual é de 7.068 Km/mês (média contabilizada no período de janeiro de 2024 a julho de 2025).

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 conforme município de captação, redução da área territorial em relação ao contrato anterior (parte da Macrorregião Norte será atendida em outro contrato) e definição do local da base.

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.



Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata. Municípios abrangidos por parte da Macrorregião Norte-Serra 6ª CRS: Água Santa, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, André da Rocha, Arvorezinha, Barracão, Barros Cassal, Cacique Doble, Camargo, Campos Borges, Capão Bonito do Sul, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciriaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Fontoura Xavier, Gentil, Ibiaçá, Ibiraiaras, Ibirapuitã, Itapuça, Lagoa dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Lagoão, Machadinho, Marau, Mato Castelhano, Maximiliano de Almeida, Montauri, Mormaço, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Passo Fundo, Pontão, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, Santo Expedito do Sul, São Domingos do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Serafina Corrêa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tio Hugo, Tunas, Tupanci do Sul, Vanini, Victor Graeff, Vila Lângaro e Vila Maria. Macrorregião Norte-Serra 11ª CRS: Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebang, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Nonoai, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, Rio dos Índios, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos.

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 paciente neonatal – gestante – pediátrico – 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 Marau ou Passo Fundo, 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: Lidocaina 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 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; lidocaina 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; almofolias 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, conforme a localização da base, localizada no município de Marau ou Passo Fundo:

Município da 5ª CRS, 6ª CRS e 11ª CRS	Se base em Marau	Se base em Passo Fundo
Água Santa	2h	2h
Almirante Tamandaré do Sul	2h	2h
Alto Alegre	3h	2h
Alto Feliz	4h	5h
André da Rocha	2h	3h
Antônio Prado	3h	4h
Aratiba	3h	3h
Arvorezinha	2h	3h
Áurea	3h	2h
Barão de Cotegipe	3h	2h
Barra do Rio Azul	3h	3h
Barracão	3h	3h
Barros Cassal	3h	3h
Benjamin Constant do Sul	3h	3h



Bento Gonçalves	3h	4h
Boa Vista do Sul	4h	4h
Bom Jesus	4h	4h
Bom Princípio	4h	5h
Cacique Doble	3h	3h
Camargo	1h	2h
Campestre da Serra	4h	4h
Campinas do Sul	3h	2h
Campos Borges	3h	2h
Canela	6h	6h
Capão Bonito do Sul	3h	3h
Carazinho	2h	2h
Carlos Barbosa	4h	4h
Carlos Gomes	3h	2h
Casca	2h	2h
Caseiros	2h	2h
Caxias do Sul	4h	5h
Centenário	3h	2h
Charrua	2h	2h
Ciríaco	2h	2h
Coqueiros do Sul	2h	2h
Coronel Pilar	4h	4h
Cotiporã	3h	3h
Coxilha	2h	1h
Cruzaltense	3h	3h
David Canabarro	2h	2h
Entre Rios do Sul	3h	3h
Erebango	2h	2h
Erechim	2h	2h
Ernestina	2h	1h
Erval Grande	3h	3h
Esmeralda	3h	3h
Espumoso	2h	2h
Estação	2h	1h
Fagundes Varela	2h	3h
Farroupilha	4h	4h
Faxinalzinho	4h	3h
Feliz	4h	5h
Flores da Cunha	4h	4h
Florianópolis	2h	2h
Fontoura Xavier	3h	3h
Garibaldi	4h	4h
Gaurama	3h	2h
Gentil	1h	2h
Getúlio Vargas	2h	2h
Gramado	6h	6h
Guabiju	2h	3h
Guaporé	2h	3h
Ibiaçá	2h	2h



Ibiraíaras	2h	2h
Ibirapuitã	2h	2h
Ipê	3h	4h
Ipiranga do Sul	2h	2h
Itapuca	2h	2h
Itatiba do Sul	3h	3h
Jacutinga	3h	2h
Jaquirana	5h	5h
Lagoa dos Três Cantos	2h	2h
Lagoa Vermelha	2h	2h
Lagoão	4h	4h
Linha Nova	4h	5h
Machadinho	3h	3h
Marau	1h	1h
Marcelino Ramos	3h	3h
Mariano Moro	3h	3h
Mato Castelhano	1h	1h
Maximiliano de Almeida	3h	3h
Montauri	1h	2h
Monte Alegre dos Campos	4h	4h
Monte Belo do Sul	3h	4h
Mormaço	2h	2h
Muitos Capões	3h	3h
Muliterno	2h	2h
Não-Me-Toque	2h	2h
Nicolau Vergueiro	1h	2h
Nonoai	3h	3h
Nova Alvorada	1h	2h
Nova Araçá	2h	2h
Nova Bassano	2h	2h
Nova Pádua	4h	4h
Nova Petrópolis	5h	5h
Nova Prata	2h	3h
Nova Roma do Sul	3h	3h30
Paim Filho	3h	3h
Parai	2h	2h
Passo Fundo	1h	1h
Paulo Bento	3h	2h
Picada Café	5h	5h
Pinhal da Serra	3h	3h
Pinto Bandeira	4h	4h
Pontão	2h	1h
Ponte Preta	3h	2h
Protásio Alves	3h	3h
Quatro Irmãos	3h	2h
Rio dos Índios	3h	3h
Sananduva	2h	2h
Santa Cecília do Sul	2h	2h
Santa Tereza	3h	4h



Santo Antônio do Palma	1h	2h
Santo Antônio do Planalto	2h	2h
Santo Expedito do Sul	3h	3h
São Domingos do Sul	2h	2h
São João da Urtiga	3h	3h
São Jorge	2h	2h
São José do Ouro	3h	3h
São José dos Ausentes	5h	5h
São Marcos	5h	5h
São Valentim	3h	2h
São Vendelino	4h	4h
Serafina Corrêa	2h	2h
Sertão	2h	1h
Severiano de Almeida	3h	2h
Soledade	2h	2h
Tapejara	2h	2h
Tapera	2h	2h
Tio Hugo	2h	1h
Três Arroios	3h	2h
Tunas	3h	3h
Tupanci do Sul	3h	3h
União da Serra	2h	2h
Vacaria	3h	3h
Vale Real	4h	5h
Vanini	2h	2h
Veranópolis	2h	3h
Viadutos	3h	2h
Victor Graeff	2h	2h
Vila Flores	2h	3h
Vila Lângaro	2h	1h
Vila Maria	1h	2h
Vista Alegre do Prata	2h	3h

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 e/ou ocorrência da intercorrência, através de e-mail (transporte-autorizacaocrh@saude.rs.gov.br e contratos-dre@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-autorizacao@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;

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 de parte da Macrorregião Norte (6ª CRS e 11ª CRS) e da Macrorregião Serra (5ª CRS).

CNES	ES Nome Fantasia - RS	Município	CRS	Macrorregião
2252163	HOSPITAL BENEFICENTE SAO JOAO ARVOREZINHA	Arvorezinha	06	Norte
2262274	HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO	Carazinho	06	Norte
2246872	HOSPITAL SANTA LUCIA CASCA	Casca	06	Norte
2246937	HOSPITAL SAO JOSE DAVID CANABARRO	David Canabarro	06	Norte
2246813	HOSPITAL NOTRE DAME SAO SEBASTIAO	Espumoso	06	Norte



3819590	HOSPITAL SAO PAULO	Lagoa Vermelha	06	Norte
2246953	HOSPITAL CRISTO REDENTOR MARAU	Marau	06	Norte
9131981	HOSPITAL SAO LUCAS	Marau	06	Norte
9230343	MOT MARAU ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Marau	06	Norte
2247038	HOSPITAL SAO JOSE MAXIMILIANO DE ALMEIDA	Maximiliano de Almeida	06	Norte
2246902	HOSPITAL NOTRE DAME JULIA BILLIART	Não-Me-Toque	06	Norte
2246910	HOSPITAL ALTO JACUI NAO ME TOQUE	Não-Me-Toque	06	Norte
2247046	HOSPITAL SANTA TEREZINHA PAIM FILHO	Paim Filho	06	Norte
2244969	HOSPITAL DE OLHOS LIONS PASSO FUNDO	Passo Fundo	06	Norte
2245663	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Passo Fundo	06	Norte
2246929	HOSPITAL DE CLINICAS	Passo Fundo	06	Norte
2246988	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Passo Fundo	06	Norte
2246996	HOSPITAL MUNICIPAL PASSO FUNDO	Passo Fundo	06	Norte
2247054	HOSPITAL PSIQUIATRICO BEZERRA DE MENEZES	Passo Fundo	06	Norte
3141330	HOSPITAL DE PRONTOCLINICAS LTDA	Passo Fundo	06	Norte
6010830	HOSPITAL ORTOPEDICO DE PASSO FUNDO	Passo Fundo	06	Norte
2246767	HOSPITAL SAO JOAO SANANDUVA	Sananduva	06	Norte
2246791	HOSPITAL SAO JOSE	São José do Ouro	06	Norte
2260050	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSARIO	Serafina Corrêa	06	Norte
2246805	HOSPITAL SAO JOSE SERTAO	Sertão	06	Norte
2246961	HOSPITAL FREI CLEMENTE SOLEDADE	Soledade	06	Norte
2246740	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Tapejara	06	Norte
2246783	HOSPITAL ROQUE GONZALES TAPERA	Tapera	06	Norte
2249502	ACHA ARATIBA	Aratiba	11	Norte
2249529	HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPINAS DO SUL	Campinas do Sul	11	Norte
2249472	HOSPITAL DE CARIDADE DE ERECHIM	Erechim	11	Norte
2249669	HOSPITAL UNIMED ERECHIM	Erechim	11	Norte
2707918	FUNDACAO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM	Erechim	11	Norte
9142118	SANTA MONICA HOSPITAL	Erechim	11	Norte
2249626	HOSPITAL SANTO ANTONIO LIMITADA	Estação	11	Norte
2249545	HOSPITAL SANTA ISABEL	Gaurama	11	Norte
2249510	HOSPITAL SAO ROQUE DE GETULIO VARGAS	Getúlio Vargas	11	Norte
2249650	HOSPITAL MUNICIPAL SAO ROQUE	Itatiba do Sul	11	Norte
2249618	ASSOCIACAO HOSPITALAR MARCELINENSE	Marcelino Ramos	11	Norte
2796902	PRONTO ATENDIMENTO DE URGENCIA DE MARIANO MORO	Mariano Moro	11	Norte
2228688	HOSPITAL COMUNITARIO NONOAI	Nonoai	11	Norte
2249499	HOSPITAL SAO ROQUE	Severiano de Almeida	11	Norte
2249537	HOSPITAL N S DA POMPEIA VIADUTOS	Viadutos	11	Norte
2241072	HOSPITAL SAO JOSE	Antônio Prado	05	Serra
2241021	HOSPITAL TACCHINI	Bento Gonçalves	05	Serra
7770723	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA	Bento Gonçalves	05	Serra
6011926	HOSPITAL DE BOM JESUS	Bom Jesus	05	Serra
2241129	HOSPITAL SAO PEDRO CANISIO	Bom Princípio	05	Serra
2235609	HOSPITAL DE CANELA	Canela	05	Serra
2241137	HOSPITAL SAO ROQUE	Carlos Barbosa	05	Serra
2223538	HOSPITAL GERAL	Caxias do Sul	05	Serra
2223546	HOSPITAL POMPEIA	Caxias do Sul	05	Serra
2223562	HOSPITAL VIRVI RAMOS	Caxias do Sul	05	Serra
2223570	HOSPITAL DO CIRCULO	Caxias do Sul	05	Serra
2223589	CLINICA PROFESSOR PAULO GUEDES LTDA	Caxias do Sul	05	Serra
2223597	HOSPITAL SAUDE	Caxias do Sul	05	Serra



3356868	HOSPITAL UNIMED CAXIAS DO SUL	Caxias do Sul	05	Serra
3625133	CLINICA DE REPOUSO	Caxias do Sul	05	Serra
9728317	HOSPITAL UNIMED UNIDADE MATERNO INFANTIL	Caxias do Sul	05	Serra
2240335	HOSPITAL SAO CARLOS	Farroupilha	05	Serra
6631835	HOSPITAL DIA E PRONTO ATENDIMENTO FARROUPILHA	Farroupilha	05	Serra
6014194	HOSPITAL SCHLATTER	Feliz	05	Serra
2241145	HOSPITAL FATIMA	Flores da Cunha	05	Serra
2257645	HOSPITAL SAO PEDRO	Garibaldi	05	Serra
2241153	HOSPITAL ARCANJO SAO MIGUEL	Gramado	05	Serra
2241056	HOSPITAL BENEFICENTE SAO PEDRO	Guabiju	05	Serra
2793237	ASSOCIACAO HOSPITALAR MANOEL FRANCISCO GUERREIRO	Guaporé	05	Serra
2241196	HOSPITAL CARLOS AUMOND UNIDADE MISTA	Jaquirana	05	Serra
5230241	ACONSEL	Nova Bassano	05	Serra
2241102	HOSPITAL NOVA PETROPOLIS	Nova Petrópolis	05	Serra
2241161	HOSPITAL SAO JOAO BATISTA	Nova Prata	05	Serra
2241218	HOSPITAL BENEFICENTE NOSSA SENHORA APARECIDA	Paráí	05	Serra
2241226	HOSPITAL BENEFICENTE SAO JOAO BOSCO	São Marcos	05	Serra
2241048	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA	Vacaria	05	Serra
2707977	HOSPITAL COMUNITARIO SAO PEREGRINO LAZZIOZI	Veranópolis	05	Serra

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 7.12)

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 NASOENTÉRICA ☐ 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: _____
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)