



## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO

Contratação de empresa especializada para prestação de serviço de transporte interhospitalar terrestre, contínuo (24 horas), por meio de ambulância de suporte avançado tipo D (UTI móvel), com motorista, médico e enfermeiro, para remoção de pacientes de alto risco para parte da Macrorregião Norte (2ª e 15ª CRS) do Rio Grande do Sul, transferidos por processo de regulação estadual.

### 2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

Atualmente, a Macrorregião Norte 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 dos transportes da 2ª CRS e 15ª CRS é de 8.726 Km/mês (média contabilizada no período de janeiro de 2024 a julho de 2025).

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 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.

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. Por este motivo, a prestadora de serviço deverá possuir os materiais, equipamentos e equipe disponíveis e aptos para atendimento, já que os transportes são, normalmente, imprevisíveis.

### 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





## 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 Tenente Portela, Três Passos ou Frederico Westphalen, 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).

Para o atendimento das solicitações de remoção efetuadas pelo Departamento de Regulação Estadual, a empresa deverá comprovar capacidade operacional mínima para realizar no mínimo 03 (três) atendimentos simultâneos, de forma independente e individualizada, sendo 01 (um) paciente por atendimento, sem compartilhamento de equipe, ambulância ou equipamentos entre as remoções.

Cada atendimento simultâneo deverá contar com equipe completa e equipamentos próprios, plenamente aptos à execução da remoção, garantindo a realização concomitante de, no mínimo, três remoções distintas.

### 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 n<sup>o</sup> 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 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 n<sup>o</sup> 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; 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](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 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 Tenente Portela, Três Passos ou Frederico Westphalen:

Municípios da 2ª CRS e 15ª CRS	Se base em Tenente Portela	Se base em Três Passos	Se base em Frederico Westphalen
Alpestre	3h	3h	2h
Ametista do Sul	2h	2h	1h
Barra do Guarita	1h	2h	2h
Bom Progresso	1h	1h	2h
Caíçara	2h	2h	1h
Cristal do Sul	2h	2h	1h
Derrubadas	1h	1h	2h
Erval Seco	2h	2h	1h
Esperança do Sul	1h	1h	2h
Frederico Westphalen	2h	2h	1h
Iraí	2h	2h	1h
Liberato Salzano	3h	3h	3h
Novo Tiradentes	2h	3h	2h
Palmitinho	1h	2h	1h
Pinhal	2h	2h	1h
Pinheirinho do Vale	1h	2h	2h
Planalto	2h	3h	2h
Rodeio Bonito	2h	2h	1h
Seberi	2h	2h	1h
Taquaruçu Do Sul	1h	2h	1h
Tenente Portela	1h	1h	2h
Tiradentes do Sul	1h	1h	2h
Três Passos	1h	1h	2h
Vicente Dutra	2h	2h	1h
Vista Alegre	1h	2h	1h
Vista Gaúcha	1h	1h	2h
Barra Funda	2h	1h	2h
Boa Vista das Missões	2h	2h	1h
Braga	1h	1h	2h
Cerro Grande	2h	3h	2h
Chapada	3h	3h	2h
Constantina	3h	3h	2h
Coronel Bicaco	2h	2h	2h
Dois Irmãos das Missões	2h	2h	2h
Engenho Velho	3h	3h	2h



<b>Gramado dos Loureiros</b>	3h	3h	2h
<b>Jaboticaba</b>	2h	2h	1h
<b>Lajeado do Bugre</b>	2h	3h	2h
<b>Miraguaí</b>	1h	2h	2h
<b>Nova Boa Vista</b>	3h	3h	2h
<b>Novo Barreiro</b>	2h	2h	2h
<b>Novo Xingu</b>	3h	3h	2h
<b>Palmeira das Missões</b>	2h	2h	2h
<b>Redentora</b>	1h	2h	2h
<b>Ronda Alta</b>	3h	3h	3h
<b>Rondinha</b>	3h	3h	2h
<b>Sagrada Família</b>	2h	3h	2h
<b>São José das Missões</b>	2h	3h	2h
<b>São Pedro das Missões</b>	2h	2h	2h
<b>Sarandi</b>	3h	3h	2h
<b>Três Palmeiras</b>	3h	3h	2h
<b>Trindade do Sul</b>	3h	3h	2h

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](mailto: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 e trajeto obtido através da ferramenta “Google Maps” 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](mailto: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 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](http://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 (2ª CRS e 15ª CRS).

CNES	ES Nome Fantasia - RS	Município	CRS	Macrorregião
2228564	HOSPITAL NOSSA SENHORA	Alpestre	02	Norte
2228629	HOSPITAL SAO GABRIEL AMETISTA DO SUL	Ametista do Sul	02	Norte
2228548	HOSPITAL SAO ROQUE DE CAICARA	Caiçara	02	Norte
2228602	HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA FREDWEST	Frederico Westphalen	02	Norte
2228653	HOSPITAL N S AUXILIADORA IRAI	Iraí	02	Norte
2228580	HOSPITAL SANTA TEREZINHA PALMITINHO	Palmitinho	02	Norte
2228556	HOSPITAL MEDIANEIRA PLANALTO	Planalto	02	Norte
2228734	HOSPITAL SAO JOSE RODEIO BONITO	Rodeio Bonito	02	Norte
2228610	HOSPITAL PIO XII SEBERI	Seberi	02	Norte
5384117	HOSPITAL SANTO ANTONIO TENENTE PORTELA	Tenente Portela	02	Norte
2228726	HOSPITAL CARIDADE TRES PASSOS	Três Passos	02	Norte
2792990	HOSPITAL SANTO ANTONIO BRAGA	Braga	15	Norte
2235307	HOSPITAL SAO JOSE CHAPADA	Chapada	15	Norte
3378691	HOSPITAL DA COMUNIDADE AHCROS CONSTANTINA	Constantina	15	Norte



223538 2	ASSOC HOSP SANTO ANTONIO DE PADUA	Coronel Bicaco	15	Norte
223531 5	HOSPITAL SANTA RITA D JABOTICABA	Jaboticaba	15	Norte
223532 3	HOSPITAL DE CARIDADE PALMEIRA DAS MISSOES	Palmeira das Missões	15	Norte
223545 5	HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA	Redentora	15	Norte
223541 2	HOSPITAL DOS TRABALHADORES ATRA	Ronda Alta	15	Norte
223542 0	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE RONDA ALTA	Ronda Alta	15	Norte
223544 7	HOSPITAL PADRE EUGENIO	Rondinha	15	Norte
223540 4	HOSPITAL COMUNITARIO SARANDI	Sarandi	15	Norte
223536 6	SOCIEDADE CULTURAL E BENEFICENTE SANTA ROSA DE LIMA	Trindade do Sul	15	Norte

**7.15** A contratada deverá garantir o transporte seguro e com equipamentos adequados para pacientes com obesidade mórbida, sempre que necessário. A ambulância deve ter maca reforçada e ampliada e contar com espaço interno que permita a assistência ao paciente.

**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. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

A empresa contratada deverá cumprir integralmente as seguintes obrigações, sem prejuízo de outras previstas em legislação aplicável e nas normas regulatórias do setor:

#### **10.1 Disponibilidade e Operação**

**10.1.1** Manter o serviço disponível 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo finais de semana, feriados e dias santos, conforme demanda da Secretaria Estadual da Saúde.

**10.1.2** Garantir base operacional nos municípios de Tenente Portela, Três Passos ou Frederico Westphalen, conforme especificado, com ambulâncias, tripulação e equipamentos prontos para atendimento imediato.

#### **10.2 Equipe Técnica**

**10.2.1** Disponibilizar equipe composta por motorista habilitado, médico com registro no CRM e enfermeiro com registro no COREN, todos com certificações exigidas (BLS, ATLS ou ACLS) e cursos reconhecidos por instituições credenciadas.

**10.2.2** Encaminhar cópias digitais dos certificados, carteiras profissionais e habilitação dos motoristas ao e-mail indicado, dentro do prazo estabelecido, e sempre que houver alteração na equipe.

#### **10.3 Ambulâncias e Equipamentos**

**10.3.1** Manter ambulâncias em perfeito estado de conservação, com documentação regularizada, alvarás sanitários válidos e idade máxima de 5 anos, substituindo veículos que excedam esse prazo.

**10.3.2** Equipar as ambulâncias conforme Portaria GM/MS Nº 2.048/2002, incluindo todos os medicamentos, insumos e equipamentos obrigatórios, realizando conferência periódica de validade e integridade.

**10.3.3** Assegurar a presença de incubadora de transporte para neonatos, CPAP e acessórios, além de equipamentos específicos para pacientes adultos e pediátricos.

#### **10.4 Manutenção, Limpeza e Segurança**

**10.4.1** Realizar toda a manutenção das ambulâncias, incluindo abastecimento, por conta própria.

**10.4.2** Proceder à limpeza e desinfecção diária dos veículos e equipamentos, conforme normas da ANVISA e Portaria MS nº 930/92.

**10.4.3** Garantir o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados para todos os profissionais, conforme NR nº 6 do Ministério do Trabalho e Emprego.

#### **10.5 Execução dos Serviços**

**10.5.1** Atender todas as solicitações da regulação estadual, independentemente da distância, respeitando os prazos máximos de captação dos pacientes conforme tabela do termo de referência.

**10.5.2** Justificar eventuais atrasos ou alterações de rota, comunicando imediatamente à Central, conforme procedimentos estabelecidos.

**10.5.3** Apresentar relatórios detalhados de cada transporte, conforme modelo do Anexo II, com informações exigidas pelas resoluções do CFM e COFEN.

#### **10.6 Gestão de Resíduos**

**10.6.1** Realizar coleta e destinação adequada dos resíduos produzidos durante a assistência aos pacientes, conforme legislação vigente.

#### **10.7 Geolocalização e Controle**

**10.7.1** Equipar as ambulâncias com dispositivos de geolocalização, apresentando relatórios de trajeto e tempo de captação para fins de aferição e pagamento.

#### **10.8 Cumprimento de Legislação**

**10.8.1** Atender integralmente à legislação do Estatuto do Idoso, Estatuto da Criança e do Adolescente, normas sanitárias e demais regulamentos aplicáveis.

**10.8.2** Zelar pelas boas práticas sanitárias e normas instituídas por órgãos regulatórios.

**10.8.3** Cumprir integralmente todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias e sociais relativas aos profissionais envolvidos na prestação dos serviços, incluindo encargos, registros, exames médicos ocupacionais e apresentação



de documentos comprobatórios sempre que solicitado pela Administração.

#### **11. PLANILHA DE CUSTOS ESPECÍFICA**

**11.1** 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	
<b>Discriminação dos Serviços (dados referentes à contratação)</b>		
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	
<b>Custo por Unidade de medida - tipos e quantidades</b>		
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		

<b>QUADRO RESUMO DO CONTRATO</b>			
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

**RESPIRATORIAS:**

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:

**GENTURINÁRIAS:**

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)