



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO SEI Nº 6110.2021/0010221-6

**TERMO DE CONTRATO Nº 019/2022/SMS-1/CONTRATOS  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 165/2022/SMS**

**PROCESSO Nº** 6110.2021/0010221-6

**CONTRATANTE** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**CONTRATADA:** CLÍNICA MÉDICA DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA ZONA NORTE LTDA.

**OBJETO DO CONTRATO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA A PACIENTES INTERNADOS NAS UNIDADES HOSPITALARES LIGADAS À SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

**VALOR TOTAL:** R\$ 3.420.000,00 (três milhões e quatrocentos e vinte mil reais)

**NOTA DE EMPENHO Nº:** 22909/2022 no valor de R\$ 583.300,00 (quinhentos e oitenta e três mil e trezentos reais)

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:** 84.10.10.302.3026.2507.3.3.90.39.00.00

Aos 03 dias do mês de março do ano de 2022, a **PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, CNPJ nº 13.864.377/0001-30, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, Senhor **EDSON APARECIDO DOS SANTOS**, nos termos da competência que lhe foi delegada, doravante designada como **CONTRATANTE** e, de outro a empresa **CLÍNICA MÉDICA DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA ZONA NORTE LTDA.**, CNPJ nº 00.734.248/0001-86, com sede na Rua Voluntários da Pátria nº 3205, bairro Santana, cidade São Paulo, telefone: 2973-6513, vencedora e adjudicatária do PREGÃO suprarreferido, por seu representante legal, Dr. José Ribamar Carvalho Branco Filho, CPF nº 270.041.203-68, RG nº 60.233.705-7, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, em face do despacho autorizatório exarado em documento SEI nº 059118540 do processo nº 6110.2021/0010221-6, publicado no DOC/SP de 24/02/2022 – página 106, resolvem firmar o presente contrato, objetivando a prestação de serviços discriminados na cláusula primeira, nos termos do art. 43, VI da Lei Federal nº 8.666/93 e do art. 4º, XXI e XXII da Lei Federal nº 10.520/02 e em conformidade com o ajustado neste instrumento.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**



- 1.1. Constitui objeto deste contrato a prestação pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** de **SERVIÇOS OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA À PACIENTES INTERNADOS NAS UNIDADES HOSPITALARES LIGADAS À SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO**, nos termos do ANEXO I – Termo de Referência, que é parte integrante do presente instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO INÍCIO DOS SERVIÇOS / DAS UNIDADES CONTEMPLADAS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 2.1. A prestação dos serviços de oxigenoterapia hiperbárica aos pacientes internados contemplará as Unidades Hospitalares abaixo discriminadas:

**HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORREA NETTO - HMACN**

Alameda Rodrigo de Brum nº 1989 - Ermelino Matarazzo, PABX: (11) 3394-8030

**HOSPITAL MUNICIPAL PROF. WALDOMIRO DE PAULA - HMWP**

Rua Augusto Carlos Baumann nº 1074 – Itaquera, PABX: (11) 3394-8990

**HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETUBAL - HMTS**

Rua Dr. José Guilherme Eiras nº 123 - São Miguel, PABX: (11) 3394-8770

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. BENEDICTO MONTENEGRO - HMBM**

Rua Antonio Lázaro, 226 – Jardim Iva, PABX: (11) 3394.9500

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. CÂRMINO CARICCHIO - HMCC**

Avenida Celso Garcia nº 4815 – Tatuapé, PABX: (11) 3394-6980

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. IGNÁCIO DE PROENÇA GOUVEIA - HMIPG**

Rua Juventus nº 562 – Mooca, PABX: (11) 3394-7810

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. ALEXANDRE ZAIO - HMAZ**

Rua Alves Maldonado nº 128 – Vila Nhocuné, PABX: (11) 3394-9210

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA - HMARS**

Av. Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro nº 860 – Jabaquara, PABX: (11) 3394-8380

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA - HMFMPR**

Estrada de Itapeperica nº 1661 - Vila Maracanã, PABX: (11) 3394-7460



**HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE PROF. MÁRIO DEGNI**

Rua Lucas de Leyde, 257 – Rio Pequeno, PABX: (11) 3394-9330

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA - HMJSH**

Rua Menotti Laudísio nº 100 – Pirituba, PABX: (11) 3394-8600

**HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER**

**SILVA – HMEC**

Av. Deputado Emílio Carlos, nº 3.100 – Vila Nova Cachoeirinha, PABX: (11) 3986-1085

- 2.2. Os serviços deverão ser iniciados em até 15 (quinze) dias corridos a contar da data da emissão da Ordem de Início que deverá ser expedida pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar (SMS/CAH).

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

3.1. São obrigações da **CONTRATADA**:

- 3.1.1. Executar todos os serviços objeto do presente contrato, obedecendo as especificações, fluxos, qualificação técnica e obrigações descritas no **ANEXO I – Termo de Referência** do Edital de Licitação, que precedeu este ajuste e faz parte integrante do presente instrumento;
- 3.1.2. Executar regularmente o objeto deste ajuste, respondendo perante a **CONTRATANTE** pela fiel e integral realização dos serviços contratados;
- 3.1.3. Garantir total qualidade dos serviços contratados;
- 3.1.4. Fornecer mão de obra necessária, devidamente selecionada para o atendimento do presente contrato, verificando a aptidão profissional, antecedentes pessoais, saúde física e mental e todas as informações necessárias, de forma a garantir uma perfeita qualidade e eficiência dos serviços prestados;
- 3.1.5. Arcar fiel e regularmente com todas as obrigações trabalhistas dos empregados, quando for o caso, que participem da execução do objeto contratual;
- 3.1.6. Responsabilizar-se pela segurança do trabalho de seus empregados, adotando as precauções necessárias à execução dos serviços, fornecendo os equipamentos de proteção individual (EPI) exigidos pela legislação, respondendo por eventuais indenizações decorrentes de acidentes de trabalho, cabendo-lhe comunicar à **CONTRATANTE** a ocorrência de tais fatos;



- 3.1.7. Responder por todos os encargos e obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, acidentária, fiscal, administrativa, civil e comercial, resultantes da prestação dos serviços;
  - 3.1.8. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
  - 3.1.9. Responder por todo e qualquer dano que venha a ser causado por seus empregados e prepostos, à **CONTRATANTE** ou a terceiros, podendo ser descontado do pagamento a ser efetuado, o valor do prejuízo apurado;
  - 3.1.10. Manter, durante o prazo de execução do Contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
  - 3.1.11. A **CONTRATADA** deverá designar um Gestor do Contrato responsável, que deverá reportar-se ao Fiscal do Contrato da Unidade Hospitalar, respondendo pelo acompanhamento da execução do contrato;
  - 3.1.12. A **CONTRATADA** deverá dar ciência imediata e por escrito a **CONTRATANTE** de qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços;
  - 3.1.13. A **CONTRATADA** deverá prestar a **CONTRATANTE**, por escrito, os esclarecimentos solicitados e atender prontamente as reclamações sobre seus serviços.
  - 3.1.14. A **CONTRATADA** deverá arcar com despesas decorrentes de infrações de qualquer natureza praticadas por seus empregados durante a execução dos serviços.
  - 3.1.15. A **CONTRATADA** deverá guardar sigilo em relação às informações ou documentos de qualquer natureza de que venha a tomar conhecimento, respondendo, administrativa, civil e criminalmente por sua indevida divulgação e incorreta ou inadequada utilização.
  - 3.1.16. A **CONTRATADA** deverá permitir aos técnicos e profissionais da **CONTRATANTE** acesso às áreas físicas envolvidas na execução deste contrato, observadas as normas de segurança.
- 3.2. São, ainda, **obrigações** da **CONTRATADA**:
- 3.2.1. Os serviços atenderão às necessidades dos pacientes internados nas Unidades Hospitalares relacionadas na **CLÁUSULA SEGUNDA**, por meio de sessões de tratamento de Oxigenioterapia Hiperbárica (OHB) com a utilização de câmara hiperbárica;
  - 3.2.2. Os serviços deverão ser realizados obrigatoriamente no Município de São Paulo, para os quais a **CONTRATADA** deverá estar habilitada segundo a RDC nº 50 -



- ANVISA e demais normas expedidas pelos Órgãos reguladores (ANVISA), assim como deve possuir inscrição junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS);
- 3.2.3. A Oxigenoterapia Hiperbárica deverá ser aplicada em câmaras com capacidade para um paciente (câmara monopaciente ou monoplacete), possibilitando o tratamento de pacientes acamados e mitigando o risco de contaminação cruzada;
- 3.2.4. A CONTRATADA deverá realizar as sessões de OHB em suas dependências, mediante prévio agendamento, devidamente autorizado pela SMS/CAH;
- 3.2.5. A CONTRATADA deverá dar início as sessões de OHB em até 5 dias corridos a partir da solicitação da SMS/CAH, bem como garantir a disponibilidade de encaixe para urgências/emergência, devidamente justificadas em função da gravidade do paciente;
- 3.2.6. A CONTRATADA deverá disponibilizar agendamento das sessões de OHB minimamente de segunda à sábado em horário comercial, de forma a otimizar os resultados, com o mínimo de interrupções possíveis;
- 3.2.7. A CONTRATADA deverá realizar a administração do tratamento de forma intermitente, em sessões diárias, sendo que a quantidade de sessões do tratamento e o nível de pressão serão particularizados para cada caso em estabelecidos conforme a patologia e sua evolução durante o tratamento;
- 3.2.8. O tratamento é feito com sessões diárias, de no mínimo 02 (duas) horas, entre o preparo do paciente e o término da sessão, sendo obrigatoriamente 90 (noventa) minutos de tempo de fundo sob pressão e o restante do tempo para a compressão e descompressão da câmara com segurança;
- 3.2.9. A CONTRATADA deverá garantir tratamento individual para cada paciente, visando a segurança ao evitar o contato direto de pacientes com diversas patologias;
- 3.2.10. A CONTRATADA deverá garantir segurança a cada paciente, enquanto este estiver em suas dependências, em relação a quedas, acidentes e outras intercorrências;
- 3.2.11. A CONTRATADA deverá prestar os serviços atendendo os requisitos de qualidade e a um padrão de assistência médica que assegure: biossegurança, monitoramento permanente de suas atividades e responsabilidade integral pelo tratamento até a alta de cada paciente;
- 3.2.12. A CONTRATADA deverá assumir totalmente todas recomendações, exigências, preparo, antes, durante e depois das sessões, atendendo toda a norma técnica



exigida na especialidade evitando qualquer risco ao paciente durante o tratamento;

- 3.2.13. A preparação, material, componentes, prescrição, contraindicação, recomendações e demais exigências necessárias para realização da sessão em cada paciente, será de inteira responsabilidade da equipe técnica qualificada da empresa CONTRATADA, ficando como responsável integralmente pela sessão, quanto as possíveis alterações médicas apresentadas, para em tempo hábil, devendo cada caso ser analisado em particular pelo médico assistente da equipe profissional da empresa CONTRATADA;
- 3.2.14. Toda a parte de remoção e reposição dos curativos, óleos e demais produtos necessários para manter o paciente devidamente confortável deverá ser feito pela CONTRATADA através de sua equipe profissional, inclusive com o fornecimento de todo material médico;
- 3.2.15. Os médicos hiperbaristas responsáveis devem ter título de Certificado de Medicina Hiperbárica chancelado pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH) ou pela Marinha do Brasil ou pela Andersea and Hyperbaric Medical Society, para o atendimento das em consonância com Resolução CRF nº 1457/95;
- 3.2.16. Os médicos hiperbaristas da CONTRATADA deverão manter contato constante com o médico responsável pelo paciente, de forma que as decisões em relação à continuidade do tratamento sejam tomadas em conjunto;
- 3.2.17. A CONTRATADA, através de seus profissionais, deverá administrar o tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica para os casos conforme Resolução nº 1.457/95, devendo este ser realizado de forma ininterrupta, em sessões diárias, sendo a duração do tratamento e o nível de pressão particularizada para cada caso em estabelecidos conforme a patologia e sua evolução durante o tratamento;
- 3.2.18. A CONTRATADA deverá orientar o paciente e/ou acompanhante acerca do tratamento, registrando formalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 3.2.19. A CONTRATADA deverá respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de eminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 3.2.20. A CONTRATADA deverá possuir prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimentos a ele referente contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma



clara, profissional médico responsável pelo atendimento, bem como custodiá-lo por tempo definido em legislação, sendo minimamente 20 anos, conforme Resolução do CFM nº 1821/07;

- 3.2.21. A **CONTRATADA** deverá apresentar conformidade com todas as normas aplicáveis da ANVISA para instalações hiperbáricas clínicas e em conformidade geral com as Diretrizes de Projeto de Instalações Hiperbáricas publicadas pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH);
  - 3.2.22. A **CONTRATADA** deverá dispor de câmaras hiperbáricas para a realização dos serviços e como todo e qualquer equipamento de uso médico no Brasil, deverão ter o seu respectivo registro na ANVISA e respeitar todas as normas de segurança exigíveis.
  - 3.2.23. A **CONTRATADA** deverá manter a Licença de Funcionamento do Estabelecimento atualizada junto ao órgão competente de Vigilância sanitária.
  - 3.2.24. As câmaras hiperbáricas devem passar por Manutenção Preventiva e Corretiva conforme indicado pelo fabricante, sendo realizados periodicamente testes de operação, de estanqueidade, tempos de descompressão de emergência, alimentação de energia, continuidade de aterramento, funcionamento de pulseira antiestática, aferição de manômetros e válvulas de segurança, com a devida emissão de Certificado de Conformidade;
- 3.3. A **CONTRATADA** não poderá subcontratar, ceder ou transferir o objeto do contrato, no todo ou em parte, a terceiros, sob pena de rescisão.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 4.1. A **CONTRATANTE** se compromete a executar todas as obrigações contidas no ANEXO I – Termo de Referência, cabendo-lhe especialmente:
- 4.1.1. Cumprir e exigir o cumprimento das obrigações deste Contrato e das disposições legais que a regem;
  - 4.1.2. Realizar o acompanhamento e a fiscalização dos serviços do presente contrato, comunicando à **CONTRATADA** as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas;
  - 4.1.3. Proporcionar todas as condições necessárias à boa execução dos serviços contratados, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança de Administração e ou endereço de cobrança;
  - 4.1.4. Exercer a fiscalização dos serviços, indicando, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual, inclusive no que tange a mão de



obra que o integra, acompanhando a sua presença, fornecimento dos materiais, manutenção e etc, realizando a supervisão das atividades desenvolvidas pela **CONTRATADA** e efetivando avaliação periódica;

- 4.1.5. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA**, podendo solicitar o seu encaminhamento por escrito;
- 4.1.6. Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com o estabelecido no presente contrato;
- 4.1.7. Aplicar as penalidades previstas neste contrato, em caso de descumprimento pela **CONTRATADA** de quaisquer cláusulas estabelecidas;
- 4.1.8. Exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, a comprovação das condições requeridas para a contratação;
- 4.1.9. Notificar a **CONTRATADA** por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas.
- 4.1.10. Atestar mensalmente a execução e a qualidade dos serviços prestados, indicando qualquer ocorrência havida no período, se for o caso, em processo próprio, onde será juntada a Nota Fiscal Fatura a ser apresentada pela **CONTRATADA**, para fins de pagamento;
- 4.1.11. Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de funcionário da **CONTRATADA** que estiver sem crachá, que embaraçar ou dificultar a fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente, bem assim a substituição de equipamentos, que não se apresentarem em boas condições de operação ou estiverem em desacordo com as especificações técnicas.
- 4.1.12. A fiscalização dos serviços pela **CONTRATANTE** não exime, nem diminui a completa responsabilidade da **CONTRATADA**, por qualquer inobservância ou omissão às cláusulas contratuais.
- 4.1.13. A **CONTRATANTE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar vistoria dos equipamentos e verificar o cumprimento de normas preestabelecidas no edital/contrato.
- 4.1.14. A **CONTRATANTE** se responsabiliza pela remoção do paciente até a Unidade de OHB e pela remoção de retorno à Unidade Hospitalar de origem pós terapia;

#### **CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO, REAJUSTE E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 5.1. O valor total dos serviços contratados é de **R\$ 3.420.000,00 (três milhões e quatrocentos e vinte mil reais)**, nele estando incluídos todos os custos e a margem de



- lucro da **CONTRATADA**, que nada mais poderá reclamar a título de contraprestação pela execução de suas obrigações contratuais.
- 5.2. Estima-se a realização de 2.400 sessões/ano a serem distribuídas conforme a necessidade das Unidades Hospitalares relacionadas na **CLÁUSULA SEGUNDA**;
- 5.3. Para fazer frente às despesas do Contrato, foi emitida a nota de empenho nº 22909/2022 no valor de R\$ 583.300,00 (quinhentos e oitenta e três mil e trezentos reais), onerando a dotação orçamentária nº 84.10.10.302.3026.2507.3.3.90.39.00.00 do orçamento vigente, respeitado o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações do orçamento próprio.
- 5.4. Os preços contratuais serão reajustados, observada a **periodicidade anual** que terá como termo inicial a data de apresentação da proposta, nos termos previstos no Decreto Municipal nº 48.971/2007 e Portaria SF nº 142/2013, desde que não ultrapasse o valor praticado no mercado.
- 5.4.1. Para fins de reajuste anual, adotar-se-á como índice de reajuste para compensar os efeitos das variações inflacionárias o Índice de Preços ao Consumidor – IPC, apurado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, conforme estabelecido pelo Decreto nº 57.580/2017 e Portaria SF nº 389/2017, tomando-se por base o mês da apresentação das propostas, sendo vedado qualquer novo reajuste no prazo de um ano.
- 5.5. As hipóteses excepcionais ou de revisão de preços serão tratadas de acordo com a legislação vigente e exigirão detida análise econômica para avaliação de eventual desequilíbrio econômico-financeiro do contrato.
- 5.6. Fica ressalvada a possibilidade de alteração da metodologia de reajuste, atualização ou compensação financeira desde que sobrevenham normas federais e/ou municipais que as autorizem.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 6.1. O prazo de pagamento será de 30 (trinta) dias, a contar da data da entrega de cada nota fiscal ou nota fiscal fatura, **Relatório de Sessões de Oxigenoterapia Hiperbérica** (com as frequências assinadas pelo paciente ou acompanhante), juntamente com o **Formulário de Solicitação de Oxigenioterapia Hiperbérica (Anexo I)**, devidamente acompanhada da autorização da SMS/CAH (e-mail autorizatório);
- 6.1.1. Caso venha ocorrer a necessidade de providências complementares por parte da contratada, a fluência do prazo será interrompida, reiniciando-se a sua contagem a partir da data em que estas forem cumpridas.



6.2. Caso venha a ocorrer atraso no pagamento dos valores devidos, por culpa exclusiva da Administração, a **CONTRATADA** terá direito à aplicação de compensação financeira, nos termos da Portaria SF nº 05, de 05/01/2012.

6.2.1. Para fins de cálculo da compensação financeira de que trata o item acima, o valor do principal devido será reajustado utilizando-se o índice oficial de remuneração básica da caderneta de poupança e de juros simples no mesmo percentual de juros incidentes sobre a caderneta de poupança para fins de compensação da mora (TR + 0,5% "pro-rata tempore"), observando-se, para tanto, o período correspondente à data prevista para o pagamento e aquela data em que o pagamento efetivamente ocorreu.

6.2.2. O pagamento da compensação financeira dependerá de requerimento a ser formalizado pela Contratada.

6.3. Os pagamentos serão efetuados em conformidade com a execução dos serviços, mediante apresentação da(s) respectiva(s) nota(s) fiscal(is) ou nota(s) fiscal(is)/fatura, bem como de cópia reprográfica da nota de empenho, acompanhada, quando for o caso, do recolhimento do ISSQN – Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza do mês de competência, descontados os eventuais débitos da Contratada, inclusive os decorrentes de multas.

6.3.1. No caso de prestadores de serviço com sede ou domicílio fora do Município de São Paulo, deverá ser apresentada prova de inscrição no CPOM – Cadastro de Empresas Fora do Município, da Secretaria Municipal de Finanças, nos termos dos artigos 9º-A E 9º-B da Lei Municipal nº 13.701/2003, com redação da Lei Municipal nº 14.042/05 e artigo 68 do Regulamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, aprovado pelo Decreto Municipal nº 50.896/09.

6.3.2. Não sendo apresentado o cadastro mencionado no subitem anterior, o valor do ISSQN – Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, incidente sobre a prestação de serviços objeto do presente, será retido na fonte por ocasião de cada pagamento, consoante determina o artigo 9º-A e seus parágrafos 1º e 2º, da Lei Municipal nº 13.701/2003, acrescentados pela Lei Municipal nº 14.042/05, e na conformidade do Regulamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, aprovado pelo Decreto Municipal nº 50.896/09 e da Portaria SF nº 101/05, com as alterações da Portaria SF nº 118/05.

6.4. Na hipótese de existir nota de retificação e/ou nota suplementar de empenho, cópia(s) da(s) mesma(s) deverá(ão) acompanhar os demais documentos.



- 6.5. A remuneração será com base nas sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica efetivamente realizadas. No custo estarão incluídos os serviços, mão de obra especializada, materiais médicos, gás medicinal, medicamentos e insumos, necessários para a execução do objeto.
- 6.6. A **CONTRATADA** deverá apresentar, a cada pedido de pagamento, os documentos a seguir discriminados, para verificação de sua regularidade fiscal perante os órgãos competentes:
- a) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – F.G.T.S., fornecido pela Caixa Econômica Federal;
  - b) Certidão Negativa de Débitos relativa às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros – CND – ou outra equivalente na forma da lei;
  - c) Certidão negativa de débitos de tributos mobiliários do Município de São Paulo;
  - d) Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);
  - e) Cadastro Informativo Municipal (CADIN);
  - f) Nota Fiscal ou Nota Fiscal Fatura devidamente atestada;
  - g) Relatório de Medição dos Serviços;
- 6.6.1. Serão aceitas como prova de regularidade, certidões positivas com efeito de negativas e certidões positivas que noticiem em seu corpo que os débitos estão judicialmente garantidos ou com sua exigibilidade suspensa.
- 6.7. Por ocasião de cada pagamento, serão feitas as retenções eventualmente devidas em função da legislação tributária.
- 6.8. A não apresentação de certidões negativas de débito, ou na forma prevista na cláusula 6.5.1, não impede o pagamento, porém será objeto de aplicação de penalidade ou rescisão contratual, conforme o caso.
- 6.9. O pagamento será efetuado por crédito em conta corrente, no BANCO DO BRASIL S/A, conforme estabelecido no Decreto nº 51.197/2010, publicado no DOC do dia 22 de janeiro de 2010.
- 6.10. Fica ressalvada qualquer alteração por parte da Secretaria Municipal de Finanças, quanto às normas referentes ao pagamento de fornecedores.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO CONTRATUAL E PRORROGAÇÃO**

- 7.1. O presente contrato vigorará pelo prazo de **12 (doze)** meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por idênticos períodos e nas mesmas condições, desde que haja concordância das partes, observado o limite legal previsto na Lei Federal nº 8.666/93.



- 7.2. Caso a **CONTRATADA** não tenha interesse na prorrogação do ajuste deverá comunicar este fato por escrito à **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias da data de término do prazo contratual, sob pena de incidência de penalidade contratual.
- 7.3. Na ausência de expressa oposição, e observadas as exigências contidas nos incisos I e II do artigo 46 do Decreto Municipal 44.279/2003, o ajuste será prorrogado, mediante despacho da autoridade competente.
- 7.4. A não prorrogação do prazo de vigência contratual, por conveniência da Administração, não gerará à **CONTRATADA** o direito a qualquer espécie de indenização.
- 7.5. Não obstante o prazo estipulado na cláusula 7.1., a vigência contratual nos exercícios subsequentes ao da assinatura do contrato estará sujeita à condição resolutiva, consubstanciada na existência de recursos aprovados nas respectivas Leis Orçamentárias de cada exercício, para atender as respectivas despesas.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DO CONTRATO E DA RESCISÃO**

- 8.1. O presente contrato é regido pelas disposições da Lei Federal 8.666/93 combinada com a Lei Municipal 13.278/2002, Decreto Municipal 44.279/2003 e demais normas complementares aplicáveis à espécie.
- 8.2. O ajuste poderá ser alterado nas hipóteses previstas no artigo 65 da Lei Federal 8.666/93.
- 8.3. A **CONTRATANTE** se reserva o direito de promover a redução ou acréscimo do percentual de 25% (vinte e cinco por cento), do valor inicial atualizado do contrato, nos termos deste.
- 8.4. Dar-se-á a rescisão do contrato em qualquer dos motivos especificados no artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93, bem assim o referido no parágrafo único do artigo 29 da Lei Municipal nº 13.278/2002, independentemente da notificação ou interpelação judicial.
  - 8.4.1. Em caso de rescisão administrativa prevista no artigo 79, inciso I da Lei 8.666/93 ficam reconhecidos os direitos da Administração especificados no mesmo diploma legal.

#### **CLÁUSULA NONA - DA FISCALIZAÇÃO E RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS**

- 9.1. A execução dos serviços será feita conforme o ANEXO I – Termo de Referência, que é parte integrante do presente instrumento.
- 9.2. A execução dos serviços objeto deste contrato deverá ser atestada pelo responsável pela fiscalização, pela **CONTRATANTE**, atestado esse que deverá acompanhar os documentos para fins de pagamento conforme Cláusula Sexta.
  - 9.2.1. A fiscalização será exercida de acordo com o Decreto Municipal nº 54.873/14.



- 9.2.2. O Fiscal do contrato da Unidade da **CONTRATANTE** deverá encaminhar ao setor de Gestão de Contratos da SMS – SEDE até o 5º dia útil do mês subsequente, para fins de pagamento, o Ateste dos serviços executados, devidamente assinada pelo Fiscal do Contrato e pela Diretoria Técnica da Unidade Hospitalar, acompanhados da comprovação da realização das sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica em cada paciente (**Relatório de Sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica**, com as frequências assinadas pelo paciente ou acompanhante; **Formulário de Solicitação de Oxigenioterapia Hiperbárica (Anexo I)**; e-mail de autorização emitido pela SMS/CAH).
- 9.2.3. O instrumento de **Avaliação de Nível de Serviço** da **CONTRATADA** deverá ser preenchido mensalmente pelo Fiscal da Unidade da **CONTRATANTE** (conforme Anexo III do Termo de Referência) para fins de pagamento.
- 9.3. O objeto contratual será recebido consoante as disposições do artigo 73, da Lei Federal nº 8.666/93 e demais normas municipais pertinentes.
- 9.4. O objeto contratual será recebido mensalmente mediante relatório de medição dos serviços executados no mês, emitido pela **CONTRATADA**, sendo tal relatório submetido à fiscalização da **CONTRATANTE**, que, após conferência, atestará se os serviços foram prestados a contento, atestado esse que deverá ser acompanhado de fatura ou nota-fiscal-fatura, bem como da cópia reprográfica da nota de empenho, para fins de pagamento.
- 9.5. Havendo inexecução de serviços, o valor respectivo será descontado da importância mensal devida à **CONTRATADA**, sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis, observados os trâmites legais e os princípios do contraditório e ampla defesa.
- 9.6. O recebimento e aceite do objeto pela **CONTRATANTE** não exclui a responsabilidade civil da **CONTRATADA** por vícios de quantidade ou qualidade dos serviços, materiais ou disparidades com as especificações estabelecidas no Anexo I, verificadas posteriormente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – PENALIDADES**

- 10.1. Com fundamento nos artigos 86 e 87, incisos I a IV, da Lei nº 8.666, de 1993; e no art. 7º da Lei nº 10.520, de 17/07/2002, nos casos de retardamento, de falha na execução do contrato ou de inexecução total do objeto, observando-se os procedimentos contidos no Capítulo X do Decreto Municipal nº 44.279/03, a contratada poderá ser penalizada, isoladamente, ou juntamente com as multas definidas no item 10.2, com as seguintes penalidades:
- a) advertência;



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO SEI Nº 6110.2021/0010221-6

- b) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal, por prazo não superior a dois anos;
- c) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior; ou
- d) impedimento de licitar e contratar com a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios e descredenciamento nos sistemas de cadastramento de fornecedores a que se refere o inciso XIV do art. 4º da Lei nº 10.520/2002, pelo prazo de até cinco anos.

10.2. A **CONTRATADA** estará sujeita às seguintes penalidades pecuniárias:

10.2.1. **Multa 1% (um por cento)** sobre o valor do contrato, por dia de atraso no início da prestação de serviços, até o máximo de 10 (dez) dias.

10.2.1.1. No caso de atraso por período superior a 10 (dez) dias, poderá ser promovida, a critério exclusivo da **CONTRATANTE**, a rescisão contratual, por culpa da **CONTRATADA**, aplicando-se a pena de multa de 20% (vinte por cento) do valor total do contrato.

10.2.2. **Multa por inexecução parcial do contrato:** 10% (dez por cento), sobre o valor mensal da parcela não executada na Unidade Hospitalar.

10.2.3. **Multa por inexecução total do contrato:** 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato.

10.2.4. **Pela rescisão do contrato por culpa da CONTRATADA**, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato.

10.2.5. **Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula**, que não diga respeito diretamente à execução do objeto contratual, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o preço mensal;

10.3. Havendo comunicação de desinteresse da **CONTRATADA** em prorrogar o contrato após o prazo previsto na cláusula 7.2. deste contrato, estará sujeita à multa de:

- a) 5% (cinco por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação entre o 60º e o 89º dia antes do término do contrato;
- b) 10% (dez por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação entre o 20º e o 59º dia antes do vencimento do contrato;

- c) 15% (quinze por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação a partir do 19º dia antes do vencimento do contrato até o seu termo.
- 10.4. A aplicação da multa não ilide a aplicação das demais sanções previstas no item 10.1, independentemente da ocorrência de prejuízo decorrente da descontinuidade da prestação de serviço imposto à Administração.
- 10.5. O valor da multa poderá ser descontado das faturas devidas à **CONTRATADA**, conforme dispõe o parágrafo único do artigo 55 do Decreto Municipal nº 44.279/2003.
- 10.5.1. Se o valor a ser pago à **CONTRATADA** não for suficiente para cobrir o valor da multa, a diferença será descontada da garantia contratual, quando exigida.
- 10.5.2. Se os valores das faturas e da garantia forem insuficientes, fica a **CONTRATADA** obrigada a recolher a importância devida no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da comunicação oficial.
- 10.5.3. Esgotados os meios administrativos para cobrança do valor devido pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, este será encaminhado para inscrição em dívida ativa.
- 10.5.4. Caso o valor da garantia seja utilizado no todo ou em parte para o pagamento da multa, esta deve ser complementada no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contado da solicitação da **CONTRATANTE**.
- 10.6. Caso haja rescisão, a mesma atrai os efeitos previstos no artigo 80 incisos I e IV da Lei Federal nº 8.666/93.
- 10.7. Das decisões de aplicação de penalidade, caberá recurso nos termos do artigo 109 da Lei Federal 8.666/93 e Decreto Municipal nº 44.279/2003, observado os prazos nele fixados.
- 10.7.1. No ato do oferecimento de recurso deverá ser recolhido o preço público devido, nos termos do que dispõe o artigo 17 do Decreto nº 51.714/2010.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 11.1. Nenhuma tolerância das partes quanto à falta de cumprimento de qualquer das cláusulas deste contrato poderá ser entendida como aceitação, novação ou precedente.
- 11.2. Fica ressalvada a possibilidade de alteração das condições contratuais em face da superveniência de normas federais e/ou municipais que as autorizem.
- 11.3. Fica a **CONTRATADA** ciente de que a assinatura deste termo de contrato indica que tem pleno conhecimento dos elementos nele constantes, bem como de todas as condições gerais e peculiares de seu objeto, não podendo invocar qualquer desconhecimento quanto aos mesmos, como elemento impeditivo do perfeito cumprimento de seu objeto.



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO SEI Nº 6110.2021/0010221-6

- 11.4. Ficam fazendo parte integrante deste instrumento, para todos os efeitos legais, o edital da licitação que deu origem à contratação, com seus Anexos e a Proposta da contratada (Documento SEI nº 059096029).
- 11.5. Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.
- 11.6. Fica eleito o foro desta Comarca para todo e qualquer procedimento judicial oriundo deste Contrato, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja ou venha a ser.

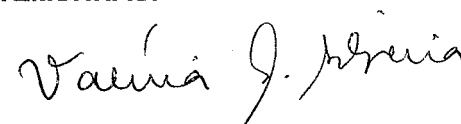
E por estarem de acordo as partes **CONTRATANTES**, lavrado o presente instrumento, que, lido e achado conforme, segue assinado em duas vias de igual teor e forma.

  
**EDSON APARECIDO DOS SANTOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
**CONTRATANTE**


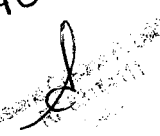
  
**DR. JOSÉ RIBAMAR CARVALHO BRANCO FILHO**  
CLÍNICA MÉDICA DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA ZONA NORTE LTDA.  
**CONTRATADA**



**TESTEMUNHAS:**

  
Valéria dos Santos Mória  
CPF: 274.082.198-03

Página 16 de 36

  
Ana Paula Costa  
AGPP  
RF 8293961  
Conforme Despacho Autorizado  
SEI 05911 8540  




**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO:**

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA À PACIENTES INTERNADOS NAS UNIDADES HOSPITALARES LIGADAS À SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO**

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) é uma modalidade terapêutica que consiste na oferta de oxigênio puro ( $FiO_2 = 100\%$ ) em um ambiente pressurizado a um nível acima da pressão atmosférica, habitualmente entre duas e três atmosferas.

A OHB tem eficácia comprovada no tratamento, principal ou coadjuvante, de um grande número de patologias agudas ou crônicas, de natureza isquêmica, traumática, infecciosa ou inflamatória, geralmente graves e refratárias aos tratamentos convencionais, a maioria das quais atendemos em nossas Unidades Hospitalares. Seu uso promove aceleração da evolução para cura, aumentando de maneira significativa o sucesso do tratamento e a reduzindo a média de permanência hospitalar. Do ponto de vista econômico, há comprovação em vários estudos de que isto gera redução, a médio e longo prazo o custo do tratamento, desde que haja indicação correta.

Normalmente o tratamento por oxigenoterapia é indicado para pessoas com feridas de difícil cicatrização em decorrência de estarem muito tempo acamadas e para pessoas com feridas nos pés em virtude da diabetes, como também para infecções graves com destruição muscular, de pele, ou gordura subcutânea; lesões de bexiga, intestinos, ossos e cérebro, causadas tardiamente por radioterapia; esmagamentos e amputações traumáticas; infecção crônica dos ossos; procedimentos de cirurgia plástica reparadora, quando se recobre uma ferida com pele ou músculos retirados de outra paciente, com risco de insucesso; presença de bolhas de ar na corrente sanguínea (embolia gasosa arterial), complicação passível de ocorrer após a realização de alguns procedimentos médicos; queimaduras extensas; coleção de pus ou respectivamente, por processo infeccioso e trauma.

O tratamento através da Oxigenoterapia proporciona uma série de efeitos terapêuticos, como: combate a infecções bacterianas e por fungos; compensação da deficiência de oxigênio decorrente de entupimentos de vasos sanguíneos ou sua destruição (em casos de esmagamentos e amputações de braços e pernas, normalizando a cicatrização de feridas crônicas e agudas); neutraliza substâncias tóxicas e toxinas; potencializa a ação de alguns antibióticos, tornando relacionadas com a cicatrização de feridas complexas.



A oxigenoterapia hiperbárica é reconhecida como uma modalidade terapêutica que deve ser aplicada por um médico e no Brasil, as indicações foram regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina, mediante Resolução CFM 1457/95:

- *Embolias gasosas;*
- *Doença descompressiva;*
- *Embolia traumática pelo ar;*
- *Envenenamento por monóxido de carbono ou inalação de fumaça;*
- *Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos;*
- *Gangrena gasosa;*
- *Síndrome de Fournier;*
- *Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fascites e miosites;*
- *Isquemias agudas traumáticas: lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras;*
- *Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnideos, ofídios e insetos);*
- *Queimaduras térmicas e elétricas;*
- *Lesões refratárias: úlceras de pele, pés diabéticos, escaras de decúbito, úlceras por vasculites auto- imunes, deiscências de suturas;*
- *Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesão actínicas de mucosas;*
- *Retalhos ou enxerto comprometidos ou de risco;*
- *Osteomielites;*
- *Anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão sanguínea.*

À vista do exposto, conclui-se que a disponibilização deste serviço às Unidades Hospitalares desta SMS, proporcionará um aumento na liquidação das mazelas que acometem nossos pacientes, oferecendo qualidade de vida, uma vez que o tratamento aqui realizado trará reabilitação de forma célere e eficaz.

## **2. DAS UNIDADES HOSPITALARES CONTEMPLADAS**



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO SEI Nº 6110.2021/0010221-6

**HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORREA NETTO - HMACN**

Alameda Rodrigo de Brum nº 1989 - Ermelino Matarazzo, PABX: (11) 3394-8030

**HOSPITAL MUNICIPAL PROF. WALDOMIRO DE PAULA - HMWP**

Rua Augusto Carlos Baumann nº 1074 – Itaquera, PABX: (11) 3394-8990

**HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETÚBAL - HMTS**

Rua Dr. José Guilherme Eiras nº 123 - São Miguel, PABX: (11) 3394-8770

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. BENEDICTO MONTENEGRO - HMBM**

Rua Antonio Lázaro, 226 – Jardim Iva, PABX: (11) 3394.9500

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. CÂRMINO CARICCHIO - HMCC**

Avenida Celso Garcia nº 4815 – Tatuapé, PABX: (11) 3394-6980

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. IGNÁCIO DE PROENÇA GOUVEIA - HMIPG**

Rua Juventus nº 562 – Mooca, PABX: (11) 3394-7810

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. ALEXANDRE ZAIO - HMAZ**

Rua Alves Maldonado nº 128 – Vila Nhocuné, PABX: (11) 3394-9210

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA - HMARS**

Av. Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro nº 860 – Jabaquara, PABX: (11) 3394-8380

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA - HMFMPR**

Estrada de Itapeçerica nº 1661 - Vila Maracanã, PABX: (11) 3394-7460

**HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE PROF. MÁRIO DEGNI**

Rua Lucas de Leyde, 257 – Rio Pequeno, PABX: (11) 3394-9330

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA - HMJSH**

Rua Menotti Laudísio nº 100 – Pirituba, PABX: (11) 3394-8600

**HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER  
SILVA – HMEC**

Av. Deputado Emílio Carlos, nº 3.100 – Vila Nova Cachoeirinha, PABX: (11) 3986-1085

**3. DO FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE SESSÕES**

- 3.1. Serão encaminhados pacientes cujas patologias se enquadrem, segundo critérios médicos, nessa modalidade de tratamento, mediante um breve relatório clínico, bem como demais informações complementares, como por exemplo, evolução e prescrição de enfermagem da(s) lesão(ões).
- 3.2. A solicitação de sessões será enviada pelas Unidades Hospitalares solicitantes à Coordenadoria de Assistência Hospitalar (SMS/CAH) - por meio de correio eletrônico, através de **Formulário de Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica (Anexo I)**.
- 3.3. A SMS/CAH irá analisar se a indicação se enquadra nas diretrizes clínicas aceitas e terá como prazo máximo de resposta 48 horas úteis. **A autorização será emitida por e-mail à CONTRATADA pela SMS/CAH, mantendo a Unidade Solicitante em cópia.**
- 3.4. A CONTRATADA deverá proceder o agendamento das sessões de OHB em no máximo 24 horas úteis a partir do pedido da SMS/CAH, respondendo a solicitação por e-mail, mantendo a Unidade Soliciante em cópia para o perfeito agendamento das sessões junto a todos interessados (NIR – Remoção, Enfermagem e Médico responsáveis pelo paciente).
- 3.5. Os pacientes serão encaminhados à CONTRATADA munidos de **Formulário de Encaminhamento do Paciente e Controle de Oxigenioterapia Hiperbárica (Anexo II)**, o qual identificará os mesmos para a CONTRATADA, bem como será o registro contínuo da terapia pela equipe da CONTRATADA.
- 3.6. Para o pagamento dos serviços, a Unidade deverá atestar os serviços efetivamente realizados, anexando **Formulário de Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica (Anexo I)**, o **e-mail de Autorização da SMS/CAH** e o **Relatório de Sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica** no mês de competência de cada paciente assinado pelo paciente ou pelo acompanhante (Relatórios de Sessões efetivamente realizadas para cada paciente no mês são enviados pela CONTRATADA e atestados pelo Fiscal).

#### 4. DA QUANTIDADE DE SESSÕES

- 4.1. E  
stima-se a realização de **2.400 sessões/ano** a serem distribuídas conforme a necessidade das Unidades Hospitalares relacionadas neste Termo de Referência.

## **5. DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

- 5.1. Os serviços atenderão às necessidades dos pacientes internados nas Unidades Hospitalares relacionadas neste Termo de Referência, por meio de sessões de tratamento de Oxigênio-terapia Hiperbárica (OHB) com a utilização de câmara hiperbárica.
- 5.2. Os serviços deverão ser realizados obrigatoriamente no Município de São Paulo, para os quais a CONTRATADA deverá estar habilitada segundo a RDC nº 50 - ANVISA e demais normas expedidas pelos Órgãos reguladores (ANVISA), assim como deve possuir inscrição junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).
- 5.3. A Oxigenoterapia Hiperbárica deverá ser aplicada em câmaras com capacidade para um paciente (câmara monopaciente ou monoplaca), possibilitando o tratamento de pacientes acamados e mitigando o risco de contaminação cruzada.
- 5.4. A CONTRATADA deverá realizar as sessões de OHB em suas dependências, mediante prévio agendamento, devidamente autorizado pela SMS/CAH.
- 5.5. A CONTRATADA deverá dar início às sessões de OHB em até 5 dias corridos a partir da solicitação da SMS/CAH, bem como garantir a disponibilidade de encaixe para urgências/emergência, devidamente justificadas em função da gravidade do paciente.
- 5.6. A CONTRATADA deverá disponibilizar agendamento das sessões de OHB minimamente de segunda à sábado em horário comercial, de forma a otimizar os resultados, com o mínimo de interrupções possíveis.
- 5.7. A CONTRATADA deverá realizar a administração do tratamento de forma intermitente, em sessões diárias, sendo que a quantidade de sessões do tratamento e o nível de pressão serão particularizados para cada caso em estabelecidos conforme a patologia e sua evolução durante o tratamento.
- 5.8. O tratamento é feito com sessões diárias, de no mínimo 02 (duas) horas, entre o preparo do paciente e o término da sessão, sendo obrigatoriamente 90 (noventa) minutos de tempo de fundo sob pressão e o restante do tempo para a compressão e descompressão da câmara com segurança.
- 5.9. A CONTRATADA deverá garantir tratamento individual para cada paciente, visando a segurança ao evitar o contato direto de pacientes com diversas patologias.



- 5.10. A CONTRATADA deverá garantir segurança a cada paciente, enquanto este estiver em suas dependências, em relação a quedas, acidentes e outras intercorrências.
- 5.11. A CONTRATADA deverá prestar os serviços atendendo os requisitos de qualidade e a um padrão de assistência médica que assegure: biosegurança, monitoramento permanente de suas atividades e responsabilidade integral pelo tratamento até a alta de cada paciente.
- 5.12. A CONTRATADA deverá manter profissionais treinados e capacitados para o desenvolvimento das atividades, de forma a garantir a efetividade do trabalho e a integridade das pessoas, do ambiente.
- 5.13. A CONTRATADA deverá assumir totalmente todas recomendações, exigências, preparo, antes, durante e depois das sessões, atendendo toda a norma técnica exigida na especialidade evitando qualquer risco ao paciente durante o tratamento.
- 5.14. A preparação, material, componentes, prescrição, contra-indicação, recomendações e demais exigências necessárias para realização da sessão em cada paciente, será de inteira responsabilidade da equipe técnica qualificada da empresa CONTRATADA, ficando como responsável integralmente pela sessão, quanto as possíveis alterações médicas apresentadas, para em tempo hábil, devendo cada caso ser analisado em particular pelo médico assistente da equipe profissional da empresa CONTRATADA.
- 5.15. Toda a parte de remoção e reposição dos curativos, óleos e demais produtos necessários para manter o paciente devidamente confortável deverá ser feito pela CONTRATADA através de sua equipe profissional, inclusive com o fornecimento de todo material médico.
- 5.16. Os médicos hiperbaristas responsáveis devem ter título de Certificado de Medicina Hiperbárica chancelado pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH) ou pela Marinha do Brasil ou pela Andersea and Hyperbaric Medical Society, para o atendimento das em consonância com Resolução CRF nº 1457/95.
- 5.17. Os médicos hiperbaristas da CONTRATADA deverão manter contato constante com o médico responsável pelo paciente, de forma que as decisões em relação à continuidade do tratamento sejam tomadas em conjunto.
- 5.18. A CONTRATADA através de seus profissionais deverá, administrar o tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica para os casos conforme Resolução nº 1.457/95, devendo

este ser realizado de forma ininterrupta, em sessões diárias, sendo a duração do tratamento e o nível de pressão particularizada para cada caso em estabelecidos conforme a patologia e sua evolução durante o tratamento.

- 5.19. A CONTRATADA deverá orientar o paciente e/ou acompanhante acerca do tratamento, registrando formalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- 5.20. A CONTRATADA deverá respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de eminente perigo de vida ou obrigação legal.
- 5.21. A CONTRATADA deverá possuir prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimentos a ele referente contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara pelo profissional médico responsável pelo atendimento, bem como custodiá-lo por tempo definido em legislação, sendo minimamente 20 anos, conforme Resolução do CFM nº 1821/07.
- 5.22. A CONTRATADA deverá apresentar conformidade com todas as normas aplicáveis da ANVISA para instalações hiperbáricas clínicas e em conformidade geral com as Diretrizes de Projeto de Instalações Hiperbáricas publicadas pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH).
- 5.23. A CONTRATADA deverá dispor de câmaras hiperbáricas para a realização dos serviços e como todo e qualquer equipamento de uso médico no Brasil, deverão ter o seu respectivo registro na ANVISA e respeitar todas as normas de segurança exigíveis.
- 5.24. A CONTRATADA deverá manter a Licença de Funcionamento do Estabelecimento atualizada junto ao órgão competente de Vigilância sanitária.
- 5.25. As câmaras hiperbáricas devem passar por Manutenção Preventiva e Corretiva conforme indicado pelo fabricante, sendo realizados periodicamente testes de operação, de estanqueidade, tempos de descompressão de emergência, alimentação de energia, continuidade de aterramento, funcionamento de pulseira anti-estática, aferição de manômetros e válvulas de segurança, com a devida emissão de Certificado de Conformidade.
- 5.26. **Da Operacionalização e Registro da OHB:**
- 5.26.1. Para todos os pacientes encaminhados deverão ser adotados os seguintes



procedimentos:

- 5.26.2.** Realizar a primeira consulta pelo médico hiperbarista, o qual fará uma **Avaliação Inicial** da patologia apresentada e definirá a forma de aplicação a ser adotada e a quantidade inicial de sessões de OHB estimada. Deve ser enviado cópia da Avaliação inicial à Unidade Hospitalar Requisitante.
- 5.26.2.1.** Caso a Avaliação Inicial contraindique a OHB, a CONTRATADA fará o parecer descritivo da exposição dos motivos e encaminhará a Unidade Hospitalar Requisitante, com notificação à SMS/CAH.
- 5.26.3.** Iniciado o tratamento do paciente, o médico hiperbarista acompanhará a terapia e documentará a evolução do tratamento, inclusive com imagens de lesões, registrando as etapas do processo, com a devida prescrição de cada sessão de OHB em prontuário individual do paciente na CONTRATADA, bem como no **Formulário de Encaminhamento do Paciente e Controle de Oxigenioterapia Hiperbárica (Anexo II)**.
- 5.26.4.** No final do tratamento deverá ser feito a **Avaliação Final**, sendo esta o registro da Alta da Oxigenioterapia Hiperbárica. Deve ser enviado cópia da Avaliação Final à Unidade Hospitalar Requisitante, juntamente com cópia do **Relatório de Sessões de Oxigenioterapia Hiperbárica**.
- 5.26.5.** O **Relatório de Sessões de Oxigenioterapia Hiperbárica** deverá conter minimamente a identificação da CONTRATADA com endereço completo, nome do paciente, data de nascimento, nome da mãe, Unidade Hospitalar de Origem e Registro Hospitalar do paciente, número da sessão, data da sessão, duração da sessão, nível de pressão (ATA – Atmosferas Absolutas), nome completo e nº CREMESP do Médico Hiperbarista, com respectiva assinatura e visto do paciente ou acompanhante a cada sessão realizada. A cópia do **Relatório de Sessões de Oxigenioterapia Hiperbárica** deverá ser enviado à Unidade Hospitalar solicitante à título de prestação de contas para pagamento e no final do tratamento e deverá compor o prontuário do paciente, juntamente com o **Formulário de Solicitação de Oxigenioterapia Hiperbárica (Anexo I)**.
- 5.26.6.** Quando necessário mais sessões do que o quantitativo inicialmente solicitado pelo médico referenciador e autorizado pela SMS/CAH, o médico



hiperbarista deverá documentar a necessidade à Unidade Hospitalar solicitante, que por sua vez, deverá iniciar novo tramite autorizatório para as demais sessões de OHB.

**Nota:**

- i. O ato médico hiperbárico consiste na elaboração de uma prescrição clara, assinada e carimbada, pelo responsável.
- ii. O médico hiperbarista deve, obrigatoriamente, estar presente na inicialização do procedimento, que por ser um ato médico, a supervisão até o término do procedimento é de total responsabilidade do mesmo.
- iii. É ainda responsabilidade do médico hiperbarista a orientação da equipe médica e enfermagem quanto ao atendimento das intercorrências.

**6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 6.1. A CONTRATADA compromete-se a assumir e desempenhar adequadamente todas as atribuições inerentes ao objeto contratado, cujo fim específico é a realização do procedimento anestésico contemplado em todas as suas fases e necessidades, de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Medicina, Ministério da Saúde, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP e recomendações das Unidades Hospitalares e SMS/CAH.
- 6.2. A CONTRATADA deverá designar um Gestor do Contrato responsável, que deverá reportar-se ao Fiscal do Contrato da Unidade Hospitalar, respondendo pelo acompanhamento da execução do contrato.
- 6.3. A CONTRATADA deverá manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação indicada no preâmbulo deste termo.
- 6.4. A CONTRATADA deverá dar ciência imediata e por escrito a CONTRATANTE de qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços.
- 6.5. A CONTRATADA deverá prestar a CONTRATANTE, por escrito, os esclarecimentos solicitados e atender prontamente as reclamações sobre seus serviços.
- 6.6. A CONTRATADA deverá responder por quaisquer danos, perdas ou prejuízos



causados diretamente a CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes da execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização da CONTRATANTE em seu acompanhamento.

- 6.7. A CONTRATADA deverá arcar com despesas decorrentes de infrações de qualquer natureza praticadas por seus empregados durante a execução dos serviços.
- 6.8. A CONTRATADA deverá guardar sigilo em relação às informações ou documentos de qualquer natureza de que venha a tomar conhecimento, respondendo, administrativa, civil e criminalmente por sua indevida divulgação e incorreta ou inadequada utilização.
- 6.9. A CONTRATADA deverá permitir aos técnicos e profissionais da CONTRATANTE acesso às áreas físicas envolvidas na execução deste contrato, observadas as normas de segurança.
- 6.10. Não cobrar e não permitir a cobrança de complementação, a qualquer título por serviços prestados do Sistema Único de Saúde.
- 6.11. Não será permitido subcontratar, ceder ou transferir, total ou parcialmente, as responsabilidades advindas deste Contrato bem como faturamento por parte de terceiros. A fusão, cisão ou incorporação apenas serão admitidas com consentimento prévio e por escrito do CONTRATANTE, desde que não afetem a boa execução do presente Instrumento.

## **7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 7.1. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas em Relatório de Ocorrência a ser juntado no processo de pagamento, bem como encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.
- 7.2. Notificar a CONTRATADA por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas.
- 7.3. A CONTRATANTE exercerá a fiscalização dos serviços por servidor do contrato designado, que acompanhará os serviços, fiscalizando-os e atestar os serviços efetivamente prestados pela CONTRATADA.
- 7.4. A CONTRATANTE deverá prestar informações e esclarecimentos que eventualmente

venham a ser solicitadas pela CONTRATADA e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham de executar.

- 7.5. A CONTRATAENTE se responsabiliza pela remoção do paciente até a Unidade de OHB e pela remoção de retorno à Unidade Hospitalar de origem pós terapia.
- 7.6. O exercício da fiscalização constante pela CONTRATANTE não exime a CONTRATADA da responsabilidade que assumiu, no tocante à boa qualidade dos serviços prestados.

## 8. DA FISCALIZAÇÃO

- 8.1. O Contrato será fiscalizado por profissional indicado pela Diretoria Técnica da Unidade da CONTRATANTE.
- 8.2. O Fiscal do Contrato, com o apoio de Diretoria Técnica de cada Unidade Hospitalar, será o responsável pelo controle e pela fiscalização referente ao encaminhamento e ao atendimento dos pacientes.
- 8.1. O Fiscal do contrato da Unidade da CONTRATANTE deverá encaminhar ao setor de Gestão de Contratos da SMS – SEDE até o 5º dia útil do mês subsequente, para fins de pagamento, o Ateste dos serviços executados, devidamente assinada pelo Fiscal do Contrato e pela Diretoria Técnica da Unidade Hospitalar, acompanhados da comprovação da realização das sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica em cada paciente (**Relatório de Sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica**, com as frequências assinadas pelo paciente ou acompanhante; **Formulário de Solicitação de Oxigenioterapia Hiperbárica (Anexo I)**; e-mail de autorização emitido pela SMS/CAH).
- 8.3. O instrumento de **Avaliação de Nível de Serviço** da CONTRATADA deverá ser preenchido mensalmente pelo Fiscal da Unidade da CONTRATANTE (conforme Anexo III deste Termo de Referência) para fins de pagamento.
- 8.3.1. **Acordo de Nível de Serviços (ANS):**
- 8.3.1.1. Mensalmente será preenchida, pelo Fiscal do contrato, ficha de avaliação, conforme Anexo III desse instrumento, que comporá o conjunto de documentos-base para avaliação do acordo de nível de serviço, ferramenta definidora do valor mensal do repasse ao prestador.

**8.3.1.2.**O Acordo de Nível de Serviços (ANS) não constitui penalidade ao prestador, apenas ferramenta de avaliação de nível de serviço para pagamento conforme entrega de serviço efetivamente realizada.

**8.3.1.3.**O formulário deve ser feito em 02 (duas) vias, sendo a primeira via da unidade da CONTRATANTE e a segunda via da CONTRATADA.

**8.3.1.4.**Por constituir avaliação de nível de serviço, no caso do prestador não concordar com a avaliação realizada no ato do serviço, e recusar-se a assinar a ficha, o instrumento será preenchido e assinado por duas testemunhas. A CONTRATADA então receberá cópia da avaliação e terá 05 (cinco) dias úteis para prestar os esclarecimentos necessários, com a junção dos documentos comprobatórios necessários.

**8.3.1.5.**O gestor do contrato na SMS (Secretaria Municipal da Saúde) avaliará as justificativas, e se posicionará, por escrito, sobre o ocorrido, determinando então a avaliação de nível de serviço.

**8.3.1.6.**No caso de avaliações de nível de serviços críticas e/ou insuficientes de maneira sucessivas, a empresa CONTRATADA estará sujeita às penalidades conforme previsto em lei e no Termo de Contrato.

## **9. DOS PAGAMENTOS**

**9.1.** A remuneração será com base nas sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica efetivamente realizadas. No custo estarão incluídos os serviços, mão de obra especializada, materiais médicos, gás medicinal, medicamentos e insumos, necessários para a execução do objeto.

**9.2.** O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, a contar da data da apresentação de nota fiscal/ fatura **Relatório de Sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica** (com as frequências assinadas pelo paciente ou acompanhante), juntamente com o **Formulário de Solicitação de Oxigenioterapia Hiperbárica (Anexo I)**, devidamente acompanhada da autorização da SMS/CAH (e-mail autorizatório).

## **10. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

**10.1.** Registro da Empresa e do(s) Responsável (eis) Técnico(s) indicado(s), junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM obedecida à legislação pertinente.

- 10.2.** No que tange ao Responsável Técnico do serviço, deve ser apresentado o Certificado de Medicina Hiperbárica chancelado pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH) ou pela Marinha do Brasil ou pela Andersea and Hyperbaric Medical Society.
- 10.3.** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).
- 10.4.** Certificado do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (ACVB) da edificação onde os serviços serão executados.
- 10.5.** Atestados que comprovem a prestação anterior de serviços de Oxigenoterapia Hiperbárica, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, sendo que cada um deles deverá ser equivalente às características e quantidades admitindo-se a imposição de quantitativos mínimos de prova de execução de serviços similares, desde que em quantidades razoáveis, assim consideradas minimamente 50% da execução pretendida, conforme inciso II, do artigo 30 da Lei Federal nº 8.666/93, com o objeto da pleiteada contratação.
- 10.5.1.** O(s) atestado(s) deverá(ão) conter:
- a)** Prazo contratual, datas de início e término;
  - b)** Local da prestação dos serviços;
  - c)** Natureza da prestação dos serviços;
  - d)** Quantidades;
  - e)** Caracterização do bom desempenho do licitante;
  - f)** Outros dados característicos e,
  - g)** A identificação da pessoa jurídica emitente bem como o nome e o cargo do signatário.
- 10.6.** Comprovação da Licença de Funcionamento em vigor, emitida pela Autoridade Sanitária local. Caso a revalidação da licença de funcionamento para o presente exercício não tenha sido concedida, a proponente deverá apresentar a licença de funcionamento do exercício anterior acompanhada do protocolo de revalidação, conforme disposto no artigo 22 do Decreto nº 74.170/74 ou legislação sanitária local devidamente comprovada através de publicação em diário oficial.
- 10.6.1.** Deverá ser apresentada Licença de Funcionamento da Unidade/Centro que efetivamente prestará os serviços objeto desta Licitação, sendo que este deverá ser obrigatoriamente instalado no Município de São Paulo.



- 10.7.** Declaração da licitante sob as penas da lei, de que terá a disponibilidade, caso venha a vencer o certame, da mão de obra e dos equipamentos necessários para o início da execução dos serviços, no prazo acordado.
- 10.8.** Declaração da licitante que dispõe de Hospital e Retaguarda para atendimento dos pacientes em situação de intercorrências ou emergências, apontando a intuição (Hospital).
- 10.9.** Declaração da licitante de que reúne condições de apresentar à Fiscalização, no ato da assinatura do contrato, documentos comprobatórios do vínculo dos profissionais que atuarão nesta contratação junto à CONTRATADA (a comprovação do vínculo profissional pode se dar mediante contrato social, registro na carteira profissional, ficha de empregado ou contrato de trabalho, sendo possível a contratação de profissional autônomo que preencha os requisitos e se responsabilize tecnicamente pela execução dos serviços, nos termos da Súmula nº 25 TCESP).

## **11. DO PRAZO CONTRATUAL E INÍCIO DOS SERVIÇOS**

- 11.1.** O prazo da contratação deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por menores ou idênticos períodos, respeitado o limite de 60 meses, a contar da data fixada na Ordem de Início, nas mesmas condições, e poderá ser denunciado por escrito por qualquer das partes, com antecedência de 90 (noventa) dias contados da data do vencimento, observado o prazo limite e condições constantes no artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93, mediante despacho de autorização da autoridade competente.
- 11.2.** Os serviços deverão ser iniciados em até 15 (quinze) dias corridos a contar da data da emissão da Ordem de Início que deverá ser expedida pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar.

## **12. CRITÉRIO DE JULGAMENTO**

- 12.1.** O critério de julgamento será o de menor preço global anual que atenda tecnicamente o Edital.
- 12.2.** À critério da Comissão Técnica da Licitação, poderá ser solicitado visita técnica às dependências da proponente para dirimir qualquer ponto acerca da infraestrutura necessária à execução do objeto.





---

---

---

---

---

---

---

**Assinatura e carimbo do Enfermeiro Assistente**

**INDICAÇÃO (assinalar)**

Embolias gasosas;
Doença descompressiva;
Embolia traumática pelo ar;
Envenenamento por CO <sup>2</sup> ou inalação de fumaça;
Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos;
Gangrena gasosa;
Síndrome de Fournier;
Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fasciites e miosites;
Isquemias agudas traumáticas: lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras;
Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnídeos, ofídios e insetos);
Queimaduras térmicas e elétricas;
Lesão refrataria: úlceras de pele, pés diabéticos, escaras de decúbito, ulcera por Vasculites auto-imunes, deiscência de suturas;
Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesões actínicas de mucosas;
Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco;
Osteomielites;
Anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão sanguínea
Outros (descrever):

**Assinatura e carimbo Médico Assistente/ Referenciador**



**ESCALA "USP" DE GRAVIDADE AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OHB \***

ITENS	PONTOS			Pontuação Atribuída
	1 pt	2 pts	3 pts	
Idade	< 25 anos	26 à 50 anos	> 51 anos	
Tabagismo		Leve / moderado	Intenso	
Diabetes		Sim		
Hipertensão Arterial Sistêmica		Sim		
Queimadura		< 30%	> 30%	
Osteomielite		Sim	c/ exposição óssea	
Toxemia		Moderada	Intensa	
Choque		Estabilizado	Instável	
Infecção/ Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada	
Diâmetro da Lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm	
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm	
Celulite	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm	
Insuf. Arterial Aguda		Sim		
Insuf. Arterial Crônica			Sim	
Lesão Aguda		Sim		
Lesão Crônica			Sim	
Alteração Linfática		Sim		
Amputação/ Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada	
Dreno de Tórax		Sim		
Ventilação Mecânica		Sim		
Períneo/ Mama/ Face			Sim	
<b>Total de pontuação atribuída ao paciente</b>				

**Assinalar a resposta para cada quesito**

**Obs.: campos em branco, contam como zero; por exemplo: não diabético= 0; não fumante= 0**

**Classificação em 4 grupos ( I a IV) pela somatória dos pontos: G I < 10 pontos; G II 11 a 20 pontos; G III 21 a 30 pontos e G IV > 31 pontos.**

**CONDUTA MÉDICA:**

Solicitadas \_\_\_\_\_ sessões de oxigenioterapia hiperbárica.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_.

**Assinatura e carimbo Médico Assistente/ Referenciador**

**Assinatura e carimbo do(a) Diretor(a) Técnico(a) da Unidade Hospitalar**



**ANEXO II**

**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE E CONTROLE DE  
OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA**

**ATENÇÃO:** Este formulário deve ser encaminhado em toda Sessão, junto com o paciente e ao final da terapia ser juntado definitivamente em seu prontuário.

UNIDADE REQUISITANTE:

--

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:	
RH nº	
IDADE:	SEXO:
INTERNADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DA INTERNAÇÃO: __/__/____
LEITO:	CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO:
COMORBIDADES:
ALERGIAS:
INDICAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA:

**Pelo presente encaminhamos o paciente ora descrito para realização de Oxigenoterapia Hiperbárica na Clínica \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, município de São Paulo.**

**Rogamos que sejam transcritos abaixo, os dados de cada sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica:**

Nº da Sessão: _____
Data: __/__/____ Hora de entrada: _____ Hora de Saída: _____
ATA (Pressão em Atmosfera Absoluta): _____ Equipamento (marca/ modelo/ nº série): _____
Sinais Vitais:
Início: PA: _____ FC: _____ Temp.: _____
Final: PA: _____ FC: _____ Temp.: _____
Intercorrências: _____
_____
<b>Assinatura e Carimbo Médico Hiperbarista</b>



**ANEXO III**

**ANS – AVALIAÇÃO DO ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA  
HIPERBÁRICA**

Item	<u>Desempenho Assistencial</u>	Sim	Não	Pontos
1.1	A administração do tratamento ocorre de forma intermitente, em sessões diárias, de segunda à sábado em horário comercial, de forma a otimizar os resultados, com o mínimo de interrupções possíveis? (se sim, 3 pontos).			
1.2	As sessões de OHB tem duração de no mínimo 02 (duas) horas, entre o preparo do paciente e o término da sessão, sendo obrigatoriamente 90 (noventa) minutos de tempo de fundo sob pressão e o restante do tempo para a compressão e descompressão da câmara com segurança? (se sim, 3 pontos).			
1.3	A CONTRATADA cumpriu os agendamentos, sem atrasos em sessões de OHB ou cancelamentos? (se sim, 2 pontos).			
1.4	A CONTRATADA enviou cópia da Avaliação Inicial de cada paciente, realizada por médico hiperbarista? (se sim, 1 ponto).			
1.5	A CONTRATADA preenche adequadamente o Formulário de Encaminhamento do Paciente e Controle de Oxigenioterapia Hiperbárica (Anexo II), a cada sessão de OHB? (se sim, 1 ponto).			
1.6	A CONTRATADA enviou cópia da Avaliação Final de cada paciente, realizada por médico hiperbarista? (se sim, 1 ponto).			
1.7	Os médicos hiperbaristas da CONTRATADA mantêm contato constante com o médico responsável pelo paciente, de forma que as decisões em relação à continuidade do tratamento sejam tomadas em conjunto? (se sim, 1 ponto).			
<b>Subtotal – Desempenho Assistencial (máximo) = 12 pontos</b>				

Item	<u>Desempenho Administrativo e Gerenciamento</u>	Sim	Não	Pontos
2.1	A CONTRATADA respondeu e agendou as sessões de OHB em até no máximo 24 horas úteis após a solicitação da SMS/CAH, mantendo todos os interessados em cópia? (se sim, 1 ponto).			
2.2	A CONTRATADA iniciou as sessões de OHB em até 5 dias corridos a partir da solicitação da SMS/CAH? (se sim, 2 pontos).			
2.3	A CONTRATADA enviou até o Relatório de Sessões de Oxigenioterapia Hiperbárica com vistas à prestação de contas, devidamente preenchido, contendo a assinatura/ visto do paciente ou de seu acompanhante em todas as sessões de OHB? (se sim, 2 pontos).			
2.4	A CONTRATADA prestou todos os esclarecimentos solicitados pela			



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO SEI Nº 6110.2021/0010221-6

CONTRATANTE, enviando todas as documentações que por ventura foram solicitadas? (se sim, 1 ponto).			
<b>Subtotal – Desempenho Administrativo e Gerenciamento (máximo)= 6 pontos</b>			
<b>Total de Avaliação do Nível de Serviço (máximo)= 18 pontos</b>			

**Faixa de Pagamento conforme avaliação do serviço prestado:**

- A- 16 a 18 pontos= 100%
- B- 13 a 15 pontos= 90%
- C- 10 a 13 pontos= 80%
- D- 9 pontos ou menos= 70%

**SMS – Unidade:**

Nome:  
Função:  
RG:

**Empresa:**

Nome:  
Função:  
RG:

No caso da CONTRATADA não concordar em assinar a avaliação do nível do serviço, as testemunhas abaixo estão cientes e atestam que a avaliação ocorreu e o funcionário da empresa foi devidamente cientificado.

**Testemunha 1:**

Nome:  
Função:  
RG:

**Testemunha 2:**

Nome:  
Função:  
RG:

No caso de avaliações C e D, obrigatoriamente a empresa deverá fazer justificativa em até 5 dias úteis para análise da SMS e farão parte de processo de análise de não conformidade grave. O não envio ou a avaliação de não procedência da justificativa apresentará punição contratual nos termos da cláusula de penalidade do contrato.