

## SECRETARIA DE SAÚDE

### AVISO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025, para seleção de Organização da Sociedade Civil, nos termos da Lei Federal nº 13.019/2014, e suas alterações, e do Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações, para celebração do Termo de Colaboração, cujo objeto é O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE que assegure assistência universal e gratuita à população, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde-SUS, no âmbito do CER CAMPO GRANDE e HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA - PROCESSO Nº **SMS-PRO-2025/03172**

Aos onze dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e cinco, no Centro Administrativo São Sebastião/CASSPCRJ, sala 810 do Bloco I, a Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, sediada na Rua Afonso Cavalcanti nº. 455, 7º andar, Cidade Nova, Centro, CEP 20.211-901, Rio de Janeiro - RJ, neste ato representada pela Comissão Especial de Seleção (CES) designada pela RESOLUÇÃO SMS Nº 6493 DE 06 DE JUNHO DE 2025, publicada no Diário Oficial do Rio de 09 de junho de 2025, em face do que dispõe o Edital de Chamamento Público nº 002/2025, publicado no D.O. Rio de 12/05/2025, página 127, cujo objeto é O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE que assegure assistência universal e gratuita à população, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde-SUS, no âmbito do CER CAMPO GRANDE e HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA, que tem como fundamento Lei Federal nº 13.019, de 31.07.2014, e suas alterações; do Decreto Municipal nº 42.696, de 27.12.2016, e suas alterações; da Lei Federal nº 13.709, de 14.08.2018; do Decreto Municipal nº 21.083, de 20.02.2002 (cota para pessoas negras e mulheres); do Decreto Municipal nº 32.318, de 07.06.2010; do Decreto Municipal nº 50.026, de 16.12.2021; do Decreto Rio nº 50.033, de 16.12.2021; da Resolução CGM nº 1.285, de 23.02.2017; pelas normas do Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207, de 19.12.1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01, de 13.09.1990; pelas normas do Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221, de 18.09.1981, e suas alterações, no dia, hora e local estabelecidos, deu-se início às 10:18, sessão pública para recebimento dos documentos exigidos no itens 7 (condições de participação) e 8 (representação) do edital através de 2 (dois) pendrives de cada instituição interessada contendo no máximo 9 MB de cada arquivo, sendo realizado o upload e autenticação na plataforma processo. rio, figurando os seguintes proponentes e respectivos representantes:

| Instituição Proponente |                                                                      | Upload e autenticação na plataforma Processo.rio" |                               | Representante                                                        | Identificação          |                         |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
|                        |                                                                      | Condições de Participação                         | Representação no processo     |                                                                      | Número                 | Órgão Expedidor         |
| 1                      | Instituto de Gestão e Desenvolvimento - IGEDES                       | 4 arquivos<br>Fls. 3230-3974                      | 8 arquivos<br>Fls. 4316-4382  | Matheus Martins<br><br>Amorim Alexandre Santos Souza                 | 215895<br>003651126712 | OAB/RJ<br><br>DETRAN/RJ |
| 2                      | Instituto Gnosis                                                     | 23 arquivos<br>Fls.3975-4097                      | 14 arquivos<br>Fls. 4383-4450 | Luciana Paiva de Sousa Barcelos<br><br>Matheus Martins Alves Pereira | 136243<br><br>134510   | OAB/RJ<br><br>OAB/RJ    |
| 3                      | Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Mutuípe - IMAPS | 18 arquivos<br>Fls. 4098-4148                     | 7 arquivos<br>Fls. 4451-4507  | Victor Julio Bahia de Araujo dos Santos                              | 04270787776            | CNH/BA                  |
| 4                      | Instituto Vida e Saúde - INVISA                                      | 3 arquivos<br>Fls.4149-4204                       | 2 arquivos<br>Fls. 4508-4539  | Rodrigo Lopes Silva<br><br>Bruno Soares Ripardo                      | 96434<br>04084125216   | OAB/MG<br><br>Detran/RJ |
| 5                      | Projeto Social Cresce Comunidade - Prima Qualidade                   | 18 arquivos<br>Fls.4205-4315                      | 9 arquivos<br>Fls.4540-4579   | Pablo Siqueira dos Santos Souza                                      | 141641                 | OAB/RJ                  |

Iniciada a fase de entrega dos pen drives referentes às condições de participação do presente chamamento, as Organizações Sociais da Sociedade Civil **(i)** Instituto de Gestão e Desenvolvimento - IGEDES, **(ii)** Instituto Gnosis, **(iii)** Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Mutuípe - IMAPS **(iv)** Instituto Vida e Saúde INVISA **(v)** Projeto Social Cresce Comunidade - Prima Qualidade atenderam todas as exigências do item 7 do edital. Iniciada a fase da apresentação das Propostas e Habilitação nos termos do item 9 do Edital, as proponentes supracitadas apresentaram os envelopes A e B lacrados, sendo aberto o envelope A na presença de todos os interessados e participantes, contendo 1 (um) pen drive, sendo realizado o upload e autenticação na plataforma “processo rio” da seguinte forma:

| Instituição Proponente |                                                                      | Quantidade de arquivos | Upload e autenticação da proposta na plataforma “Processo.rio” |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1                      | Instituto de Gestão e Desenvolvimento - IGEDES                       | 35 arquivos            | Fls.4580-10279                                                 |
| 2                      | Instituto Gnosis                                                     | 18 arquivos            | Fls. 10282-12825                                               |
| 3                      | Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Mutuípe - IMAPS | 8 arquivos             | Fls.12826-13520                                                |
| 4                      | Instituto Vida e Saúde - INVISA                                      | 36 arquivos            | Fls. 13521-16156                                               |
| 5                      | Projeto Social Cresce Comunidade - Prima Qualidade                   | 25 arquivos            | Fls.16334-17839                                                |

Assim, finalizado o upload e autenticação das respectivas propostas na plataforma processo.rio na presença de todos os representantes, ficou marcada nova sessão para o dia 18 de junho de 2025, às 10:00 horas, para a divulgação do resultado/classificação e abertura do Envelope B do primeiro colocado, no mesmo local desta sessão, conforme itens 13.2 e 13.3 do Edital. A Comissão mantém sob sua guarda os envelopes “B” das participantes, devidamente lacrados, inclusive em malote específico sob o nº 5326379, nos termos do item 12.5.1 do edital. Nada mais havendo a constar, a Comissão de Seleção deu por encerrada a sessão às 14:47. A presente Ata foi lida e assinada por todos os membros da referida Comissão e representantes presentes devidamente credenciados.

| COMISSÃO ESPECIAL DE CHAMAMENTO                                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| NOME                                                                                                            | ASSINATURA |
| Fernando Rocha Santos<br>11/218.437-2                                                                           |            |
| Telma Regina Amorim da Silva<br>11/218.451-3                                                                    |            |
| William de Oliveira Santos<br>60/359.855-4                                                                      |            |
| Grace Elaine Louzada Mello<br>13/3219904                                                                        |            |
| Judson Alvarenga da Silva Oliveira<br>40/538.926                                                                |            |
| PROPONENTES                                                                                                     |            |
| Instituto de Gestão e Desenvolvimento - IGEDES<br>Matheus Martins Amorim                                        |            |
| Instituto Gnosis<br>Matheus Martins Alves Pereira                                                               |            |
| Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Mutuípe - IMAPS<br>Victor Julio Bahia de Araujo dos Santos |            |
| Instituto Vida e Saúde - INVISA<br>Rodrigo Lopes Silva                                                          |            |
| Projeto Social Cresce Comunidade - Prima Qualidade<br>Pablo Siqueira dos Santos Souza                           |            |

**AVISO**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2025**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2025 SOB A MODALIDADE DE CREDENCIAMENTO, PARA FINS DE CONTRATAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PRIVADOS INTERESSADOS EM PARTICIPAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, DE FORMA COMPLEMENTAR PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA.**

### 1. INTRODUÇÃO

**1.1.** O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, por meio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, torna público que fará realizar CHAMAMENTO PÚBLICO, sob a modalidade de CREDENCIAMENTO E CONTRATAÇÃO de estabelecimentos de saúde privados com ou sem fins lucrativos, localizados no Município do Rio de Janeiro, interessados na prestação de serviços técnicos – profissionais em **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA** do Sistema Único de Saúde, devidamente descritos, caracterizados e especificados neste ato convocatório e no Termo de Referência, na forma da lei.

**1.2.** O presente Chamamento Público se rege por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas de caráter geral da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, pela Lei Complementar Federal nº. 123, de 14/12/2006 – Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte, pela Lei Complementar Federal nº. 101, de 04/05/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal, pelo Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei Federal nº. 8.078, de 11/09/1990 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro – CAF, instituído pela Lei nº. 207, de 19/12/1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 01, de 13/09/1990, pelo Regulamento Geral do Código supracitado – RGCAF, aprovado pelo Decreto Municipal nº. 3.221, de 18/09/1981, e suas alterações, pela Lei Municipal nº. 4.978, de 09/12/2008, e pelos Decretos Municipais nº. 15.350 de 06/12/1996, nº. 17.907, de 20/09/1999, nº. 21.083, de 20/02/2002, nº. 21.253, de 05/04/2002, nº. 22.136, de 16/10/2002, nº. 31.349, de 12/11/2009, nº. 51.633, de 09/11/2022 e nº. 51.985, de 03/02/2023, pela Resolução Conjunta SMS/SMF/CGM nº. 27 de 30/03/1999, pela NOAS – SUS nº. 01, de 26/01/2001, bem como pelos preceitos de Direito Público, pelas disposições deste Edital e de seus anexos, normas que as candidatas declaram conhecer e a elas se sujeitarem incondicional e irrestritamente.

**1.3.** O presente Chamamento Público se rege ainda pela Lei Federal nº. 4.320, de 17/03/1964, pelo artigo 199, §1º, da Constituição da República Federativa do Brasil, pela Lei nº. 8.080, de 19/09/1990 e suas alterações, Decreto nº. 7.508, de 28/06/2011, Lei nº. 13.709, de 14/08/2018, pela Portaria GM/MS nº. 957, de 15/05/2008, pela Portaria SAS/MS nº. 288, de 19/05/2008, pela Portaria GM/MS nº. 1.559, de 01/08/2008, Portaria GM/MS nº. 1.631, de 01/10/2015, pela Portaria de Consolidação GM/MS nº. 01, de 28/09/2017, pela Portaria de Consolidação GM/MS nº. 02, de 28/09/2017, Portaria SCTIE/MS nº. 51, de 11/11/2020, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 17, de 01/10/2021, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 04, de 04/03/2022, pela Portaria de Consolidação SAES/MS nº. 01 de 22/02/2022, Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 28, de 06/12/2023, pela Portaria GM/MS nº. 3.492, de 08/04/2024, Portaria SAES/MS nº. 1.821, de 11/06/2024, Portaria SAES/MS nº. 2.331, de 10/12/2024, Portaria SAES/MS nº. 2.630, de 06/03/2025, Portaria SAES/MS nº. 2.723, de 31/03/2025, pela Resolução de Diretoria Colegiada- RDC nº. 50, de 21/02/2002; RDC nº. 63, de 25/11/2011; RDC nº. 509 de 27/05/2021, ABNT NBR-9050, publicada em 25/01/2021 e toda legislação aplicável.

**1.4.** Este documento tem por objetivo informar às instituições candidatas à prestação de serviços técnicos – profissionais na área de **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS EM OFTALMOLOGIA**, à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS RIO, as expectativas desta quanto à qualidade dos serviços a serem adquiridos, a forma de participação no Edital, o processo de escolha das participantes e a forma de ressarcimento, conforme é detalhado a seguir. Poderão participar do Edital todas as entidades que, estabelecidas no Município do Rio de Janeiro, dispuserem desses serviços conforme especificado no Termo de Referência deste Edital e que estiverem interessadas, temporariamente, em integrar o Sistema Único de Saúde na Cidade.

**1.5.** As retificações do Edital, por iniciativa oficial ou provocada por eventuais impugnações, serão acatadas por todos os participantes e serão divulgadas pela mesma forma que se deu publicidade ao presente Edital, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a modificação não alterar a formulação das propostas.

**1.6.** O presente Chamamento Público, que é objeto do presente Edital, poderá ser adiado ou revogado por razões de interesse público, sem que caiba aos prestadores interessados qualquer direito a reclamação ou indenização por estes motivos, de acordo com o artigo 387, do RGCAF e do Decreto Municipal nº. 15.350 de 06/12/1996 c/c o artigo 71 da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021.

**1.7.** Os prestadores interessados poderão obter o presente Edital e seus anexos no endereço eletrônico <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/chamadas-publicas/>, ou, alternativamente, obtê-lo, em meio magnético, mediante retirada na S/SUBGERAL/CGCCA, situada na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco I, sala 825 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ - CEP 20211-901, de 2ª à 6ª feira, no horário de 10h às 16h, devendo comparecer munido de pen drive para a gravação dos arquivos ou solicitar por meio do e-mail [seccgca@regulacaorioj.com.br](mailto:seccgca@regulacaorioj.com.br)

**1.8.** Os interessados poderão solicitar esclarecimentos acerca do objeto deste edital ou interpretação de qualquer de seus dispositivos até 07 (sete) dias úteis antes do encerramento do prazo de acolhimento de propostas, por meio físico e protocolado no endereço e horário expresso no item 1.7.

**1.8.1.** Caberá ao Presidente da Comissão de Credenciamento responder aos pedidos de esclarecimentos até 02 (dois) dias úteis antes do encerramento do prazo de acolhimento de propostas, com encaminhamento de cópia da resposta para todos os interessados.

**1.9.** Os interessados poderão formular impugnações ao Edital até 07 (sete) dias úteis antes do encerramento do prazo de acolhimento de propostas, no endereço e horário expresso no item 1.7.

**1.9.1.** Caberá à AUTORIDADE SUPERIOR, auxiliada pelo Presidente da Comissão de Credenciamento, decidir sobre a impugnação até 01 (um) dia útil antes do encerramento do prazo de acolhimento de propostas, com encaminhamento de cópia da resposta para todos os interessados, observado o disposto no item 1.5.

**1.10.** O Chamamento Público não prosseguirá nos atos ulteriores até que sejam prestados os esclarecimentos ou respondidas às impugnações existentes. Oferecida à resposta da Administração, os prazos ficam mantidos, salvo quando houver designação expressa de outra data pela Comissão de Credenciamento a ser divulgada pelos mesmos meios de divulgação do Edital.

**1.11.** As Unidades Prestadoras de Serviços de caráter filantrópico ou as sem fins lucrativos terão prioridade, conforme o prescrito no parágrafo 1º do artigo 199 da Constituição Federal, desde que cumpram os requisitos das legislações específicas, federal e municipal, bem como o disposto no Termo de Contrato e no Termo de Referência.

**1.12.** A descrição das siglas utilizadas ao longo do presente instrumento corresponde, respectivamente, às instâncias e instrumentos dispostos adiante:

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**CAC** – Comissão de Acompanhamento de Contrato.

**CAF** – Código de Administração Financeira.

**CEC** – Comissão Especial de Credenciamento.

**CGCR** – Coordenadoria Geral do Complexo Regulador da SMS RIO.

**CGCCA** – Coordenadoria Geral de Contratualização, Controle e Auditoria.

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**FCNES** – Ficha de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**MS** – Ministério da Saúde.

**OCI** – Ofertas de Cuidados Integrados

**SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

**SISREG** – Sistema Nacional de Regulação.

**SMS RIO** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**SUBGERAL** – Subsecretaria Geral.

**SUS** – Sistema Único de Saúde.

## 2. AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE CHAMAMENTO PÚBLICO

**2.1.** Autorização da Exma. Sra. Subsecretária Geral da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme art. 252 do CAF, constante do Processo Administrativo SMS-PRO-2025/29253, publicada no D.O. RIO nº. 55, de 06 de junho de 2025, p. 44.

## 3. DO OBJETO

**3.1.** O objeto do presente Chamamento Público é a prestação de serviços técnicos – profissionais em **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS EM OFTALMOLOGIA**, de forma complementar ao SUS, a serem referenciados de acordo com normas técnicas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, para a realização dos procedimentos elencados no Termo de Referência em anexo, e devidamente regulados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro através Sistema de Regulação Ambulatorial - SISREG, conforme especificações constantes no Termo de Referência e do Documento Descritivo definido entre as partes nos limites da Ficha de Programação Orçamentária (FPO).

**3.2.** O atendimento aos usuários do SUS deve contemplar todas as atividades, procedimentos, atos e serviços necessários e vinculados à prestação dos serviços contratados.

**3.3.** Os serviços que vierem a ser contratados serão remunerados, no máximo, pelos valores unitários constantes na Tabela de Procedimentos do SUS através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, disponível no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br>, em vigor na data de realização do evento. Poderão ainda receber incentivos financeiros de acordo com Portarias Ministeriais que possam vir a ser publicadas em decorrência de habilitação na área de **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS EM OFTALMOLOGIA**.

**3.4.** Todos os prestadores que acudirem ao presente Edital e forem declarados habilitados nos termos deste instrumento convocatório serão convocados para contratação dos serviços a serem realizados de forma integrada à rede de serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS RIO.

**3.5.** Os atendimentos deverão obrigatoriamente ter caráter ambulatorial/hospital-dia e devem contemplar atendimentos a adultos, adolescentes e crianças.

**3.6.** A execução da programação físico-financeira prevista neste edital dependerá da demanda por esses serviços pela rede assistencial, por meio do sistema de regulação oficial, bem como da disponibilidade orçamentária definida para o exercício correspondente, no âmbito da Lei Orçamentária Anual e eventuais créditos e cancelamentos de dotação orçamentária que vierem a ocorrer.

**3.7.** A gestão do quantitativo de vagas ofertadas pelas empresas contratadas ficará a cargo da administração municipal, de modo a garantir o cumprimento ao item 3.6.

## 4. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

**4.1.** Os recursos necessários à realização dos serviços ora apresentados correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

**PROGRAMA DE TRABALHO:** 20.1803.10.302. 0564. 5709.

**NATUREZA DA DESPESA:** 339039.

**ITEM PATRIMONIAL:** 286 SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA - GESTÃO PLENA

**FORTE DE RECURSO:**1600181 e 1500119.

**4.2.** O demonstrativo contendo a estimativa anual prevista encontra-se no Anexo I do Termo de Referência, totalizando a importância de: R\$ 85.447.013,04 (oitenta e cinco milhões quatrocentos e quarenta e sete mil e treze reais e quatro centavos).

## 5. DOS PRAZOS

**5.1.** O CONTRATO vigorará por 60 (sessenta) meses a contar da data de sua assinatura, sendo este com eficácia a partir da data da sua publicação do instrumento correspondente no Portal Nacional de Contratações Públicas.

**Parágrafo Único** – O prazo de execução dos serviços poderá ser alterado nos termos da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021 e, conforme determinação do Chefe do Poder Executivo.

**5.2.** Os interessados ficam obrigados a manter a validade da proposta por 60 (sessenta) dias, contados da data da habilitação no Chamamento Público.

**5.3.** Decorrido o prazo consignado no item anterior sem que tenha havido convocação para assinatura do Termo de Contrato, os prestadores ficarão liberados de quaisquer compromissos assumidos.

**5.4.** O prazo de validade do presente Edital de Chamamento Público será de 12 (doze) meses, a contar da data de sua publicação, prorrogável uma vez, por igual período.

**5.5.** Na contagem dos prazos, é excluído o dia de início e incluído o do vencimento. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente na Administração Pública Municipal.

**5.6.** Os motivos de força maior que, a juízo da Secretaria Municipal de Saúde, possam justificar a suspensão da contagem de prazo, com a prorrogação do contrato a ser firmado, somente serão considerados quando apresentados na ocasião das respectivas ocorrências. Não serão considerados quaisquer pedidos de suspensão da contagem de prazo baseados em ocorrências não aceitas pela fiscalização ou apresentados intempestivamente.

## 6. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

**6.1.** Os interessados em participar do presente Chamamento Público, integrantes ou não da rede de serviços complementares do Sistema Único de Saúde, devem ofertar, ao gestor, os procedimentos descritos no Anexo I do Termo de Referência, conforme requisitos de qualificação exigidos neste Edital e respectivo Termo de Referência. Os interessados deverão apresentar proposta, por escrito, endereçada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em envelope lacrado, contendo em sua parte externa e frontal os seguintes dizeres:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO  
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025  
A/C COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE/SMS RIO DE JANEIRO – **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS EM OFTALMOLOGIA**  
INTERESSADO: .....  
CNPJ: .....

**6.2.** Os interessados poderão, opcionalmente ao item 6.1, apresentar a proposta em formato digital em 01 (um) pen drive específico contendo os documentos exigidos nos Itens 6.4.2; 6.4.3; 6.4.4; 6.4.5; 6.4.6; 6.4.7 e 6.4.8 e nos seus subitens apresentados no formato .PDF, com tamanho máximo de 9 MB (nove megabytes) cada um, nomeados conforme os subitens. Exemplo de arquivo com a documentação correspondente ao item 6.4.2.1: 6.4.2.1\_id\_empresa\_cnpj\_endereco\_tel\_email.PDF

**6.3.** Não serão admitidas neste Chamamento Público as empresas suspensas do direito de licitar, no prazo e nas condições do impedimento, e as declaradas inidôneas pela Administração Direta ou Indireta, inclusive Fundações, do Município do Rio de Janeiro.

**6.4.** Não será permitida a participação de candidatos cujos dirigentes, gerentes, sócios sejam servidores da Administração Direta ou Indireta do Município, ou que o tenham sido nos últimos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data deste procedimento. Será vedada também a participação de candidatos que possuam em seus quadros funcionais, profissional que tenha ocupado cargo integrante dos 1º e 2º escalões da Administração Direta ou Indireta do Município, nos últimos 12 (doze) meses, devendo apresentar declaração de atendimento a tal requisito.

**6.5.** Não serão aceitas no presente Chamamento Público as interessadas que tenham participado da elaboração do(s) projeto(s) relacionado(s) ao objeto do presente, bem como aqueles cujo quadro técnico seja integrado por profissional que tenha atuado como autor ou colaborador do Termo de Referência.

**6.6.** Os interessados deverão entregar suas propostas na S/SUBGERAL/CGCCA, situada na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco I, sala 825 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ - CEP 20211-901, de 2ª à 6ª feira no horário de 10h às 16h, a partir da data de publicação do presente Edital de Chamamento Público, conforme prazo estabelecido no item 6.10, devendo conter dentro do envelope, originais ou cópias devidamente autenticadas dos documentos a seguir relacionados, bem como as declarações constantes nos Anexos V ao XIX deste Edital:

### 6.7. Ofício de Apresentação

**6.7.1.1.** Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Endereço, Telefone e e-mail do proponente.

**6.7.1.2.** Ficha do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - FCNES.

**6.7.1.3.** Especificação clara e detalhada do quantitativo mínimo e máximo de procedimentos/mês que poderão ser ofertados ao SUS, discriminados conforme Procedimentos da Tabela SUS em vigor e especificação delimitada no Termo de Referência.

**6.7.1.4.** Relação de equipamentos disponíveis, com descrição da capacidade de produção mensal de serviços, suficiente sob a perspectiva quantitativa e qualitativa para a execução do escopo de serviços propostos, em conformidade com o Item 2 (requisitos técnicos) do Termo de Referência.

**6.7.1.5.** Declaração de que o estabelecimento realiza, no mínimo, 05 (cinco) anos de atividade no setor de atendimento ao público.

**6.7.1.6.** Declaração de que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências encontradas.

### 6.8. Regularidade Jurídica

**6.8.1.1.** Registro comercial, no caso de empresa individual.

**6.8.1.2.** Alvará de Funcionamento.

**6.8.1.3.** Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, documentos de eleição de seus administradores, e cópia de identificação do representante legal proponente.

**6.8.1.4.** Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedade simples, acompanhada da prova da composição da diretoria em exercício.

**6.8.1.5.** A sociedade simples que não adotar um dos tipos societários regulados no Código Civil deverá mencionar no respectivo ato constitutivo as pessoas naturais incumbidas de sua administração, exceto se assumir a forma de sociedade cooperativa.

**6.8.1.6.** A prova da investidura dos administradores da sociedade limitada eventualmente designados em ato separado do Contrato Social, mediante termo de posse no livro de atas da Administração e averbação no registro competente.

**6.8.1.7.** Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país e ato de registro ou autorização para funcionamento pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

**6.8.1.8.** Na hipótese de existir alteração nos documentos citados acima posteriormente à constituição da sociedade, os referidos documentos deverão ser apresentados de forma consolidada, contendo todas as cláusulas em vigor.

**6.8.1.9.** As sociedades cooperativas deverão fornecer os seguintes documentos, de forma atualizada e consolidada:

- (a) Ato constitutivo.  
(b) Estatuto acompanhado da ata da Assembleia que o aprovou.  
(c) Regimento interno acompanhado da ata da Assembleia que o aprovou.  
(d) Regimentos dos fundos instituídos pelos cooperados acompanhados das atas das Assembleias que os aprovaram.  
(e) Atas das Assembleias Gerais em que foram eleitos os dirigentes e conselheiros da cooperativa.  
(f) Registro de presença dos cooperados nas 03 (três) últimas Assembleias Gerais.  
(g) Ata da sessão em que os cooperados autorizam a cooperativa a contratar o objeto deste certame, acompanhada dos documentos comprobatórios da data de ingresso de cada qual na cooperativa.  
(h) Certificado de Registro Cadastral - Sistema de Cadastro de Fornecedores (CRC - SICAF).  
**6.9. Regularidade Econômico-Financeira**  
**6.9.1.1.** Balanço patrimonial e demonstrações contábeis dos (2) dois últimos exercícios sociais, já exigíveis e apresentados na forma da lei, devidamente registrados na Junta Comercial do Estado de sua sede ou domicílio ou em outro órgão equivalente, devendo apresentar:

$$\text{ILG} = \frac{\text{ATIVO CIRCULANTE} + \text{REALIZÁVEL EM LONGO PRAZO}}{\text{PASSIVO CIRCULANTE} + \text{PASSIVO NÃO CIRCULANTE}}$$

- (b) Índice de Liquidez Corrente (ILC) igual ou maior que 01. Será considerado como Índice de Liquidez Corrente o quociente da divisão do Ativo Circulante pelo Passivo Circulante.

$$\text{ILC} = \frac{\text{ATIVO CIRCULANTE}}{\text{PASSIVO CIRCULANTE}}$$

- (c) Índice de Endividamento (IE) menor ou igual a 01. Será considerado Índice de Endividamento o quociente da divisão da soma do Passivo Circulante com o Passivo Não Circulante pelo Patrimônio Líquido.

$$\text{IE} = \frac{\text{PASSIVO CIRCULANTE} + \text{PASSIVO NÃO CIRCULANTE}}{\text{PATRIMÔNIO LÍQUIDO}}$$

- 6.9.1.2.** O interessado que não alcançar o índice (ou quaisquer dos índices) acima exigido (s), conforme o caso, deverá comprovar que possui patrimônio líquido mínimo equivalente a até 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, nos termos do artigo 69, § 4º, da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021. A comprovação será obrigatoriamente feita pelo balanço patrimonial e demonstrações contábeis dos 02 (dois) últimos exercícios sociais, já exigíveis e apresentados na forma da lei.  
**6.9.1.3.** A unidade que utiliza a Escrituração Contábil Digital – ECD deverá apresentar o balanço patrimonial autenticado na forma eletrônica, pelo Sistema Público de Escrituração Digital – SPED, acompanhado do termo de autenticação eletrônica da Junta Comercial dos termos de abertura e de encerramento do Livro Diário.  
**6.9.1.4.** Serão considerados e aceitos como na forma da lei os balanços patrimoniais e demonstrações contábeis que contenham as seguintes exigências:  
**6.9.1.5.** Quando se tratar de sociedades anônimas, o balanço deverá ser apresentado em publicação no Diário Oficial do Estado de sua sede e jornais de grande circulação.  
**6.9.1.6.** Quando se tratar de outro tipo societário, o balanço patrimonial acompanhado dos termos de abertura e de encerramento do Livro Diário deverá ser devidamente autenticado na Junta Comercial da sede ou domicílio da entidade ou em outro órgão equivalente.  
**6.9.1.7.** Certidões negativas de feitos sobre falência, recuperação judicial e extrajudicial expedidas pelo distribuidor da sede da entidade. Para as entidades sediadas na Cidade do Rio de Janeiro, a prova será feita mediante apresentação de certidões do 2º Registro de Distribuição e pelos 1º e 2º Ofícios de Interdições e Tutelas.  
**6.9.1.8.** As unidades sediadas em outras comarcas do Estado do Rio de Janeiro ou em outros Estados, mas com filial no Município do Rio de Janeiro, deverão apresentar, juntamente com as certidões negativas exigidas, declaração passada pelo foro de sua sede, indicando quais os Cartórios ou Ofícios de Registros que controlam a distribuição de falências, recuperação judicial e extrajudicial, e insolvência civil.

#### **6.10. Regularidade Fiscal:**

- 6.10.1.** Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver relativo ao domicílio ou sede da entidade, pertinente à atividade empresarial objeto deste Chamamento Público.  
**6.10.2.** Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver relativo ao domicílio ou sede da entidade, pertinente à atividade empresarial objeto deste Chamamento Público.  
**6.10.3.** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ.  
**6.10.4.** Prova de regularidade com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- (a) A prova de regularidade com a Fazenda Federal será efetuada por meio da Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais, inclusive contribuições sociais, e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN.  
(b) A prova de regularidade com a Fazenda Estadual será feita por meio da apresentação da certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços e certidão negativa ou positiva com efeito negativo da Dívida Ativa, ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a interessada, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição estadual.  
(c) A prova de regularidade com a Fazenda Municipal será feita por meio da apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza e certidão negativa ou positiva com efeito negativo da Dívida Ativa ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a interessada, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição municipal.  
(d) Certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto Predial e Territorial Urbano. Não sendo a interessada proprietária do imóvel onde está localizada a sua sede, deverá apresentar declaração própria, atestando essa circunstância.  
(e) No caso de interessada domiciliada em outro município, mas que possua filial ou escritório no Município do Rio de Janeiro, essa deverá apresentar, em relação à filial ou ao escritório, certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza e do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana e certidão negativa ou positiva com efeito negativo da Dívida Ativa ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a interessada, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição municipal. Não sendo a interessada proprietária do imóvel onde está localizada a sua filial ou escritório, deverá apresentar declaração própria atestando essa circunstância.

- (f) Prova de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – CRF-FGTS, fornecido pela Caixa Econômica Federal nos termos da Lei nº. 8.036, de 11/05/1990.  
(g) As microempresas e empresas de pequeno porte deverão apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição.  
**I.** Caso a documentação apresentada pela microempresa ou empresa de pequeno porte contenha alguma restrição, lhe será assegurado o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do momento em que o proponente for declarado habilitado, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.  
**II.** O prazo acima será prorrogado por igual período, mediante requerimento do interessado, ressalvadas as hipóteses de urgência na contratação ou prazo insuficiente para o empenho.  
**III.** A não regularização da documentação no prazo estipulado implicará a decadência do direito à contratação, sem prejuízo do disposto no artigo 90, §5º da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021.  
(h) As microempresas e empresas de pequeno porte optantes pelo Regime Simplificado de Tributação - SIMPLES deverão apresentar a declaração constante no Anexo IV da Instrução Normativa RFB Nº. 1234, de 11/01/2012.

#### **6.11. Regularidade Trabalhista:**

- 6.11.1.** Declaração firmada pela unidade de que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de que não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, salvo maiores de 14 (quatorze) anos na condição de aprendiz, sob as penas da lei.  
**6.11.2.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com efeito negativo.  
**6.11.3.** Declaração firmada pela unidade de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social.  
**6.12. Regularidade Técnica Geral:**  
**6.12.1.** Licenciamento Sanitário.  
**6.12.2.** Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica.  
**6.12.3.** Identificação e titularidade do profissional responsável.  
**6.12.4.** Declaração dos sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no SUS, nos termos do parágrafo quarto do artigo 26 da Lei Federal nº. 8.080/90.  
**6.12.5.** Declaração de que o Representante Legal de que tomou conhecimento de todas as informações e das condições para o cumprimento das obrigações objeto do Chamamento Público.

#### **6.13. Regularidade Técnica Específica:**

- 6.13.1.** Os requisitos deste item serão apurados pela respectiva área técnica e pelo Componente Municipal de Auditoria que realizará visita para apurar a conformidade dos serviços prestados.  
**6.13.2.** A entrega da documentação acima estabelecida implica manifestação de interesse no credenciamento e na contratação, bem como aceitação e submissão, independente de manifestação expressa, a todas as normas e condições deste Edital.  
**6.13.3.** Não será aceito fax, correio eletrônico ou protocolo de nenhum documento solicitado.  
**6.13.4.** Os documentos exigidos no Item 6 poderão ser apresentados no original ou em cópia reprográfica autenticada em ambos os lados, frente e verso, se este último contiver notações ou outras informações relevantes, rubricados pelo representante legal da unidade, em qualquer caso, e acompanhados das respectivas certidões de publicação no órgão da imprensa oficial, quando for o caso. As folhas da documentação serão numeradas em ordem crescente e não poderão conter rasuras ou entrelinhas. Na hipótese de falta de numeração, numeração equivocada ou ainda inexistência de rubrica do representante legal nas folhas de documentação, poderá a Comissão Especial de Credenciamento solicitar ao representante da unidade, devidamente identificado e que tenha poderes para tanto, que, durante a sessão de abertura das propostas, sane a incorreção. Somente a falta de representante legal ou a recusa do mesmo em atender ao solicitado é causa suficiente para inabilitação da unidade no referido edital.  
**6.13.5.** As propostas que não estiverem em consonância com as exigências deste Edital serão desclassificadas.  
**6.13.6.** Somente serão admitidas a participar deste credenciamento as pessoas jurídicas que comprovem regularidade jurídica e fiscal e técnica, capacidade operacional; apresentem todos os documentos exigidos no Edital e aceitem as exigências estabelecidas nas normas do Sistema Único de Saúde - SUS e pertençam ao ramo de atividade pertinente ao objeto.  
**6.13.7.** Fica estabelecido o prazo máximo de 15 (quinze) dias, excluído o dia da publicação e incluído o último dia, a contar da data de publicação do presente Edital, para que os interessados entreguem suas propostas no endereço informado no Item 1.7.  
**6.13.8.** Excepcionalmente, mediante justificativa da SMS, será admitido o credenciamento de prestadores de serviço com restrição na documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista ou que descumpra um ou mais requisitos de habilitação, ressalvados a exigência de apresentação de prova de regularidade relativa à Segurança Social e o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do caput do art. 7º da Constituição.

## **7. JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO E DAS PROPOSTAS**

- 7.1.** O Chamamento Público será realizado em uma única etapa de exame da documentação exigida pela Comissão Especial de Credenciamento.  
**7.2.** A análise será feita pela Comissão Especial de Credenciamento (CEC), a ser designada pelo Secretário Municipal de Saúde, composta por 03 (três) servidores municipais, devendo ser observado o prazo de 02 (dois) dias úteis para análise das propostas, após o encerramento do prazo de entrega da documentação, prorrogável por igual período.  
**7.3.** Será considerada habilitada a entidade que preencher integralmente os requisitos do Edital, ressalvadas as hipóteses previstas neste instrumento.  
**7.4.** Será declarada inabilitada a entidade que apresentar qualquer inconformidade com o Edital.  
**7.5.** À CEC caberá: receber, analisar, comentar, esclarecer, discutir, aprovar ou reprovar o credenciamento, receber recursos, emitir pareceres ou, obrigatoriamente, em caso de manutenção de decisão contrária, encaminhar à superior apreciação e julgamento.  
**7.6.** À CEC, além do recebimento e exame da documentação e da análise para habilitação do interessado, caberá, em obediência às disposições estabelecidas neste Edital e demais legislações pertinentes, conduzir as atividades correlatas.  
**7.7.** As informações relativas aos serviços ofertados e à capacidade instalada serão certificadas através de vistoria pela área técnica, a realizar-se a qualquer tempo, após a verificação da documentação, sendo passível de inabilitação quando constatado que as mesmas não atendem ao presente Edital ou não conferem com o apresentado.  
**7.8.** É facultada à CEC ou à autoridade superior, em qualquer fase do Chamamento Público, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originalmente da proposta.  
**7.9.** Serão também declarados inabilitados os interessados:  
(a) Que, por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, inclusive Fundações, em ambos os casos, Municipal, bem como as que estiverem em regime de recuperação judicial, extrajudicial ou falência.  
(b) Inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao órgão fiscalizador da classe sejam financeiras ou de registro profissional, bem como os que possuam qualquer nota desabonadora emitida pelo mesmo.

- (c) Terão o pedido de credenciamento indeferido os interessados que não apresentarem a documentação exigida ou, se apresentada, não for aprovada, importando na exclusão do direito de participar da fase de contratação.
- (d) Anteriormente descredenciados pela SMS RIO por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.
- (e) Que não estiverem estabelecidas, para a prestação dos serviços, no Município do Rio de Janeiro.

## 8. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E DOS RECURSOS

- 8.1.** Analisada a documentação para verificação do cumprimento das exigências do Edital, a SMS RIO divulgará os nomes dos classificados, em lista preliminar, por meio de publicação de ato específico no Diário Oficial do Município.
- 8.2.** Os interessados poderão recorrer do resultado publicado em relação à inabilitação, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis contados do primeiro dia útil subsequente à data da divulgação prevista no item 7.2, ficando, nesse período, autorizada vista ao seu processo na CEC.
- 8.3.** O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado à fase de recurso.
- 8.4.** O recurso será protocolado na CEC, ficando estabelecido prazo de até 05 (cinco) dias úteis para reconsiderá-lo ou encaminhá-lo para análise do Gestor, que terá igual prazo para análise e decisão.
- 8.5.** Os recursos poderão ser recebidos via correio eletrônico (seccgca@regulacaoriorj.com.br), desde que apresentados no formato .PDF, com tamanho máximo de 9 MB (nove megabytes) cada documento, nomeados conforme os subitens aos quais se quer recorrer, observando o prazo estabelecido neste Edital. Exemplo de arquivo com apresentação de recurso referente à documentação correspondente ao item 6.4.2.1: recurso\_item\_6.4.2.1\_id\_empresa\_cnpj\_endereco\_tel\_email.PDF.
- 8.6.** Somente serão conhecidos os recursos tempestivos, motivados e não protelatórios.
- 8.7.** Não serão admitidos mais de um recurso do interessado versando sobre o mesmo motivo de contestação.
- 8.8.** Ao recurso não será conferido efeito suspensivo.

## 9. DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

- 9.1.** Para habilitação dos interessados serão considerados os seguintes critérios:
- 9.2.** Atender integralmente às normas do SUS.
- 9.3.** Estar constituído como pessoa jurídica.
- 9.4.** Estar em dia com suas obrigações fiscais conforme disposto no item 6.4.5.
- 9.5.** Realizar, efetivamente, os procedimentos contratados.
- 9.6.** Dispor de capacidade instalada para atender a demanda contratada pela SMS RIO.
- 9.7.** Atender à necessidade de distribuição geográfica dos serviços.
- 9.8.** Cumprir o disposto no Regulamento Técnico da ANVISA e demais órgãos.
- 9.9.** A CONTRATADA não poderá subcontratar, nem ceder sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE e sempre mediante instrumento próprio, a ser publicado na imprensa oficial.

## 10. DAS REGRAS DE CONTRATAÇÃO

- 10.1.** As atividades pactuadas no âmbito do Termo de Referência deverão estar em conformidade com as seguintes diretrizes:
- 10.1.1.** Os serviços serão contratados conforme os parâmetros previstos no Termo de Referência.
- 10.1.2.** O prestador deve garantir a oferta e a execução dos procedimentos contratados.
- 10.2.** Assim, a unidade contratada deverá, portanto, constituir fluxos internos para atender aos encaminhamentos necessários aos usuários.
- 10.3.** O custo por procedimento encontra-se descrito na Programação Físico - Orçamentária (Anexo I do Termo de Referência). Assim, o prestador será remunerado conforme a execução de cada procedimento envolvido no respectivo Termo de Referência/ Documento Descritivo.
- 10.4.** O prestador deve garantir a oferta de determinadas consultas clínicas em Oftalmologia, respeitando as seguintes proporções:
- 10.4.1.** 01 Cirurgia de Catarata para 08 Consultas em Oftalmologia - Geral;
- 10.4.2.** 01 Cirurgia de Catarata para 04 Consultas em Oftalmologia - Plástica Ocular;
- 10.4.3.** 01 Consulta Diagnóstico glaucoma para 03 Consultas de Acompanhamento de Glaucoma (diagnóstico/reavaliação glaucoma);
- 10.4.4.** 01 Fotocoagulação a laser- Retina para cada 03 OCI RETINOPATIA DIABÉTICA. **EXEMPLO:** Para cada cirurgia de catarata a ser realizada, o prestador deve oferecer, NO MÍNIMO, 08 consultas clínicas em Oftalmologia - Geral ou mais
- 10.5.** O prestador pode oferecer maior proporção de consultas em oftalmologia desde que garanta a proporção conforme item 10.3, de acordo com a capacidade instalada.
- 10.6.** A contratação, oferta e execução dos procedimentos deverão estar condicionadas a um Pacote de Procedimentos, composto por um procedimento principal e demais procedimentos secundários. Assim, para cada procedimento principal contratado e ofertado, o prestador deverá executar necessariamente os procedimentos secundários relacionados.
- 10.7.** A eventual mudança de endereço do estabelecimento da CONTRATADA deverá ser imediatamente comunicada ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o CONTRATANTE rever as condições deste Contrato, e até mesmo extingui-lo, se entender conveniente.

## 11. DA CONVOCAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO E CONTRATAÇÃO

- 11.1.** Será efetivado o credenciamento e a contratação dos serviços dos interessados cujos nomes constarem na Publicação da Homologação Final. O credenciamento não obriga a Administração a efetivar a contratação de maneira imediata, de modo que os prestadores credenciados terão seus contratos formalizados na medida em que sejam requisitados pela SMS RIO.
- 11.2.** Para o ato de credenciamento e contratação, os interessados habilitados constantes na Publicação da Homologação Final devem apresentar-se no prazo estabelecido em notificação ou convocação.
- 11.3.** Integra o presente Edital, sob a forma de Anexo, a minuta do Contrato cujas disposições disciplinam as relações entre a SMS RIO e os interessados habilitados.
- 11.4.** A SMS RIO convocará os interessados habilitados para a assinatura do respectivo Contrato, com uma antecedência mínima de 02 (dois) dias úteis.
- 11.5.** Havendo recusa em assinar o Contrato, é facultado à SMS RIO, redistribuir os itens contratados entre as demais contratadas, até o limite previsto no Edital.
- 11.6.** O prestador será responsável, na forma do contrato, pela qualidade dos serviços prestados e dos materiais empregados, em conformidade com as especificações do termo de referência, com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, e demais normas técnicas pertinentes, a ser atestada pela SMS RIO. A ocorrência de desconformidade implicará no refazimento do serviço por não atender às especificações contidas no Termo de Referência que integra este Edital, sem ônus para a SMS RIO e sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis.

- 11.7.** O prestador será responsável, na forma do Contrato, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, tributárias, previdenciárias e trabalhistas, por todas as despesas decorrentes de eventuais trabalhos noturnos, e por todos os danos e prejuízos que, a qualquer título, causar a terceiros, em especial, mas não limitado, aos concessionários de serviços públicos, em virtude da execução dos serviços a seu encargo, respondendo por si, seus empregados, prepostos e sucessores.
- 11.8.** No momento da assinatura do Contrato, a contratada deverá apresentar, quando couber, relação nominal de seus empregados, com a devida documentação comprobatória, demonstrando cumprir o disposto nas políticas de inclusão estabelecidas na legislação em vigor.
- 11.9.** Sendo a unidade contratada microempresa ou empresa de pequeno porte optante pelo Regime Simplificado de Tributação – SIMPLES deverá apresentar cópia da comunicação encaminhada à Receita Federal do Brasil, com comprovante de entrega e recebimento, informando acerca da assinatura do contrato de prestação de serviços com fornecimento de mão-de-obra, no prazo previsto no art. 30, § 1º, inciso II, da Lei Complementar Federal nº. 123, de 14/12/2006, na hipótese de contratação com fornecimento de mão-de-obra fora do estabelecimento da contratada.
- 11.10.** O ato do recebimento do objeto do presente Chamamento Público não implica na sua aceitação definitiva e não eximirá a contratada de sua responsabilidade no que concerne à qualidade do serviço prestado.
- 11.11.** A Fiscalização da execução do objeto contratado caberá à Comissão de Acompanhamento de Contrato designada pelo gestor da SMS RIO.
- 11.12.** Os instrumentos de credenciamento e contratação serão firmados em conformidade com o disposto neste Edital e demais normas do SUS, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes, a critério da SMS RIO.
- 11.13.** O prestador de serviço que vier a ser credenciado por força do Chamamento Público deverá iniciar suas atividades a partir da data da assinatura do Contrato ou a critério da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na defesa do interesse público.

## 12. DA DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ENTRE AS CANDIDATAS HABILITADAS

- 12.1.** Após a divulgação do resultado de Homologação do Chamamento Público, os prestadores habilitados serão convocados para a distribuição dos procedimentos a serem contratados, de modo que a repartição total das vagas existentes ocorra de forma igualitária e proporcional à capacidade instalada disponibilizada ao SUS. Considera-se ainda, a localização geográfica das unidades solicitantes, por Área Programática, a fim de que a oferta de vagas seja distribuída em proporção adequada para garantia do acesso na maior proximidade possível à moradia do usuário. Na impossibilidade de alguma empresa atender ao total de procedimentos estabelecidos conforme apresentado previamente no âmbito da sua proposta técnica, a CGCCA procederá à redistribuição de serviços entre as outras candidatas. Caso haja apenas uma candidata, dependendo da capacidade instalada e da sua proposta, a empresa poderá atender o limite máximo previsto no Edital.
- 12.2.** A redistribuição será realizada em reunião e lavrado em ata, tendo a participação dos prestadores credenciados e gestores desta Secretaria.
- 12.3.** Posteriormente à contratação, a distribuição dos procedimentos por prestador será operacionalizada pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro através Sistema de Regulação Ambulatorial SISREG que é a estrutura de regulação do acesso às vagas, cujos critérios de regulação são:
- (a) Serviço de que for mais próximo de sua residência.
- (b) Serviço que dispuser de vaga no momento.
- (c) A opção de escolha do paciente pelo serviço que melhor lhe convier, havendo disponibilidade de vagas no local escolhido pelo usuário.
- 12.4.** Os procedimentos descritos no Termo de Referência serão contratualizados conforme seu Anexo I.
- 12.5.** As empresas deverão prestar serviço para pacientes residentes de todas as áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro, desde que regulados pelo Sistema de Regulação vigente, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

## 13. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DA AVALIAÇÃO GERAL

- 13.1.** A SMS RIO realizará o acompanhamento da execução dos serviços credenciados por meio de avaliações periódicas, visitas, auditorias, treinamentos, comunicações escritas e outras atividades correlatas, sob responsabilidade da Coordenadoria Geral de Contratualização, Controle e Auditoria (CGCCA), órgão responsável pelo controle, avaliação e monitoramento da rede credenciada.
- 13.2.** A Fiscalização da execução do objeto contratado caberá à Comissão de Acompanhamento de Contrato designada pelo gestor da SMS RIO.
- 13.3.** Caberá à CGCCA em conjunto com a Comissão de Acompanhamento de Contrato, a avaliação qualitativa dos serviços credenciados e a satisfação dos usuários.
- 13.4.** Critérios de Qualidade a serem considerados na avaliação da qualidade do prestador envolvem a avaliação do processo de credenciamento e contratação de todos os estabelecimentos em que efetivamente serão realizados os procedimentos contratados e compreenderá uma avaliação físico-funcional e a avaliação da qualidade dos procedimentos. Esta avaliação poderá ser repetida a qualquer momento durante a vigência do contrato, utilizando-se:
- I. Padrões de conformidade em relação à capacitação técnica, gestão da atenção à saúde e gestão organizacional.
- II. Indicadores de desempenho.
- III. Satisfação do usuário com relação à igualdade de tratamento entre usuários do SUS, planos de saúde ou particulares, acolhimento e humanização, ambiência e expectativas em relação ao serviço.

## 14. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 14.1** As CONDIÇÕES DE PAGAMENTO obedecerão às regras contidas na Portaria de Consolidação MS/GM nº. 06, de 28/09/2017, no Decreto Rio nº. 55.704, de 10/02/2025 e no Decreto Rio nº. 55.713, de 14/02/2025.
- 14.2** Os serviços que vierem a ser contratados serão remunerados pelos valores unitários da Tabela SUS.
- 14.3** Além dos reajustes da Tabela SUS, a Secretaria Municipal de Saúde poderá acrescer ao valor remunerado recursos provenientes de Cofinanciamento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro ou outro similar, caso venham a ser implementados, por meio de apostilamento.
- 14.4** Os pagamentos deverão ser efetuados após o repasse do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, que ocorrerá após processamento das informações nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, seguindo o calendário de faturamento do órgão.
- 14.5** O pagamento à CONTRATADA será realizado em razão dos serviços efetivamente prestados e aprovados nos sistemas de informação no período-base mencionado no item anterior sem que a SECRETARIA esteja obrigada a pagar o valor total do Contrato.
- 14.6** Observando-se o disposto nos itens anteriores, os pagamentos deverão ser efetuados após a regular liquidação da despesa, nos termos do artigo 63, da Lei Federal nº. 4.320, de 17/03/1964, observado o disposto no artigo 140 da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, sendo o prazo para pagamento após a liquidação da despesa definido pela Resolução SMF nº. 3.396 de 19/02/2025.
- 14.7** Para fins de medição, se for o caso, e faturamento, o período-base de medição do serviço prestado será de um mês, considerando-se o mês civil, podendo no primeiro mês e no último, para fins de acerto de contas, o período se constituir em fração do mês, considerado para esse fim o mês com 30 (trinta) dias.

**14.8** No caso de erro nos documentos de faturamento ou cobrança, estes serão devolvidos à contratada para re-  
tificação ou substituição, passando o prazo de pagamento a fluir, então, a partir da reapresentação válida desses  
documentos.

**14.9** Somente serão remunerados os atendimentos agendados pelo Sistema de Regulação vigente e efetiva-  
mente realizados pela CONTRATADA. Em caso de cobrança por serviços em desconformidade com  
o exposto, ao Contratante reserva-se no direito de proceder à glosa dos valores na produção subsequente inde-  
pendentemente de notificação, estando o prestador sujeito a sanções e penalidades.

**14.10** O pagamento será efetuado à CONTRATADA através de crédito em conta corrente aberta em banco a ser  
indicado pela SMS RIO, a qual deverá ser cadastrada junto à Coordenação do Tesouro Municipal.

**14.11** Caso a unidade faça jus à eventual incentivo financeiro no âmbito da legislação do SUS, o valor será acres-  
cido ao total a ser contratualizado.

### 15. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

**15.1.** Pelo descumprimento total ou parcial do Contrato, o CONTRATANTE poderá, sem prejuízo de responsabi-  
lidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções, previstas no artigo 156 da Lei Federal nº. 14.133,  
de 01/04/2021 e artigo 589 do RGCAF:

- (a) Advertência;
- (b) Multa;
- (c) Impedimento de licitar e contratar, pelo prazo de até 03 (três) anos;
- (d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

**Parágrafo Primeiro** – A aplicação da sanção prevista na alínea “b” observará os seguintes parâmetros:  
1) 0,5% (meio por cento) até 30% (trinta por cento) sobre o valor do Contrato ou do saldo não atendido do Con-  
trato, em caso de inexecução total da obrigação assumida;  
2) 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do Contrato, conforme detalhamento constante das tabelas 1 e 2,  
abaixo;  
3) As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.  
4) Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

| TABELA 1 |                                              |
|----------|----------------------------------------------|
| GRAU     | CORRESPONDÊNCIA                              |
| 1        | 0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 2        | 0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 3        | 0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 4        | 1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 5        | 3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato |

| TABELA 2                           |                                                                                                                                                                                                |      |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| INFRAÇÃO                           |                                                                                                                                                                                                |      |
| ITEM                               | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                      | GRAU |
| 1                                  | Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou con-<br>seqüências letais, por ocorrência;                                                                 | 05   |
| 2                                  | Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços<br>contratuais por dia e por unidade de atendimento;                                                       | 04   |
| 3                                  | Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por em-<br>pregado e por dia;                                                                                       | 03   |
| 4                                  | Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;                                                                                                            | 02   |
| Para os itens a seguir, deixar de: |                                                                                                                                                                                                |      |
| 5                                  | Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por<br>ocorrência;                                                                                                | 02   |
| 6                                  | Substituir empregado alocado que não atenda às necessidades do serviço, por fun-<br>cionário e por dia;                                                                                        | 01   |
| 7                                  | Cumprir quaisquer dos itens do Contrato e seus Anexos não previstos nesta tabela de<br>multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por<br>ocorrência; | 03   |
| 8                                  | Indicar e manter durante a execução do contrato os prepostos previstos no Contrato;                                                                                                            | 01   |

**Parágrafo Segundo** – As sanções somente serão aplicadas após o decurso do prazo para apresentação de de-  
fesa prévia do interessado no respectivo processo, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, observadas as demais  
formalidades legais.

**Parágrafo Terceiro** – As sanções previstas nas alíneas “a”, “c” e “d” do caput desta Cláusula poderão ser apli-  
cadas juntamente com aquela prevista nas alíneas “b”, e não excluem a possibilidade de extinção unilateral do  
Contrato.

**Parágrafo Quarto** – A sanção prevista na alínea “d” do caput desta Cláusula poderá também ser aplicada aos  
Contratantes que, em outras licitações e/ ou contratações com a Administração Pública Direta ou Indireta do Mu-  
nicípio do Rio de Janeiro, tenham:

- (a) sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quais-  
quer tributos;
- (b) praticado atos ilícitos, visando a frustrar os objetivos da licitação;
- (c) demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos  
ilícitos praticados.

**Parágrafo Quinto** – As multas deverão ser recolhidas no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da ciência da  
aplicação da penalidade ou da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – D.O. RIO do ato  
que as impuser.

**Parágrafo Sexto** – As multas aplicadas poderão ser compensadas com valores devidos à CONTRATADA me-  
diante requerimento expresso nesse sentido.

**Parágrafo Sétimo** – Se, no prazo previsto nesta Cláusula, não for feita a prova do recolhimento da multa, pro-  
mover-se-ão as medidas necessárias ao seu desconto do valor da produção apresentada e aprovada, mediante  
despacho emitido da autoridade contratante.

**Parágrafo Oitavo** – Ressalvada a hipótese de existir requerimento de compensação devidamente formalizado,  
o CONTRATANTE suspenderá, observado o contraditório e ampla defesa, os pagamentos devidos à CONTRA-  
TADA até a comprovação do recolhimento da multa ou da prova de sua relevação por ato da Administração.

**Parágrafo Nono** – Se a CONTRATANTE verificar que os valores dos pagamentos ainda devidos são suficientes  
à satisfação do valor da multa, o processo de pagamento retomará o seu curso.

**Parágrafo Décimo**– As multas eventualmente aplicadas com base na alínea “b” do caput desta Cláusula não  
possuem caráter compensatório, e, assim, o pagamento delas não eximirá a CONTRATADA de responsabilidade  
pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

**Parágrafo Décimo Primeiro** – A aplicação das sanções estabelecidas nas alíneas “a”, “b” e “c” do caput  
desta Cláusula é da competência do (a) [setor competente do órgão ou entidade contratante] e a da alínea  
“d” é da competência exclusiva do titular do órgão ou autoridade máxima da entidade CONTRATANTE  
\_\_\_\_\_[Secretário Municipal da Secretaria por meio da qual celebrado o contrato  
ou a que vinculada a entidade contratante].

### 16. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL

**16.1.** O presente processo de Chamamento Público poderá ser adiado e revogado por razões de Interesse Pú-  
blico ou da Administração, decorrente de fatos supervenientes devidamente comprovados, pertinentes e sufi-  
cientes para justificar sua revogação, ou anulado, sem que caiba aos participantes qualquer direito à reclamação  
ou indenização por estes motivos.

### 17. DO FORO

**17.1.** Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer dú-  
vidas oriundas do presente Edital, renunciando as partes desde já a qualquer outro, por mais especial ou privi-  
legiado que seja.

### 18. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

**18.1.** Por determinação legal, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão prioridade de contratação,  
desde que satisfaçam integralmente os requisitos do presente Edital.

**18.2.** Todos os procedimentos executados pelas entidades credenciadas deverão ser regulados pela Central de  
Regulação Ambulatorial Municipal.

**18.3.** Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação  
relativa ao presente Edital, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de creden-  
ciamento.

**18.4.** A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos  
estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, implicará na aplicação das sanções pertinentes.

**18.5.** Ficam as participantes sujeitas às sanções administrativas, cíveis e penais cabíveis caso apresentem, no  
processo de Chamamento Público, qualquer declaração falsa ou que não corresponda à realidade dos fatos.

**18.6.** É de inteira responsabilidade do interessado, acompanhar as informações e os resultados disponíveis na  
SMS RIO ou divulgadas no Diário Oficial do Município.

**18.7.** Não serão fornecidas informações por telefone quanto à habilitação no processo de credenciamento, bem  
como não serão expedidos atestados, cópias de documentos, certificados ou certidões relativas à habilitação,  
valendo para tal fim os resultados publicados no Diário Oficial do Município.

**18.8.** Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela CEC e, em última instância, pelo Secretário Mu-  
nicipal de Saúde.

**18.9.** Não serão admitidas, sob quaisquer motivos, modificações ou substituições de quaisquer documentos,  
uma vez entregues.

**18.10.** A Comissão Especial de Credenciamento poderá requisitar, a qualquer tempo, a via original dos docu-  
mentos exigidos neste Edital.

**18.11.** É facultada à Comissão Especial de Credenciamento, em qualquer fase do processo seletivo, a promoção  
de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior do  
documento ou informação que deveria constar originalmente da documentação.

**18.12.** As referências de horário correspondem ao horário oficial de Brasília – DF.

**18.13.** Fazem parte integrante deste Edital:

|             |                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo I     | Modelo de Requerimento de Credenciamento.                                                                                                                                                                                                |
| Anexo II    | Termo de Referência e estimativa orçamentária.                                                                                                                                                                                           |
| Anexo III   | Termo de Contrato.                                                                                                                                                                                                                       |
| Anexo IV    | Documento Descritivo.                                                                                                                                                                                                                    |
| Anexo V     | Declaração ME/EPP.                                                                                                                                                                                                                       |
| Anexo VI    | Declaração ref. ao Decreto nº. 21.083 de 20/02/2002, alterado pelo Decreto nº. 21.253 de 05/04/2002.                                                                                                                                     |
| Anexo VII   | Declaração referente ao artigo 9º, §1º, Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021.                                                                                                                                                           |
| Anexo VIII  | Declaração de regularidade trabalhista.                                                                                                                                                                                                  |
| Anexo IX    | Declaração Firmada pelo Representante Sobre A Responsabilização Administrativa E Civil De Pessoas Jurídicas Pela Prática De Atos Contra A Administração Pública, Anexo I-A.                                                              |
| Anexo X     | Declaração de Responsabilidade Civil e Administrativa, Anexo I-B.                                                                                                                                                                        |
| Anexo XI    | Declaração de cumprimento de normas de saúde e segurança do trabalho.                                                                                                                                                                    |
| Anexo XII   | Declaração referente ao artigo 2º parágrafo único do Decreto Municipal nº. 19.381/2001 e ao artigo 7º do Decreto Rio nº. 49.414/2021.                                                                                                    |
| Anexo XIII  | Declaração de que o estabelecimento realiza, no mínimo, 05 (cinco) anos de atividade no setor de atendimento ao público.                                                                                                                 |
| Anexo XIV   | Declaração de que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicial-<br>mente pelas inconsistências encontradas.                                                                                                  |
| Anexo XV    | Declaração firmada pelo representante legal de que não é proprietária do imóvel em que está<br>situada a unidade de saúde.                                                                                                               |
| Anexo XVI   | Declaração firmada pelo representante legal de que não emprega menor de dezoito anos em<br>trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de que não emprega menor de dezesseis anos, sal-<br>vo maiores de quatorze na condição de aprendiz. |
| Anexo XVII  | Declaração firmada pelo representante legal de que os sócios e diretores não ocupam cargo<br>ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no SUS – Lei Federal nº. 8.080,<br>19/09/1990.                                   |
| Anexo XVIII | Declaração de inexistência de fato superveniente.                                                                                                                                                                                        |
| Anexo XIX   | Declaração de Inexistência de Nepotismo.                                                                                                                                                                                                 |

Rio de Janeiro, de de 2025. .

Subsecretária Geral  
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO I - MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

CREDENCIAMENTO Nº: \_\_\_\_\_

|                      |  |
|----------------------|--|
| RAZÃO SOCIAL:        |  |
| NOME FANTASIA:       |  |
| CNPJ:                |  |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:     |  |
| ENDEREÇO:            |  |
| CEP:                 |  |
| TELEFONE (DDD):      |  |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO: |  |
| REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO: |  |

- (a) O proponente acima qualificado requer, através do presente documento o seu CREDENCIAMENTO para a prestação de serviços conforme Edital publicado por esta Secretaria, declarando, sob as penas da lei, as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;
- (b) Qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;
- (c) Conhece os termos do Edital de Credenciamento bem como as condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento, com as quais concorda;
- (d) Está de acordo com as normas e tabela de valores definidos;
- (e) Não se enquadra nas situações de impedimentos previstos em lei;
- (f) Os serviços pleiteados para credenciamento são compatíveis com o seu objeto social, com o registro no Conselho profissional competente, com a experiência, a capacidade instalada, a infraestrutura adequada à prestação dos serviços conforme exigido;
- (g) Realizará todas as atividades a que se propõe.
- (h) Anexando ao presente requerimento toda a documentação exigida no Edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento.
- Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

RAZÃO SOCIAL/ CNPJ/ NOME DO REPRESENTANTE LEGAL/ ASSINATURA

ANEXO II – TERMO DE REFERÊNCIA

TERMO DE REFERÊNCIA DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2025, SOB A MODALIDADE DE CREDENCIAMENTO, PARA FINS DE CONTRATAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PRIVADOS INTERESSADOS EM PARTICIPAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, DE FORMA COMPLEMENTAR, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA,

O Município do Rio de Janeiro, Gestor Pleno do SUS, no âmbito do seu território, através da Secretaria Municipal de Saúde, conforme autorização da Exma. Sra. Subsecretária da Subsecretaria Geral, exarada no Processo Administrativo SMS-PRO-2025/29253.

Considerando a necessidade de garantia do acesso da população aos serviços públicos de saúde, em todos os níveis da assistência de forma adequada, equânime e qualificada.

Considerando a necessidade de selecionar os interessados, dentro dos padrões de qualidade e parâmetros indispensáveis à boa assistência à população.

Considerando o interesse desta municipalidade em dispor de assistência mais ampla, para atendimento aos usuários do SUS de forma complementar.

Considerando a necessidade de pôr a termo a demanda reprimida de **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA**, no sistema de regulação do Município do Rio de Janeiro, conforme especificado neste Termo de Referência;

Considerando o disposto na Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, pela Lei Complementar Federal nº. 123, de 14/12/2006 – Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte, pela Lei Complementar Federal nº. 101, de 04/05/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal, pelo Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei Federal nº. 8.078, de 11/09/1990 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro – CAF, instituído pela Lei nº. 207, de 19/12/1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 01, de 13/09/1990, pelo Regulamento Geral do Código supra-citado – RGCAF, aprovado pelo Decreto Municipal nº. 3.221, de 18/09/1981, e suas alterações, pela Lei Municipal nº. 4.978, de 09/12/2008, e pelos Decretos Municipais nº. 15.350 de 06/12/1996, nº. 17.907, de 20/09/1999, nº. 21.083, de 20/02/2002, nº. 21.253, de 05/04/2002, nº. 22.136, de 16/10/2002, nº. 31.349, de 12/11/2009, nº. 51.633, de 09/11/2022 e nº. 51.985, de 03/02/2023, pela Resolução Conjunta SMS/SMF/CGM nº. 27 de 30/03/1999, pela NOAS – SUS nº. 01, de 26/01/2001, bem como pelos preceitos de Direito Público, pelas disposições deste Termo de Referência e de seus anexos, normas que as candidatas declaram conhecer e a elas se sujeitarem incondicional e irrestritamente.

O presente Termo de Referência se rege ainda pela Lei Federal nº. 4.320, de 17/03/1964, pelo artigo 199, §1º, da Constituição da República Federativa do Brasil, pela Lei nº. 8.080, de 19/09/1990 e suas alterações, Decreto nº. 7.508, de 28/06/2011, Lei nº. 13.709, de 14/08/2018, pela Portaria MS/GM Nº 957, de 15/05/2008, pela Portaria SAS nº 288, de 19/05/2008, pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 01/08/2008, Portaria MS/GM nº 1.631, de 01/10/2015, pela Portaria de Consolidação MS/GM nº. 01, de 28/09/2017, pela Portaria de Consolidação MS/ GM nº. 02, de 28/09/2017, Portaria SCTIE/MS Nº 51, de 11/11/2020, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 17, de 01/10/2021, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 04, de 04/03/2022, pela Portaria de Consolidação MS/SAES nº. 01 de 22/02/2022, Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 28, de 06/12/2023, pela Portaria nº 3.492/ GM/MS, de 08/04/2024, Portaria SAES/MS nº 1.821, de 11/06/2024, Portaria SAES/MS Nº 2.331, de 10/12/2024, Portaria SAES/MS Nº 2.630, de 06/03/2025, Portaria SAES/MS Nº 2.723, de 31/03/2025, pela Resolução de Diretoria Colegiada- RDC nº. 50, de 21/02/2002; RDC nº. 63, de 25/11/2011; RDC nº. 509 de 27/05/2021, ABNT NBR-9050, publicada em 25/01/2021 e toda legislação aplicável.

A área técnica apresenta o presente Termo de Referência como parte integrante do Chamamento Público nº. 001/2025 visando à seleção de entidades localizadas na Cidade do Rio de Janeiro e interessadas em prestar serviços dessa natureza, aos usuários do SUS, nos parâmetros constantes conforme condições constantes do Edital, deste Termo de Referência e quantitativos especificados no **Anexo I**.

1. DAS CONDIÇÕES GERAIS

- I. Este documento tem por objetivo informar aos estabelecimentos de saúde candidatos à prestação de serviços para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS RIO, as expectativas desta quanto à qualidade do serviço a ser adquirido sob a forma de participação no evento, o processo de escolha dos participantes e a forma de ressarcimento;
- II. Poderão participar do evento todas as entidades privadas com ou sem fins lucrativos que, estabelecidas no Município do Rio de Janeiro, dispuserem de serviços com capacidade de realizar - **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA**, conforme especificado neste Termo de Referência e que estiverem interessadas, temporariamente, em integrar o Sistema Único de Saúde na Cidade;
- III. O acompanhamento da prestação de serviços se dará por meio do monitoramento da execução das metas físicas e de qualidade previstas para os serviços ofertados, conforme descrito neste **Termo de Referência e Documento Descritivo** e cronogramas estabelecidos pela SMS RIO;
- IV. As entidades que manifestarem interesse no chamamento público deverão comprovar capacidade instalada (equipamentos, recursos humanos e estrutura física) correspondente ao serviço que será ofertado, conforme descrito neste Termo;
- V. Os serviços a serem credenciados no âmbito deste Chamamento Público deverão ser realizados em estabelecimentos de saúde localizados no território do Município do Rio de Janeiro;
- VI. O acesso da população aos serviços credenciados será feito exclusivamente pela **Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro através Sistema de Regulação Ambulatorial SISREG**;
- VII. Caberá à SMS RIO determinar metas físicas, qualitativas e assistenciais a serem cumpridas; o volume de prestação de serviços e; outros fatores que tornem o serviço um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- VIII. Para operacionalização do serviço será exigido o atendimento às normas específicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e demais normas vigentes do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, sob inteira responsabilidade das entidades contratadas, obedecendo aos detalhamentos constantes neste Termo de Referência;
- IX. O valor total anual estimado para a execução dos procedimentos pactuados é de: R\$ 85.447.013,04 (oitenta e cinco milhões quatrocentos e quarenta e sete mil e treze reais e quatro centavos).
- X. Os RECURSOS necessários à contratação correrão à conta do PROGRAMA DE TRABALHO 20.1803.10.302.0564. 5709, NATUREZA DA DESPESA: 339039. ITEM PATRIMONIAL: 286 SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA - GESTÃO PLENA, FONTE DE RECURSO:1600181 e 1500119;
- XI. As CONDIÇÕES DE PAGAMENTO obedecerão às regras contidas na Portaria de Consolidação nº. 06, de 28/09/2017, Decreto Rio nº. 55.704, de 10/02/2025 e no Decreto Rio nº. 55.713, de 14/02/2025.
- XII. A entidade contratada deverá garantir à SMS RIO, a emissão de relatórios gerenciais e estatísticos decorrentes do atendimento prestado, sempre que requisitada;
- XIII. São vedadas quaisquer cobranças de taxas, donativos, insumos ou quaisquer materiais aos usuários do SUS pelas ações e serviços de saúde executada no âmbito do Chamamento Público, estando à entidade sujeita a penalidades previstas no âmbito do Contrato;
- XIV. Cabe à unidade contratada ainda:
- (a) Prestar atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS.
- (b) Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado de Saúde e demais gestores.
- (c) Gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito do Contrato.
- (d) Cumprimento das metas e indicadores de qualidade pactuados no Documento Descritivo.
- (e) Adoção de protocolos técnicos e operacionais do gestor.
- (f) Alimentar regularmente os sistemas de Informações do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde ou de outros sistemas e subsistemas de informações que venham a ser implementados.

2. DOS REQUISITOS TÉCNICOS

- I. Caberá à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro determinar metas físicas, qualitativas e assistenciais a serem cumpridas; o volume de prestação de serviços; a humanização do atendimento; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e outros fatores que tornem o serviço um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- II. A Unidade prestadora de serviço deverá ofertar obrigatoriamente um ou mais procedimentos constantes abaixo (Tabela 1);

Tabela 1: Procedimentos e valores unitários segundo classificação no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP.

| CÓDIGO SIGTAP                                                   | PROCEDIMENTO                                           | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|
| GRUPO 02 - Procedimentos de finalidade diagnóstica              |                                                        |                               |
| Subgrupo 05 - Diagnóstico por ultrassonografia                  |                                                        |                               |
| Forma de Organização 02 - Ultra-sonografias dos demais sistemas |                                                        |                               |
| 0205020020                                                      | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                               | R\$ 14,81                     |
| 0205020089                                                      | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)  | R\$ 24,20                     |
| Subgrupo 11 - Métodos Diagnóstico em especialidades             |                                                        |                               |
| Forma de Organização - 06 Diagnóstico em Oftalmologia           |                                                        |                               |
| 0211060011                                                      | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                     | R\$ 24,24                     |
| 0211060020                                                      | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                        | R\$ 12,34                     |
| 0211060054                                                      | CERATOMETRIA                                           | R\$ 3,37                      |
| 0211060062                                                      | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 10,11                     |
| 0211060070                                                      | ELETRO-OCULOGRAFIA                                     | R\$ 24,24                     |
| 0211060089                                                      | ELETRORETINOGRAFIA                                     | R\$ 24,24                     |
| 0211060100                                                      | FUNDOSCOPIA                                            | R\$ 3,37                      |
| 0211060119                                                      | GONIOSCOPIA                                            | R\$ 6,74                      |
| 0211060127                                                      | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                       | R\$ 24,24                     |
| 0211060143                                                      | MICROSCOPIA ESPECULAR DE Córnea                        | R\$ 24,24                     |
| 0211060151                                                      | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                           | R\$ 3,37                      |
| 0211060160                                                      | POTENCIAL VISUAL EVOCADO                               | R\$ 24,24                     |
| 0211060178                                                      | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                        | R\$ 24,68                     |
| 0211060186                                                      | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                    | R\$ 64,00                     |

|                                                                                    |                                                                                                           |              |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 0211060216                                                                         | TESTE DE SCHIRMER                                                                                         | R\$ 3,37     |
| 0211060224                                                                         | TESTE DE VISÃO DE CORES                                                                                   | R\$ 3,37     |
| 0211060232                                                                         | TESTE ORTÓPTICO                                                                                           | R\$ 12,34    |
| 0211060259                                                                         | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                                                    | R\$ 3,37     |
| 0211060267                                                                         | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA                                                                      | R\$ 24,24    |
| 0211060283                                                                         | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                                                                            | R\$ 48,00    |
| Grupo 03 - Procedimentos clínicos                                                  |                                                                                                           |              |
| Subgrupo 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos                           |                                                                                                           |              |
| Forma de Organização 01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior |                                                                                                           |              |
| 0301010072                                                                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                  | R\$ 10,00    |
| 0301010102                                                                         | CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)                 | R\$ 57,74    |
| Subgrupo 03 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)                         |                                                                                                           |              |
| Forma de Organização 05 - Tratamento de doenças do aparelho da visão               |                                                                                                           |              |
| 0303050012                                                                         | ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA                                       | R\$ 17,74    |
| 0303050039                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA )                                    | R\$ 18,66    |
| 0303050047                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                                     | R\$ 79,38    |
| 0303050055                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3 ª LINHA)                                    | R\$ 127,98   |
| 0303050063                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA )                                    | R\$ 12,44    |
| 0303050071                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ 52,92    |
| 0303050080                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ 85,33    |
| 0303050098                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10    |
| 0303050101                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                | R\$ 8,93     |
| 0303050110                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                | R\$ 13,39    |
| 0303050152                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 65,36    |
| 0303050160                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 98,04    |
| 0303050179                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 97,77    |
| 0303050187                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 146,64   |
| 0303050195                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 138,25   |
| 0303050209                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 207,36   |
| 0303050217                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS             | R\$ 150,69   |
| 0303050225                                                                         | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS               | R\$ 226,02   |
| Grupo 04 - Procedimentos cirúrgicos                                                |                                                                                                           |              |
| Subgrupo 05 - Cirurgia do aparelho da visão                                        |                                                                                                           |              |
| Forma de Organização 01 - Palpebras e vias lacrimais                               |                                                                                                           |              |
| 0405010010                                                                         | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO                                                                 | R\$ 203,74   |
| 0405010028                                                                         | CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO                                                                | R\$ 278,90   |
| 0405010036                                                                         | DACRIOCISTORRINOSTOMIA                                                                                    | R\$ 681,87   |
| 0405010079                                                                         | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS                                     | R\$ 78,75    |
| 0405010141                                                                         | SIMBLEFAROPLASTIA                                                                                         | R\$ 203,74   |
| 0405010150                                                                         | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL                                                            | R\$ 203,73   |
| 0405010184                                                                         | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE                                                                     | R\$ 95,42    |
| Forma de Organização 03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera                  |                                                                                                           |              |
| 0405030037                                                                         | CRIOTERAPIA OCULAR                                                                                        | R\$ 116,00   |
| 0405030045                                                                         | FOTOCOAGULACAO A LASER                                                                                    | R\$ 107,61   |
| 0405030053                                                                         | INJECAO INTRA-VITREO                                                                                      | R\$ 82,28    |
| 0405030070                                                                         | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL                                                                       | R\$ 1.074,86 |
| 0405030096                                                                         | SUTURA DE ESCLERA                                                                                         | R\$ 161,19   |
| 0405030100                                                                         | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA                                                   | R\$ 159,37   |
| 0405030134                                                                         | VITRECTOMIA ANTERIOR                                                                                      | R\$ 381,08   |
| 0405030142                                                                         | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                                                     | R\$ 2.667,29 |
| 0405030150                                                                         | VITRIOLISE A YAG LASER                                                                                    | R\$ 54,00    |
| 0405030169                                                                         | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                                           | R\$ 4.183,12 |
| 0405030177                                                                         | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER                           | R\$ 4.701,84 |

|                                                                                                |                                                                   |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| 0405030215                                                                                     | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA                                            | R\$ 389,64   |
| 0405030223                                                                                     | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE                                       | R\$ 468,60   |
| 0405030231                                                                                     | REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL                                    | R\$ 389,64   |
| Forma de Organização 04 - Cavidade orbitária e globo ocular                                    |                                                                   |              |
| 0405040105                                                                                     | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR                                    | R\$ 846,19   |
| 0405040199                                                                                     | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA                                | R\$ 116,42   |
| 0405040202                                                                                     | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL                                     | R\$ 449,44   |
| 0405040210                                                                                     | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR                             | R\$ 453,61   |
| Forma de Organização 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino |                                                                   |              |
| 0405050020                                                                                     | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                          | R\$ 112,77   |
| 0405050038                                                                                     | CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA                                            | R\$ 19,14    |
| 0405050046                                                                                     | CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA                                   | R\$ 587,51   |
| 0405050070                                                                                     | CORRECAO CIRÚRGICA DE HERNIA DE IRIS                              | R\$ 259,20   |
| 0405050097                                                                                     | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                      | R\$ 531,60   |
| 0405050100                                                                                     | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                      | R\$ 483,60   |
| 0405050119                                                                                     | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA        | R\$ 651,60   |
| 0405050127                                                                                     | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER                                      | R\$ 45,00    |
| 0405050135                                                                                     | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA                             | R\$ 873,61   |
| 0405050143                                                                                     | IMPLANTE INTRA ESTROMAL                                           | R\$ 902,95   |
| 0405050151                                                                                     | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO                   | R\$ 1.112,83 |
| 0405050194                                                                                     | IRIDOTOMIA A LASER                                                | R\$ 45,00    |
| 0405050216                                                                                     | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                                          | R\$ 172,27   |
| 0405050267                                                                                     | SINEQUIOLISE A YAG LASER                                          | R\$ 45,00    |
| 0405050283                                                                                     | SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR                                | R\$ 544,88   |
| 0405050291                                                                                     | SUTURA DE CONJUNTIVA                                              | R\$ 82,28    |
| 0405050305                                                                                     | SUTURA DE CÓRNEA                                                  | R\$ 164,08   |
| 0405050313                                                                                     | TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                                        | R\$ 965,45   |
| 0405050321                                                                                     | TRABECULECTOMIA                                                   | R\$ 898,35   |
| 0405050356                                                                                     | TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO                        | R\$ 1.236,75 |
| 0405050364                                                                                     | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                  | R\$ 209,55   |
| 0405050372                                                                                     | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DO-BRAVEL     | R\$ 771,60   |
| 0405050380                                                                                     | CIRURGIA CATARATA CONGÊNITA                                       | R\$ 895,16   |
| 0405050402                                                                                     | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                              | R\$ 292,72   |
| Grupo 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células                                           |                                                                   |              |
| Subgrupo 05 - Transplante de órgãos, tecidos e células                                         |                                                                   |              |
| Forma de Organização 01 - Transplante de tecidos e células                                     |                                                                   |              |
| 0505010097                                                                                     | TRANSPLANTE DE CÓRNEA                                             | R\$ 2.070,00 |
| 0505010135                                                                                     | TRANSPLANTE DE CORNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS OU EM REOPERAÇÕES) | R\$ 2.070,00 |
| Subgrupo 06 - Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante                        |                                                                   |              |
| Forma de Organização 01 - Acompanhamento de paciente no pré e pós-transplante                  |                                                                   |              |
| 0506010015                                                                                     | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE CÓRNEA (2 por ano)  | R\$ 115,00   |
| Grupo 09 - Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados                                   |                                                                   |              |
| Subgrupo 05 - Atenção em Oftalmologia                                                          |                                                                   |              |
| Forma de Organização 01 - Ofertas de Cuidados Integrados em Oftalmologia.                      |                                                                   |              |
| 0905010019                                                                                     | OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS                | R\$ 200,00   |
| 0905010043                                                                                     | OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                            | R\$ 200,00   |

III. Há categorias classificatórias para “Serviços Especializados”, no CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES), cuja compatibilidade contempla a realização dos procedimentos na área de SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA, conforme especificado neste Termo de Referência.

IV. O CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) classifica os SERVIÇOS ESPECIALIZADOS e especifica os exames realizados nestes em CLASSIFICAÇÃO SERVIÇO. A Unidade prestadora deverá informar no CNES o Serviço Especializado e sua Classificação.

Quadro 1: Compatibilidade de Procedimentos e Serviços – CNES

| Código    | Serviço                 | Classificação                             |
|-----------|-------------------------|-------------------------------------------|
| 131 - 001 | Serviço de Oftalmologia | Diagnóstico em oftalmologia               |
| 131 - 002 | Serviço de Oftalmologia | Tratamento clínico do aparelho da visão   |
| 131 - 003 | Serviço de Oftalmologia | Tratamento cirúrgico do aparelho da visão |
| 121 - 002 | Diagnóstico por imagem  | Ultrassonografia de globo ocular / órbita |

V. O alinhamento das informações CNES e no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) e sua compatibilidade contempla a realização dos procedimentos especificados neste Termo de Referência.

**Quadro 2:** Compatibilidade de Procedimentos e Serviços –classificação no SIGTAP

| SERVIÇO                 | CLASSIFICAÇÃO | NOME                                      |
|-------------------------|---------------|-------------------------------------------|
| Serviço de oftalmologia |               |                                           |
| 131                     | 001           | Diagnóstico em oftalmologia               |
|                         | 002           | Tratamento clínico do aparelho da visão   |
|                         | 003           | Tratamento cirúrgico do aparelho da visão |
| Diagnóstico por imagem  |               |                                           |
| 121                     | 002           | Ultrassonografia de globo ocular / órbita |

**VI.** Todas as categorias classificatórias pressupõem a existência de uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na gestão dos serviços, além de pessoal especializado, equipamentos e insumos para a realização de procedimentos, conforme detalhado nos tópicos a seguir:

**3. INSTALAÇÕES E FUNCIONAMENTO**

O estabelecimento interessado em prestar serviços no âmbito deste Termo de Referência deve possuir espaço físico apropriado ao atendimento ambulatorial com acessibilidade e adaptações específicas aos portadores de deficiência motora, cadeirantes e pacientes transportados na maca (rampa, corrimão, banheiros adaptados), arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.

**(a)** As instalações devem estar em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos ABNT NBR-9050, de 25.01.2021; com a Resolução – RDC Nº. 50 AN-VISA de 21/02/2002, para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e, com a RDC Nº 63 de 25/11/2011 para Requisitos de Boas Práticas dos Serviços Saúde e RDC Nº 509, de 27/05/2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde;

**(b)** Os serviços devem dispor de instalações e equipamentos adequados, bem como profissionais capacitados para a realização dos procedimentos clínicos a que se propõem; legalmente habilitados e em dia com as obrigações legais junto ao Conselho Regional da respectiva jurisdição. Ressaltando-se que o pagamento da anuidade ao Conselho Regional da respectiva jurisdição constitui condição de legitimidade do exercício da profissão, conforme art. 15 da Lei nº. 6.316/1973.

**(c)** As condições estruturais mínimas para funcionamento dos serviços devem estar de acordo com a complexidade e os riscos dos procedimentos que realizam.

**(d)** O serviço deve possuir regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências.

**(e)** O serviço deve indicar um profissional habilitado como responsável técnico, o qual responderá tecnicamente pelo serviço prestado.

**(f)** O responsável técnico deve possuir Termo de Responsabilidade Técnica assinado junto à Vigilância Sanitária competente, Estadual ou Municipal, bem como junto à respectiva entidade de classe;

**(g)** O responsável técnico deve planejar, implantar e garantir a qualidade do serviço prestado, bem como possuir Termo de Responsabilidade formalmente assumido junto à respectiva entidade de classe.

**(h)** O responsável técnico deve indicar um profissional habilitado como responsável técnico substituto caso não esteja presente em todos os horários e dias de atendimento, o qual responderá tecnicamente pelo serviço prestado na ausência do responsável técnico.

**(i)** O responsável técnico substituto deve possuir Termo de Responsabilidade Técnica assinado junto à Vigilância Sanitária competente, Estadual ou Municipal, bem como junto à respectiva entidade de classe;

**(j)** O órgão sanitário competente e a respectiva entidade de classe devem ser notificados sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto.

**(k)** O Alvará Sanitário deve ser afixado em local visível e a documentação referente ao estabelecimento deve estar em local de fácil acesso para consulta durante as inspeções sanitárias;

**(l)** Garantir manutenção preventiva, corretiva e calibração dos equipamentos.

| INSTALAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consultórios e salas climatizados                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Centro cirúrgico adequado às normas da RDC 50 ANVISA 21/02/02                                                                                                                                                                                                                                                |
| Sala de recuperação pós-anestésica                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Centro de esterilização                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sala de terapias e exames complementares em oftalmologia                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Recepção e sala de espera para acompanhantes climatizadas                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Sanitários para paciente (masculino, feminino e adaptado).                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sanitários para funcionários (masculino, feminino).                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Área de registro (arquivo).                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Área de expurgo ou sala de utilidades de acordo com as regras sanitárias                                                                                                                                                                                                                                     |
| Depósito de material de limpeza - DML.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Depósito de material (almoxarifado).                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Gerador de energia naqueles serviços onde a interrupção do fornecimento energético comprometa a segurança da assistência, a exemplo de sala de cirurgias e em locais onde se conserve medicamentos e insumos biológicos que requeiram refrigeração contínua e outros assim entendidos em regras específicas. |
| Área de maca e cadeira de rodas                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Área para guarda dos pertences dos pacientes                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Área para guarda dos pertences dos funcionários                                                                                                                                                                                                                                                              |

**Infraestrutura**

**(a)** A unidade deve disponibilizar todos os recursos físicos e materiais, permanentes e de consumo, necessários ao planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos, conforme estabelecido na RDC Nº. 50 de 21/02/2002; ao desenvolvimento de procedimentos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde, segundo estabelecido na RDC Nº. 63 de 25/11/2011; e ao que dispõe a RDC Nº 509 de 27/05/2021, sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

**(b)** Devem ser atendidos os seguintes requisitos mínimos e específicos referentes à infraestrutura física dos serviços contratados:

**(c)** Quanto à infraestrutura física, os serviços contratados devem apresentar, além das obrigações determinadas pela legislação federal vigente, as exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, nas esferas Federal, Estadual e/ou Municipal e as normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);

**(d)** Os ambientes utilizados pelo serviço contratado devem ser construídos e/ou reformados mediante prévia avaliação e aprovação do projeto arquitetônico pela Vigilância Sanitária competente, Estadual ou Municipal. Entende-se por reforma toda modificação na estrutura física, no fluxo de atividades e/ou nas funções originalmente aprovadas;

**(e)** Os serviços contratados devem estar dimensionados de acordo com os procedimentos ofertados, possuir aparelhos e equipamentos necessários bem como número adequado de profissionais;

**(f)** As áreas de circulação devem garantir movimentação segura de profissionais, pessoas com deficiências, pacientes e acompanhantes, evitando estrangulamentos;

**(g)** Os ambientes devem ser climatizados, com acessibilidade garantida, de acordo com a legislação específica vigente, proporcionando conforto, boa circulação e privacidade nos atendimentos;

**(h)** Nos ambientes utilizados para atendimento ambulatorial devem existir lavatórios estrategicamente localizados, conforme a legislação vigente, de uso exclusivo para higienização das mãos, com acionamento que dispense o uso das mãos, toalhas de papel descartável em suporte fechado, sabão líquido em dispensador e lixeira com tampa, pedal e saco plástico.

**Equipamentos**

Os equipamentos para realização dos procedimentos constantes na Tabela 1, bem como os equipamentos auxiliares e acessórios devem estar em perfeitas condições de utilização. Os equipamentos e seus acessórios devem estar em conformidade com as características indicadas no manual técnico do equipamento e possuir registro na ANVISA/MS.

**(a)** Consultório Oftalmológico básico: Equipamento oftalmológico composto de Cadeira e Coluna, Refrator de Greens, Projetor de Optotipos, Lâmpada de Fenda, Tonômetro de Aplanção de Goldman, Oftalmoscópio direto, Retinoscópio, Lensômetro, Auto-refrator-ceratômetro computadorizado, Régua ou caixa de prisma, Caixa de prova. varretas de maddox, Livro de Ishihara para teste de cores

**(b)** Exames complementares: Oftalmoscópio Binocular indireto, Ecobiômetro ultrassônico ou óptico, Aparelho de Ultrassonografia ocular, Paquímetro ultrassônico, Topógrafo de córnea computadorizado, Microscópio especular de córnea, Retinógrafo, Campímetro computadorizado, aparelho de LASER verde e ou Diiodo, aparelho de YAG-LASER, Ceratômetro manual ou computadorizado, Tomógrafo de coerência óptica, lente de gonioscopia.

**(c)** Centro Cirúrgico: Microscópio cirúrgico, Facoeulsificador, foco cirúrgico, 02 mesas cirúrgicas, mesas auxiliares, Vítreofágo, equipamento de endolaser, Material de anestesia adequado, monitores, 01 capnógrafo e um 01 aspirador elétrico a vácuo portátil, aparelho esfigmomanômetro, estetoscópio, 01 gerador mono e bipolar, . Caixas de Instrumental cirúrgico necessário para o bom desempenho dos procedimentos Cirurgia de Catarata com a técnica de facectomia, Cirurgia de catarata com a técnica de facoeulsificação, Caixa Caneta irrigação para Facoeulsificação, Cirurgia de Descolamento Retina, Cirurgia Plástica Restauradora, Cirurgia de Estrabismo, Cirurgia de Dacriocistorrinostomia, Cirurgia de Órbita, Cirurgia de Osteotomia ou Citelli Cirurgia de Evisceração.

**(d)** O centro cirúrgico deve dispor para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

**I.** eletrocardiógrafo;

**II.** carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador;

**III.** ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório);

**IV.** medicamentos para atendimento de emergências;

**V.** ponto de oxigênio;

**VI.** aspirador portátil;

**VII.** material completo de entubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas).

**(e)** O estabelecimento deve possuir os equipamentos essenciais de tratamento a finalidade a que se destina, incluindo material para atendimento de parada cardiorrespiratória.

**(f)** O Serviço deverá zelar pela conservação, limpeza e manutenção das instalações, materiais, equipamentos, mobiliários,devendo dispor de sala de limpeza e desinfecção dos equipamentos em ambiente separado da sala de exames e procedimentos.

**(g)** O Serviço deverá zelar pela conservação, limpeza e manutenção das instalações, materiais, equipamentos, mobiliários,devendo dispor de sala de limpeza e desinfecção dos equipamentos em ambiente separado da sala de exames e procedimentos.

**(h)** O Serviço deverá comprometer-se a reparar e substituir equipamentos quando danificados em até 5 dias corridos, e notificar a Secretaria Municipal de Saúde.

**(i)** O Serviço deverá garantir a esterilização adequada dos materiais cirúrgicos utilizados para esta finalidade por meio de uma Central de Esterilização de Material própria ou terceirizada.

**(j)** Os equipamentos e mobiliários do estabelecimento de saúde deverão garantir a plena realização dos procedimentos contratados de acordo com o perfil constante neste Termo de Referência, garantindo a aplicação de plano de contingência para impedir a paralisação/suspensão dos serviços.

**(k)** O Serviço contratado deverá comunicar ao Município, por escrito e com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, os motivos de força maior que impossibilitem a execução dos serviços ou quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços.

**Instalações**

As instalações devem estar em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos ABNT NBR-9050, de 25/01/2021; com a Resolução – RDC nº. 50 AN-VISA, de 21/02/2002, para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e, com a RDC nº. 63, de 25/11/2011 para Requisitos de Boas Práticas dos Serviços Saúde e RDC nº. 509, de 27/05/2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

Devem ser atendidos os seguintes requisitos mínimos e específicos referentes à infraestrutura física dos serviços contratados:

**(a)** Quanto à infraestrutura física, os serviços contratados devem apresentar, além das obrigações determinadas pela legislação federal vigente, as exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, nas esferas Federal, Estadual e/ou Municipal e as normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);

**(b)** Os ambientes utilizados pelo serviço contratado devem ser construídos e/ou reformados mediante prévia avaliação e aprovação do projeto arquitetônico pela Vigilância Sanitária competente, Estadual ou Municipal. Entende-se por reforma toda modificação na estrutura física, no fluxo de atividades e/ou nas funções originalmente aprovadas;

**(c)** Os serviços devem estar dimensionados de acordo com os procedimentos ofertados, possuir aparelhos e equipamentos necessários bem como número adequado de profissionais e, dispor de instalações e equipamentos adequados;

**(d)** O serviço deve dispor de profissionais capacitados para a realização dos procedimentos clínicos a que se propõem; legalmente habilitados e em dia com as obrigações legais junto ao Conselho Regional da respectiva jurisdição, CREMERJ. Ressaltando-se que o pagamento da anuidade ao Conselho Regional da respectiva jurisdição constitui condição de legitimidade do exercício da profissão, conforme art. 15 da Lei nº. 6.316/75;

**(e)** As condições estruturais mínimas para funcionamento dos serviços devem estar de acordo com a complexidade e os riscos dos procedimentos que realizam;

(f) As áreas de circulação devem garantir movimentação segura de profissionais, pessoas com deficiências, pacientes e acompanhantes, evitando estrangulamentos;

(g) Os ambientes devem ser climatizados, com acessibilidade garantida, de acordo com a legislação específica vigente, proporcionando conforto, boa circulação e privacidade nos atendimentos;

(h) Nos ambientes utilizados para atendimento ambulatorial devem existir lavatórios estrategicamente localizados, conforme a legislação vigente, de uso exclusivo para higienização das mãos, com acionamento que dispense o uso das mãos, toalhas de papel descartável em suporte fechado, sabão líquido em dispensador e lixeira com tampa, pedal e saco plástico.

(i) A CONTRATADA deve possuir espaço físico apropriado ao atendimento ambulatorial com acesso e adaptações específicas aos portadores de deficiência motora, cadeirantes e pacientes transportados na maca (rampa, corrimão, banheiros adaptados), atendendo aos requisitos de infraestrutura, previstas em normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.

| INSTALAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consultórios e salas climatizados                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Centro cirúrgico adequado às normas da RDC 50 ANVISA 21/02/02                                                                                                                                                                                                                                                |
| Sala de recuperação pós-anestésica                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Centro de esterilização                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sala de terapias e exames complementares em oftalmologia                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Recepção e sala de espera para acompanhantes climatizadas                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Sanitários para paciente (masculino, feminino e adaptado).                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sanitários para funcionários (masculino, feminino).                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Área de registro (arquivo).                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Área de expurgo ou sala de utilidades de acordo com as regras sanitárias                                                                                                                                                                                                                                     |
| Depósito de material de limpeza - DML.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Depósito de material (almoxarifado).                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Gerador de energia naqueles serviços onde a interrupção do fornecimento energético comprometa a segurança da assistência, a exemplo de sala de cirurgias e em locais onde se conserve medicamentos e insumos biológicos que requeiram refrigeração contínua e outros assim entendidos em regras específicas. |
| Área de maca e cadeira de rodas                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Área para guarda dos pertences dos pacientes                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Área para guarda dos pertences dos funcionários                                                                                                                                                                                                                                                              |

(j) O Serviço deve zelar pela conservação, limpeza e manutenção das instalações, materiais, equipamentos, mobiliários, comprometendo-se a reparar imediatamente aqueles que se danificarem.

(k) Os equipamentos e mobiliários do estabelecimento de saúde deverão garantir a plena realização dos procedimentos contratados de acordo com o perfil constante neste Termo de Referência, garantindo a aplicação de plano de contingência para impedir a paralisação/suspensão dos serviços.

(l) Os equipamentos para realização dos procedimentos constantes na Tabela 1, bem como os equipamentos auxiliares e acessórios devem estar em perfeitas condições de utilização.

(m) Os equipamentos e seus acessórios devem estar em conformidade com as características indicadas no manual técnico do equipamento e possuir registro na ANVISA/MS.

(n) O Serviço contratado deve garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, atualizada, de acordo com as especificações do fabricante, mantendo os laudos técnicos registrados, assinados por técnico responsável, disponíveis à consulta.

(o) Os equipamentos devem apresentar um desempenho que resulte na eficiência e eficácia do tratamento e na minimização dos riscos para os pacientes e operadores.

(p) Todos os equipamentos em uso no serviço devem estar limpos, em plenas condições de funcionamento e com todas as funções e alarmes operando.

(q) O Serviço deverá garantir a higienização adequada dos equipamentos e materiais após utilização por cada paciente.

(r) A rotina de manutenção preventiva dos equipamentos deve obedecer à periodicidade e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos, documentada e arquivada.

(s) As intervenções realizadas nos equipamentos, tais como instalação, manutenção, troca de componentes e calibração, devem ser acompanhadas e/ou executadas pelo responsável técnico pela manutenção, documentadas e arquivadas.

(t) As atividades de manutenção preventiva e de aferição devem ser registradas, com identificação e assinatura do técnico responsável.

(u) O serviço de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos poderá ser terceirizado.

(v) Em situações emergenciais, o Serviço contratado deve estar preparado para garantir a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção para Unidade Hospitalar em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio.

| CONSULTÓRIO OFTALMOLÓGICO BÁSICO                   | EXAMES COMPLEMENTARES               | CENTRO CIRÚRGICO                                          |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Equipo oftalmológico composto de Cadeira e Coluna, | Oftalmoscópio Binocular indireto    | Microscópio cirúrgico                                     |
| Refrator de Greens,                                | Ecobiômetro ultrassônico ou óptico  | Facoemulsificador                                         |
| Projetor de Optotipos                              | Aparelho de Ultrassonografia ocular | Foco cirúrgico, 02 mesas cirúrgicas,mesas auxiliares      |
| Lâmpada de Fenda                                   | Paquímetro ultrassônico             | Vítreofágo, Equipamento de endolaser                      |
| Tonômetro de Aplanção de Goldman                   | Topógrafo de córnea computadorizado | Material de anestesia adequado, Monitores                 |
| Oftalmoscópio direto                               | Microscópio especular de córnea     | 01 Capnógrafo e um 01 Aspirador elétrico a vácuo portátil |
| Retinoscópio,                                      | Retinógrafo,                        | Aparelho esfigmomanômetro, Estetoscópio                   |
| Lensômetro                                         | Campímetro computadorizado          | 01 Gerador mono e bipolar                                 |

|                                           |                                       |                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auto-refrator-ceratômetro computadorizado | Aparelho de LASER verde e ou Diiodo   | Caixas de Instrumental cirúrgico necessário para o bom desempenho dos procedimentos:                                                                    |
| Auto-refrator-ceratômetro computadorizado | Aparelho de LASER verde e ou Diiodo   | Cirurgia de Catarata com a técnica de facectomia, Cirurgia de catarata com a técnica de facoemulsificação,Caixa Caneta irrigação para Facoemulsificação |
| Régua ou caixa de prisma                  | Aparelho de YAG-LASER                 | Cirurgia de Descolamento Retina, Cirurgia Plástica Restauradora,                                                                                        |
| Caixa de prova. varetas de maddox         | Ceratômetro manual ou computadorizado | Cirurgia de Estrabismo, Cirurgia de Dacriocistorrinostomia, Cirurgia de Órbita, Cirurgia de Osteotomia ou Citelli Cirurgia de Evisceração.              |
| Livro de Ishihara para teste de cores     | Tomógrafo de coerência óptica         |                                                                                                                                                         |
|                                           | Lente de gonioscopia                  |                                                                                                                                                         |

(w) O centro cirúrgico deve dispor, para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

| Eletrocardiógrafo                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador                                                   |
| Ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório)ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório)               |
| Medicamentos para atendimento de emergências                                                                       |
| Ponto de oxigênio                                                                                                  |
| Aspirador portátil                                                                                                 |
| Material completo de entubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas). |

#### Recursos Humanos

(a) A realização de procedimentos previstos neste Termo de Referência exige a presença de profissional habilitado com formação competente para o desempenho das atividades desenvolvidas, equipe técnica composta por profissionais devidamente registrados e em dia com as obrigações junto ao órgão de classe.

(b) Há compatibilidade prevista na Tabela de Procedimentos do SUS (Quadro 03) para a categoria da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), conforme relacionada a seguir:

Procedimentos e Classificação Brasileira de Ocupações – SIGTAP.

| Grupo e Subgrupo de Procedimentos - SIGTAP                                                                                | CBO (código)  | CBO Nome                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------|
| 0301 - Procedimentos Clínicos Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos/                                                     | 225265        | Médico oftalmologista                                               |
| 0305 – Procedimentos Clínicos – Tratamento de doenças do aparelho da visão                                                | 225265        | Médico oftalmologista                                               |
| 021106 - Procedimentos com finalidade diagnóstica - Diagnóstico em oftalmologia                                           | 225265        | Médico oftalmologista                                               |
| 0205 - Procedimentos com finalidade diagnóstica - Diagnóstico por ultrassonografia - Ultrassonografia globo ocular/órbita | 225265/225320 | Médico oftalmologista/Médico em radiologia e diagnóstico por imagem |
| 030305 Procedimentos clínicos - Tratamento de doenças do aparelho da visão                                                | 225265        | Médico oftalmologista                                               |
| 0405 Procedimentos cirúrgicos - Cirurgia do aparelho da visão                                                             | 225265        | Médico oftalmologista                                               |

(c) Para evitar rejeição dos procedimentos realizados, a unidade deverá atender a compatibilidade prevista na Tabela de Procedimentos do SUS para a categoria da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

(d) A unidade deverá comprovar o vínculo dos profissionais e especialidade com o respectivo estabelecimento, conforme exigências da Tabela SUS para cada procedimento contemplado.

(e) A CONTRATADA declara possuir equipe de acordo com a Portaria nº. 288/SAS, de 19/05/2008, para a execução dos procedimentos contemplados no âmbito deste Termo de Referência, a saber: profissionais habilitados com formação competente para o desempenho das atividades desenvolvidas, equipe técnica composta por profissionais devidamente registrados e em dia com as obrigações junto ao órgão de classe.

(f) O estabelecimento de saúde deve possuir pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais obrigações assistenciais.

(g) O estabelecimento de saúde habilitado como “Atenção Especializada em Oftalmologia” terá a seguinte equipe mínima:

I. Médico Oftalmologista: médico com título de especialista em oftalmologia, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) - Conselho Brasileiro de Oftalmologia ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

II. Responsável Técnico: Médico Oftalmologista que deve assumir, formalmente, a responsabilidade técnica pela Unidade. O Responsável Técnico deve residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado no SUS, desde que instalado no mesmo município ou cidade circunvizinha.

III. Médico Anestesiologista: médico com título de especialista na área de Anestesiologia, conferido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, afim ou, ainda, certificado de Residência Médica em Anestesiologia, reconhecida pelo Ministério da Educação;

IV. Enfermeiro: Profissional de Enfermagem inscrito em seu Conselho Regional preferencialmente com capacitação e experiência em oftalmologia.

V. Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem: Profissional de enfermagem inscrito em seu Conselho Regional com a respectiva habilitação profissional, com formação profissional reconhecida pelo MEC.

#### 4. DAS DIRETRIZES DO CREDENCIAMENTO

4.1. Atendidas as exigências legais, e presente a necessidade de complementar a prestação dos serviços, terão prioridade as Unidades Prestadoras de Serviços de caráter filantrópico ou as sem fins lucrativos, conforme o prescrito no parágrafo 1º do art. 199 da Constituição Federal, observando a legislação específica federal e municipal, bem como o disposto no Termo de Contrato, no Edital e neste Termo de Referência.

**4.2.** A distribuição de procedimentos considerará ainda, a capacidade instalada de cada credenciado de modo que a repartição total das mesmas existentes ocorra de forma igualitária e proporcional à estrutura disponibilizada ao SUS e ao tempo de execução previsto no Edital, devendo objetivar, por fim, a prestação de serviços de qualidade.

**4.3.** As atividades pactuadas no âmbito deste Termo de Referência deverão estar em conformidade com as seguintes diretrizes:

**4.4.** Garantir a oferta dos serviços assistenciais previstos, segundo programação estabelecida, tanto quanto ao perfil assistencial, como à capacidade ofertada ao SUS;

**4.5.** Garantir a disposição integral da oferta de vagas contratadas à Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, através do Sistema de Regulação Ambulatorial - SISREG. Não serão remunerados os procedimentos executados em pacientes que não foram regulados;

**4.6.** Cumprir integralmente as normas da Central de Regulação - SISREG instituídas, submetendo-se às penalidades previstas no contrato, fazendo uso exclusivo do Sistema adotado pela SMS RIO para a oferta e acesso aos procedimentos pactuados;

**4.7.** Constituir fluxos internos para atender os encaminhamentos necessários aos usuários;

**4.8.** Os procedimentos assistenciais pactuados devem contemplar o princípio da integralidade do cuidado assistencial, de acordo com as necessidades do paciente e segundo o modelo de organização da Atenção por Linhas de Cuidado.

**5. DAS REGRAS DE CONTRATAÇÃO**

**5.1.** As atividades pactuadas no âmbito deste Termo de Referência deverão estar em conformidade com as seguintes diretrizes:

**5.1.1.** Os serviços serão contratados conforme os parâmetros previstos neste Termo de Referência;

**5.1.2.** A CONTRATADA deve garantir a oferta e a execução dos procedimentos contratualizados;

**5.1.3.** A CONTRATADA não poderá subcontratar, nem ceder sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE e sempre mediante instrumento próprio, a ser publicado na imprensa oficial.

**6. DO CONTRATO**

**6.1.** Os contratos, em todas as suas espécies, serão de direito público, regidos pela Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, pela legislação específica do SUS e pela legislação municipal;

**6.2.** Os contratos serão firmados conforme a comprovada necessidade do Sistema Único de Saúde e a autorização do Gestor do Sistema no Município do Rio de Janeiro;

**6.3.** Na efetivação do CONTRATO será feito o preenchimento dos instrumentos cadastrais, conforme as normas vigentes do SUS e do Município;

**6.4.** A SMS RIO poderá realizar vistorias em qualquer época, emitindo novos pareceres, sempre que julgar necessário, sendo que, se das vistorias se concluir por pareceres de avaliação física-funcional desfavorável e de avaliação técnica insuficiente, a unidade cadastrada será obrigada a corrigir as irregularidades encontradas, em prazo a ser determinado pela SMS RIO, por ocasião da verificação;

**6.5.** O parecer desfavorável poderá acarretar sanções previstas no CONTRATO, a serem aplicadas pela SMS RIO de acordo com o grau de não conformidade constatada, cuja reincidência ou persistência poderá resultar em extinção;

**6.6.** As CONTRATADAS deverão manter seus registros contábeis atualizados na forma da lei, para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde;

**6.7.** Descumpridas as exigências deste Termo de Referência esta Secretaria Municipal de Saúde poderá dispor de penalidades e sanções previstas no CONTRATO.

**7. DA REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**7.1.** A CONTRATADA é responsável pela oferta de vagas, bem como, por garantir o atendimento de todo paciente que for regulado pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG ou outro que venha a substituí-lo, bem como:

**I.** Qualquer solicitação de procedimento que não esteja elencado na lista de procedimentos, conforme o Anexo I do Termo de Referência deve ser encaminhado pela CONTRATADA, em formulário de referência da “Atenção Secundária para a Atenção Primária”, desde que este procedimento esteja previsto na tabela SIGTAP. Sendo assim, o paciente deverá ser referenciado pela CONTRATADA para a Unidade de Atenção Primária responsável pelo paciente, conforme constante na plataforma “Onde ser Atendido” da CONTRATANTE, acessível em [www.subpav.org/ondeserattendido](http://www.subpav.org/ondeserattendido).

A inserção da devida solicitação no sistema de regulação deverá ser efetuada pela Unidade de Atenção Primária responsável pelo paciente;

**II.** Para fins de repasse financeiro referente à prestação de serviços da unidade CONTRATADA, todos os procedimentos ambulatoriais que não forem regulados e/ou que não forem realizados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG serão glosados pelo MUNICÍPIO, ficando o ônus do procedimento a cargo do prestador, segundo a Portaria S/SUBGERAL nº. 07, de 08/03/2023. Para fins de comprovação de realização do procedimento somente serão contabilizados e remunerados os pacientes atendidos em que o “check-in” seja confirmado no mesmo dia do atendimento no sistema de regulação pela CONTRATADA;

**III.** A regulação da oferta de procedimentos ambulatoriais é realizada pela Central de Regulação do município do Rio de Janeiro, por meio do Sistema Municipal de Regulação (SISREG). Caso haja substituição do sistema de regulação utilizado, a SMS RIO se obrigará a comunicar à CONTRATADA;

**IV.** O acesso da população aos procedimentos contratados será feito exclusivamente pela Central de Regulação do município do Rio de Janeiro por meio do Sistema Municipal de Regulação (SISREG).

**V.** Fica vedada a reserva ou disponibilização de Procedimentos Oftalmológicos que não sejam regulados através do Sistema Municipal de Regulação (SISREG).

**VI.** A CONTRATADA é responsável pela oferta de vagas ao SISREG, bem como, por garantir o atendimento de todo paciente que for regulado pelo Sistema Municipal de Regulação (SISREG), respeitando o dia e horário agendados pelo SISREG.

**VII.** Fica vedada a negativa de atendimento a qualquer paciente que for regulado através do Sistema Municipal de Regulação (SISREG).

**VIII.** Cabe à CONTRATADA substituição dos profissionais em situação de férias laborais, licenças e demais situações para não ocasionar paralisação do serviço.

**IX.** Cabe à CONTRATADA o reagendamento e a garantia do atendimento quando não houver a possibilidade de atendimento dos pacientes agendados.

**X.** Fica vedada a devolução do paciente à unidade solicitante sem que haja a garantia da realização do atendimento pela unidade contratada, uma vez agendado pelo Sistema Municipal de Regulação (SISREG).

**XI.** A unidade contratada deve fazer contato telefônico com os pacientes previamente ao procedimento agendado a fim de diminuir o absenteísmo. Havendo necessidade de cancelamento do procedimento agendado, a unidade solicitante deve realizá-lo em tempo hábil de forma a permitir a disponibilização da vaga para outro paciente.

**XII.** Cabe à CONTRATADA o agendamento pelo SISREG para consultas de retorno na própria unidade de saúde imediatamente após a consulta de primeira vez. Ficando vedada a devolução do paciente para a unidade solicitante para o agendamento de retorno na própria unidade.

**XIII.** Cabe a CONTRATADA garantir a completude das informações nos laudos e nas contrarreferências para a Atenção Primária, bem como documentos do Sistema de Regulação, a cada solicitação de procedimentos no Sistema de Regulação, informando a história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente.

**XIV.** A CONTRATADA deverá emitir relatório de contrarreferência (modelo no ANEXO) ao final do tratamento de cada usuário, que deverá ser entregue ao paciente para fins de acompanhamento do caso pelas equipes de saúde;

**XV.** É vedada a criação de fila de espera interna após marcação dos usuários via SISREG.

**XVI.** Os procedimentos de assistência ambulatorial pactuados devem contemplar o princípio da integralidade do cuidado assistencial, de acordo com as necessidades do paciente e segundo o modelo de organização da Atenção por Linhas de Cuidado.

**8. DAS METAS FÍSICAS E QUALITATIVAS**

**I.** O cumprimento das metas será acompanhado por uma Comissão de Acompanhamento a ser definida pela SMS RIO, mantendo-se o monitoramento das atividades assistenciais por todas as instâncias de Controle, Avaliação, Supervisão e Auditoria do SUS;

**II.** Toda modificação, temporária ou permanente, referente à capacidade instalada, aos equipamentos, aos recursos humanos e àquelas que venham a comprometer o fluxo de encaminhamento e o funcionamento do serviço deve ser formalmente comunicada à Comissão de Acompanhamento, antes de sua ocorrência e, no caso de imprevisibilidade, imediatamente a ela;

**III.** A Unidade prestadora do serviço será responsável pela indicação de 01 (um) representante titular e 01 (um) suplente para o processo de acompanhamento, cuja indicação deverá ser encaminhada à Coordenadoria Geral de Contratualização, Controle e Auditoria (S/SUBGERAL/CGCCA) da SMS RIO;

**IV.** As metas quantitativas serão os limites máximos de procedimentos estabelecidos no contrato da unidade segundo grupo, subgrupo e procedimento:

| 0905010019 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA                                    |                                                       |                               |                                                       |                      |                        |                        |                       |                              |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| 0905010019 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS - 915 PACIENTES /MÊS* |                                                       |                               |                                                       |                      |                        |                        |                       |                              |                       |
| CÓDIGO                                                                                | OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS    | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                                             | QTD POR PACIENTE/ATO |                        | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0905010019                                                                            | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          | R\$ 200,00                    | SISREG-AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS | 1                    |                        | 100%                   | 915                   | 915                          | R\$ 183.000,00        |
|                                                                                       | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |                               |                                                       |                      |                        |                        |                       |                              |                       |
|                                                                                       | 0211060232 - TESTE ORTÓPTICO                          |                               |                                                       |                      |                        |                        |                       |                              |                       |
|                                                                                       | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |                               |                                                       |                      |                        |                        |                       |                              |                       |
| TOTAL /MÊS                                                                            |                                                       |                               |                                                       |                      |                        |                        | 915                   | 915                          | R\$ 183.000,00        |
| CÓDIGO                                                                                | PROCEDIMENTO                                          | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                                             | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE |                        | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0211060224                                                                            | TESTE DE VISÃO DE CORES                               | R\$ 3,37                      | —                                                     | 1                    | —                      |                        | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060011                                                                            | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                    | R\$ 24,24                     | —                                                     | 2                    | —                      |                        | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |

\*Neste cálculo, foi considerada a distribuição da fila do SISREG para as especialidades de Oftalmologia Geral e Oftalmologia Pediatria, considerando a quantidade de pacientes por faixa etária, permitindo a identificação do percentual de pacientes na fila com idades de 0 a 8 anos. Ajustou-se o percentual esperado de pacientes nessa faixa etária, uma vez que, em 10/01/2025, a fila de Oftalmologia Pediatria no SISREG incluía pacientes de até 17 anos. Desta forma, a estimativa do procedimento 0905010019 - OCI Avaliação Inicial em Oftalmologia - 0 a 8 anos limitou-se aos usuários desta faixa etária, enquanto os pacientes de 9 a 17 anos foram contabilizados no déficit da Consulta de Oftalmologia Geral.

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL - 9 ANOS OU MAIS - 21.168 PACIENTES/MÊS |                                                                           |                               |                                                            |                      |                        |                       |                              |                       |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| Código                                                                   | Procedimento                                                              | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                                                  | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0301010072                                                               | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                  | R\$ 10,00                     | SISREG- AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 9 ANOS OU MAIS | 1                    | 100%                   | 21.168                | 21.168                       | R\$ 211.680,00        |
| 0211060100                                                               | FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)                                                   | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 1                    | 100%                   | 21.168                | 21.168                       | R\$ 71.336,16         |
| 0211060259                                                               | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                    | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 2                    | 100%                   | 21.168                | 42.336                       | R\$ 142.672,32        |
| 0211060127                                                               | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                          | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 2                    | —                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060020                                                               | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO <b>BINOCULAR</b>                          | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 1                    | 40%                    | 8.467                 | 8.467                        | R\$ 104.482,78        |
| 0211060232                                                               | TESTE ORTÓPTICO- (EXCLUSIVO PARA PEDIATRIA 09 ANOS ATÉ 18 ANOS )          | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 1                    | —                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060224                                                               | TESTE DE VISÃO DE CORES - (EXCLUSIVO PARA PEDIATRIA 09 ANOS ATÉ 18 ANOS ) | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 1                    | —                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060011                                                               | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                                        | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 2                    | —                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0205020020                                                               | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                  | R\$ 14,81                     | FAZ PARTE DO PACOTE DE OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS | 2                    | —                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| TOTAL/MÊS                                                                |                                                                           |                               |                                                            |                      |                        |                       | 93.139                       | R\$ 530.171,26        |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CIRURGIA DE CATARATA                        |                                                              |                               |                              |                      |                                     |                       |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CIRURGIA DE CATARATA - 2.800 PACIENTES /MÊS |                                                              |                               |                              |                      |                                     |                       |
| CÓDIGO                                                                 | PROCEDIMENTO                                                 | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                    | QTD POR PACIENTE/ATO | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| CIRURGIA DE CATARATA                                                   |                                                              |                               |                              | 1                    | 2.800                               | R\$ 2.040.072,00      |
| 0405050097                                                             | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                 | R\$ 531,60                    | SISREG                       | 1                    | 315                                 | R\$ 167.454,00        |
| 0405050100                                                             | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                 | R\$ 483,60                    | SISREG                       | 1                    | 11                                  | R\$ 5.319,60          |
| 0405050119                                                             | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA   | R\$ 651,60                    | SISREG                       | 1                    | 347                                 | R\$ 226.105,20        |
| 0405050372                                                             | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL | R\$ 771,60                    | SISREG                       | 1                    | 2127                                | R\$ 1.641.193,20      |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                                         |                                                              |                               | ---                          | ---                  | 31.360                              | R\$ 428.092,00        |
| 0301010072                                                             | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                     | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1                    | 2.800                               | R\$ 28.000,00         |
| 0211060127                                                             | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                             | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 2                    | 5.600                               | R\$ 135.744,00        |
| 0211060054                                                             | CERATOMETRIA                                                 | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1                    | 2.800                               | R\$ 9.436,00          |
| 0211060143                                                             | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA                              | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 2                    | 2.800                               | R\$ 67.872,00         |
| 0205020089                                                             | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)        | R\$ 24,20                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 2                    | 560                                 | R\$ 13.552,00         |
| 0211060259                                                             | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                       | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 2                    | 5.600                               | R\$ 18.872,00         |
| 0211060100                                                             | FUNDOSCOPIA                                                  | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1                    | 2.800                               | R\$ 9.436,00          |
| 0211060151                                                             | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                 | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1                    | 2.800                               | R\$ 9.436,00          |
| 0211060011                                                             | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                           | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 2                    | 5.600                               | R\$ 135.744,00        |

| POS-OPERATÓRIO                            |                                                                                |              | ---                          | --- | 25.200 | R\$ 140.616,00   |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|-----|--------|------------------|
| 0301010072                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       | R\$ 10,00    | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1   | 8.400  | R\$ 84.000,00    |
| 0211060259                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         | R\$ 3,37     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 2   | 16.800 | R\$ 56.616,00    |
| REFRAÇÃO                                  |                                                                                |              | ---                          | --- | 8.400  | R\$ 46.872,00    |
| 0301010072                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       | R\$ 10,00    | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1   | 2.800  | R\$ 28.000,00    |
| 0211060259                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         | R\$ 3,37     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 2   | 5.600  | R\$ 18.872,00    |
| COMPLICAÇÕES (1,5% DO TOTAL DE CATARATAS) |                                                                                |              | ---                          |     | 41     | R\$ 155.906,52   |
| 0405050070                                | CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS                                           | R\$ 259,20   | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1   | 6      | R\$ 1.555,20     |
| 0405050151                                | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO                                | R\$ 1.112,83 | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | —   | 0      | R\$ 0,00         |
| 0405030142                                | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                          | R\$ 2.667,29 | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1   | 4      | R\$ 10.669,16    |
| 0405030169                                | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                | R\$ 4.183,12 | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1   | 4      | R\$ 16.732,48    |
| 0405030177                                | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER | R\$ 4.701,84 | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA | 1   | 27     | R\$ 126.949,68   |
| TOTAL/MÊS                                 |                                                                                |              |                              |     | 67.801 | R\$ 2.811.558,52 |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CATARATA CONGÊNITA – 2 PACIENTES /MÊS |                                                       |                               |                                        |                      |                        |                       |                              |                       |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                                           | PROCEDIMENTO                                          | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                              | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| OPERATÓRIO                                                       |                                                       |                               |                                        |                      |                        |                       | 4                            | R\$ 2.552,48          |
| 0405050380                                                       | CIRURGIA CATARATA CONGÊNITA                           | R\$ 895,16                    | SISREG                                 | 1                    | 100%                   | 2                     | 2                            | R\$ 1.790,32          |
| 0405030134                                                       | VITRECTOMIA ANTERIOR                                  | R\$ 381,08                    | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 1                    | 100%                   | 2                     | 2                            | R\$ 762,16            |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                                   |                                                       |                               |                                        |                      |                        |                       | 18                           | R\$ 324,20            |
| 0301010072                                                       | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA              | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 1                    | 100%                   | 2                     | 2                            | R\$ 20,00             |
| 0211060127                                                       | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                      | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 2                    | 100%                   | 2                     | 4                            | R\$ 96,96             |
| 0205020089                                                       | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) | R\$ 24,20                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 2                    | 100%                   | 2                     | 4                            | R\$ 96,80             |
| 0211060011                                                       | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                    | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 2                    | 100%                   | 2                     | 4                            | R\$ 96,96             |
| 0211060259                                                       | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 2                    | 100%                   | 2                     | 4                            | R\$ 13,48             |
| PÓS-OPERATÓRIO                                                   |                                                       |                               |                                        |                      |                        |                       | 12                           | R\$ 150,44            |
| 0301010072                                                       | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA              | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 1                    | 100%                   | 2                     | 2                            | R\$ 20,00             |
| 0211060259                                                       | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 2                    | 100%                   | 2                     | 4                            | R\$ 13,48             |
| 0211060127                                                       | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                      | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 2                    | 100%                   | 2                     | 4                            | R\$ 96,96             |
| 0301010072                                                       | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (refração)   | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CATARATA CONGÊNITA | 1                    | 100%                   | 2                     | 2                            | R\$ 20,00             |
| TOTAL /MÊS                                                       |                                                       |                               |                                        |                      |                        |                       | 34                           | R\$ 3.027,12          |

| SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - 10 PACIENTES /MÊS |                                                |                               |                                                   |                       |                        |                       |                              |                       |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                         | PROCEDIMENTO                                   | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                                         | QTD POR PACIENTE/ ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| OPERATÓRIO                                     |                                                |                               |                                                   |                       |                        |                       | 10                           | R\$ 2.037,30          |
| 0405010150                                     | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL | R\$ 203,73                    | SISREG                                            | 1                     | 100%                   | 10                    | 10                           | R\$ 2.037,30          |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                 |                                                |                               |                                                   |                       |                        |                       | 10                           | R\$ 100,00            |
| 0301010072                                     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA       | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE DE SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS | 1                     | 100%                   | 10                    | 10                           | R\$ 100,00            |
| PÓS-OPERATÓRIO                                 |                                                |                               |                                                   |                       |                        |                       | 10                           | R\$ 100,00            |
| 0301010072                                     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA       | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE DE SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS | 1                     | 100%                   | 10                    | 10                           | R\$ 100,00            |
| TOTAL /MÊS                                     |                                                |                               |                                                   |                       |                        |                       | 30                           | R\$ 2.237,30          |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA GERAL- 1.848 PACIENTES /MÊS |                                                       |                               |                            |                      |                        |                       |                              |                       |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                                        | PROCEDIMENTO                                          | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                  | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0301010072                                                    | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA              | R\$ 10,00                     | SISREG                     | 1                    | 100%                   | 1.848                 | 1.848                        | R\$ 18.480,00         |
| 0211060259                                                    | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 2                    | 100%                   | 1.848                 | 3.696                        | R\$ 12.455,52         |
| 0211060127                                                    | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                      | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 2                    | 100%                   | 1.848                 | 3.696                        | R\$ 89.591,04         |
| 0211060020                                                    | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)           | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 1                    | 100%                   | 1.848                 | 1.848                        | R\$ 22.804,32         |
| 0211060186                                                    | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                   | R\$ 64,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 1                    | 30%                    | 554                   | 554                          | R\$ 35.456,00         |
| 0205020089                                                    | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) | R\$ 24,20                     | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 2                    | 30%                    | 554                   | 1.108                        | R\$ 26.813,60         |
| 0211060283                                                    | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                        | R\$ 48,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 1                    | 100%                   | 1.848                 | 1.848                        | R\$ 88.704,00         |
| 0405030045                                                    | FOTOCOAGULACAO A LASER*                               | R\$ 107,61                    | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 6                    | 35%                    | 1.630                 | 9.780                        | R\$ 1.052.425,80      |
| TOTAL/MÊS                                                     |                                                       |                               |                            |                      |                        |                       | 24.378                       | R\$ 1.346.730,28      |

\*35% DO TOTAL DE PACIENTES DE OCI RETINOPATIA DIABÉTICA

| CÓDIGO                                                    | PROCEDIMENTO                                | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                             | QTD POR PACIENTE/ATO | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CIRURGIA DE RETINA - RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL |                                             |                               |                                       |                      | 30                           | R\$ 32.245,80         |
| 0405030070                                                | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL         | R\$ 1.074,86                  | SISREG                                | 1                    | 30                           | R\$ 32.245,80         |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                            |                                             |                               |                                       | ---                  | 180                          | R\$ 2.326,80          |
| 0301010072                                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA    | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 1                    | 30                           | R\$ 300,00            |
| 0211060020                                                | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR) | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 1                    | 30                           | R\$ 370,20            |
| 0211060127                                                | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)            | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 2                    | 60                           | R\$ 1.454,40          |
| 0211060259                                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                      | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 2                    | 60                           | R\$ 202,20            |
| POS-OPERATORIO                                            |                                             |                               |                                       | ---                  | 540                          | R\$ 6.980,40          |
| 0301010072                                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA    | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 1                    | 90                           | R\$ 900,00            |
| 0211060259                                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                      | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 2                    | 180                          | R\$ 606,60            |
| 0211060020                                                | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR) | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 1                    | 90                           | R\$ 1.110,60          |
| 0211060127                                                | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)            | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE PACOTE CIRURGIA RETINOPEXIA | 2                    | 180                          | R\$ 4.363,20          |
| TOTAL/MÊS                                                 |                                             |                               |                                       |                      | 750                          | R\$ 41.553,00         |

| 0905010043 - OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA - 4.657 PACIENTES /MÊS* |                                                       |                      |                                                |                      |                        |                       |                              |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                                                      | OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                | VALOR UNITÁRIO (R\$) | REGULAÇÃO                                      | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0905010043                                                                  | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          | R\$ 200,00           | SISREG- OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA | 1                    | 100%                   | 4.657                 | 4.657                        | R\$ 931.400,00        |
|                                                                             | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |                      |                                                |                      |                        |                       |                              |                       |
|                                                                             | 0211060178 - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR          |                      |                                                |                      |                        |                       |                              |                       |
|                                                                             | 0211060259 – TONOMETRIA                               |                      |                                                |                      |                        |                       |                              |                       |
|                                                                             | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |                      |                                                |                      |                        |                       |                              |                       |
| TOTAL /MÊS                                                                  |                                                       |                      |                                                |                      |                        | 4.657                 | 4.657                        | R\$ 931.400,00        |

| PACOTE COMPLEMENTAR- AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA |                                                       |                      |                            |                      |                        |                       |                              |                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                                  | PROCEDIMENTO                                          | VALOR UNITÁRIO (R\$) | REGULAÇÃO                  | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0211060186                                              | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                   | R\$ 64,00            | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 1                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0205020089                                              | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) | R\$ 24,20            | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 2                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060283                                              | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                        | R\$ 48,00            | FAZ PARTE DO PACOTE RETINA | 1                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |

\*22% do total de pacientes da CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GERAL - 9 ANOS OU MAIS.

| OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFL - 143 PACIENTES /MÊS |                                                                                |                               |                                          |                      |                                                  |                        |                              |                       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                                             | PROCEDIMENTO                                                                   | VALOR UNITÁRIO (R\$) – SIGTAP | REGULAÇÃO                                | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE                           | QTD DE PACIENTES / MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| OPERATÓRIO                                                         |                                                                                |                               |                                          |                      |                                                  |                        | 184                          | R\$ 631.826,50        |
| 0405030142                                                         | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                          | R\$ 2.667,29                  | SISREG                                   | 1                    | 7%                                               | 10                     | 10                           | R\$ 26.672,90         |
| 0405030169                                                         | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                | R\$ 4.183,12                  | SISREG                                   | 1                    | 13%                                              | 19                     | 19                           | R\$ 79.479,28         |
| 0405030177                                                         | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER | R\$ 4.701,84                  | SISREG                                   | 1                    | 69%                                              | 99                     | 99                           | R\$ 465.482,16        |
| 0405030070                                                         | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL                                            | R\$ 1.074,86                  | SISREG                                   | 1                    | 39%                                              | 56                     | 56                           | R\$ 60.192,16         |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                                     |                                                                                |                               |                                          |                      |                                                  |                        | 1.144                        | R\$ 18.012,28         |
| 0301010072                                                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 1                    | 100%                                             | 143                    | 143                          | R\$ 1.430,00          |
| 0211060127                                                         | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                               | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 2                    | 100%                                             | 143                    | 286                          | R\$ 6.932,64          |
| 0211060259                                                         | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 2                    | 100%                                             | 143                    | 286                          | R\$ 963,82            |
| 0211060020                                                         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)                                    | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 1                    | 100%                                             | 143                    | 143                          | R\$ 1.764,62          |
| 0205020089                                                         | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                          | R\$ 24,20                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 2                    | 100%                                             | 143                    | 286                          | R\$ 6.921,20          |
| POS-OPERATORIO                                                     |                                                                                |                               |                                          |                      |                                                  |                        | 1287                         | R\$ 80.960,88         |
| 0301010072                                                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 1                    | 3 consultas por paciente                         | 143                    | 429                          | R\$ 4.290,00          |
| 0211060259                                                         | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 2                    | 2 para cada consulta de retorno                  | 143                    | 286                          | R\$ 963,82            |
| 0211060020                                                         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)                                    | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 1                    | 1 para cada consulta de retorno                  | 143                    | 143                          | R\$ 1.764,62          |
| 0211060127                                                         | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                               | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 2                    | 2 para cada consulta de retorno                  | 143                    | 286                          | R\$ 6.932,64          |
| 0405030223                                                         | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE                                                    | R\$ 468,60                    | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 1                    | 1 remoção ao final de 3ª consulta, se necessário | 143                    | 143                          | R\$ 67.009,80         |
| REFRAÇÃO                                                           |                                                                                |                               |                                          |                      |                                                  |                        | 572                          | R\$ 4.158,44          |
| 0301010072                                                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 1                    | 100%                                             | 143                    | 143                          | R\$ 1.430,00          |
| 0211060259                                                         | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 2                    | 100%                                             | 143                    | 286                          | R\$ 963,82            |
| 0211060020                                                         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)                                    | R\$ 12,34                     | FAZ PARTE DO PACOTE CIRURGIA VITRECTOMIA | 1                    | 100%                                             | 143                    | 143                          | R\$ 1.764,62          |
| TOTAL /MÊS                                                         |                                                                                |                               |                                          |                      |                                                  |                        | 3.187                        | R\$ 734.958,10        |

| OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA - 1.875 PACIENTES /MÊS   |                                                                                           |                               |                              |                      |                        |                        |                              |                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                           | PROCEDIMENTO                                                                              | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                    | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES / MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA |                                                                                           |                               |                              |                      |                        |                        | 1.875                        | R\$ 108.262,50        |
| 0301010102                                       | CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/ REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA) | R\$ 57,74                     | SISREG                       | 1                    | 100%                   | 1875                   | 1.875                        | R\$ 108.262,50        |
| 0211060178                                       | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                           | R\$ 24,68                     | FAZ PARTE DO PACOTE GLAUCOMA | 1                    | 100%                   | 0                      | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060119                                       | GONIOSCOPIA                                                                               | R\$ 6,74                      | FAZ PARTE DO PACOTE GLAUCOMA | 2                    | –                      | 0                      | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0205020020                                       | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                  | R\$ 14,81                     | FAZ PARTE DO PACOTE GLAUCOMA | 2                    | –                      | 0                      | 0                            | R\$ 0,00              |

|                |                                                                     |                        |                              |   |   |      |       |                |
|----------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|---|---|------|-------|----------------|
| 0211060062     | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)              | R\$ 10,11              | FAZ PARTE DO PACOTE GLAUCOMA | 2 | — | 0    | 0     | R\$ 0,00       |
| 0211060283     | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                                      | R\$ 48,00              | FAZ PARTE DO PACOTE GLAUCOMA | 1 | — | 0    | 0     | R\$ 0,00       |
| ACOMPANHAMENTO |                                                                     |                        |                              |   |   |      | 5.625 | R\$ 99.787,50  |
| 0303050012     | ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA | R\$ 17,74              | FAZ PARTE DO PACOTE GLAUCOMA | 1 | 3 | 1875 | 5.625 | R\$ 99.787,50  |
| 030305XXXX     | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA                    | R\$ 18,66 – R\$ 226,02 | FAZ PARTE DO PACOTE GLAUCOMA | 1 | — | 0    | 0     | R\$ 0,00       |
| TOTAL/MÊS      |                                                                     |                        |                              |   |   |      | 7.500 | R\$ 208.050,00 |

| TRANSPLANTE DE CÓRNEA - 3 PACIENTES /MÊS |                                                                   |                               |                                 |                      |                        |                       |                              |                       |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO                                   | PROCEDIMENTO                                                      | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                       | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| OPERATÓRIO                               |                                                                   |                               |                                 |                      |                        |                       | 3                            | R\$ 6210,00           |
| 0505010097                               | TRANSPLANTE DE CÓRNEA                                             | R\$ 2.070,00                  | SISTEMA TRANSPLANTE SES         | 1                    | 75%                    | 2                     | 2                            | R\$ 4.140,00          |
| 0505010135                               | TRANSPLANTE DE CÓRNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS OU EM REOPERAÇÕES) | R\$ 2.070,00                  | SISTEMA TRANSPLANTE SES         | 1                    | 25%                    | 1                     | 1                            | R\$ 2.070,00          |
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMBINADOS      |                                                                   |                               |                                 |                      |                        |                       | 24                           | R\$ 7.486,14          |
| 0405050372                               | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL      | R\$ 771,60                    | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 2.314,80          |
| 0405030096                               | SUTURA DE ESCLERA                                                 | R\$ 161,19                    | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 483,57            |
| 0405030100                               | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA           | R\$ 159,37                    | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 478,11            |
| 0405050038                               | CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA                                            | R\$ 19,14                     | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 57,42             |
| 0405050216                               | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                                          | R\$ 172,27                    | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 516,81            |
| 0405050291                               | SUTURA DE CONJUNTIVA                                              | R\$ 82,28                     | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 246,84            |
| 0405050313                               | TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                                        | R\$ 965,45                    | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 2.896,35          |
| 0405050305                               | SUTURA DE CÓRNEA                                                  | R\$ 164,08                    | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 492,24            |
| PRÉ-OPERATÓRIO                           |                                                                   |                               |                                 |                      |                        |                       | 39                           | R\$ 536,85            |
| 0301010072                               | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                          | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 30,00             |
| 0211060127                               | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                  | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 2                    | 100%                   | 3                     | 6                            | R\$ 145,44            |
| 0211060100                               | FUNDOSCOPIA                                                       | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 10,11             |
| 0211060119                               | GONIOSCOPIA                                                       | R\$ 6,74                      | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 20,22             |
| 0211060151                               | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                      | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 10,11             |
| 0211060054                               | CERATOMETRIA (BINOCULAR)                                          | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1                    | 100%                   | 3                     | 3                            | R\$ 10,11             |
| 0205020089                               | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)             | R\$ 24,20                     | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 2                    | 100%                   | 3                     | 6                            | R\$ 145,20            |
| 0211060259                               | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                            | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 2                    | 100%                   | 3                     | 6                            | R\$ 20,22             |

|                |                                                                  |            |                                 |   |      |   |    |               |
|----------------|------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|---|------|---|----|---------------|
| 0211060011     | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                               | R\$ 24,24  | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 2 | 100% | 3 | 6  | R\$ 145,44    |
| PÓS-OPERATÓRIO |                                                                  |            |                                 |   |      |   | 30 | R\$ 678,03    |
| 0301010072     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                         | R\$ 10,00  | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1 | 100% | 3 | 3  | R\$ 30,00     |
| 0506010015     | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE CÔRNEA (2 por ano) | R\$ 115,00 | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1 | 100% | 3 | 3  | R\$ 345,00    |
| 0211060259     | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                           | R\$ 3,37   | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 2 | 100% | 3 | 6  | R\$ 20,22     |
| 0211060100     | FUNDOSCOPIA                                                      | R\$ 3,37   | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1 | 100% | 3 | 3  | R\$ 10,11     |
| 0211060267     | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA                             | R\$ 24,24  | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1 | 100% | 3 | 3  | R\$ 72,72     |
| 0211060054     | CERATOMETRIA (BINOCULAR)                                         | R\$ 3,37   | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1 | 100% | 3 | 3  | R\$ 10,11     |
| 0211060143     | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA                                  | R\$ 24,24  | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 2 | 100% | 3 | 6  | R\$ 145,44    |
| 0205020020     | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                         | R\$ 14,81  | FAZ PARTE DO PACOTE TRANSPLANTE | 1 | 100% | 3 | 3  | R\$ 44,43     |
| TOTAL/MÊS      |                                                                  |            |                                 |   |      |   | 96 | R\$ 14.911,02 |

|                                                       |                                                                                          |                               |                            |                      |                        |                       |                              |                       |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CÔRNEA - 527 PACIENTES/MÊS |                                                                                          |                               |                            |                      |                        |                       |                              |                       |
| CÓDIGO                                                | PROCEDIMENTO                                                                             | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO                  | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES /MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0301010072                                            | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                 | R\$ 10,00                     | SISREG                     | 1                    | 100%                   | 527                   | 527                          | R\$ 5.270,00          |
| 0301010072                                            | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PÓS OP PTERIGIO)                               | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 4                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0301010072                                            | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PÓS OP IMPLANTE INTRA ESTROMAL)                | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 4                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0301010072                                            | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PÓS OP CROSS LINK)                             | R\$ 10,00                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 4                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060143                                            | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA                                                          | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 2                    | 100%                   | 1054                  | 2.108                        | R\$ 51.097,92         |
| 0205020020                                            | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                 | R\$ 14,81                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 1                    | 100%                   | 527                   | 527                          | R\$ 7.804,87          |
| 0211060259                                            | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                                   | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 2                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060100                                            | FUNDOSCOPIA                                                                              | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 1                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060216                                            | TESTE DE SCHIRMER                                                                        | R\$ 3,37                      | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 1                    | 100%                   | 527                   | 527                          | R\$ 1.775,99          |
| 0211060267                                            | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA                                                     | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 1                    | 100%                   | 527                   | 527                          | R\$ 12.774,48         |
| 0211060267                                            | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA PÓS CIRURGIA PTERÍGIO (PÓS OPERATÓRIO)              | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 1                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060267                                            | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA POS CROSS LINK / IMPLANTE ESTROMAL (PÓS OPERATÓRIO) | R\$ 24,24                     | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 1                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050364                                            | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                                         | R\$ 209,55                    | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 2                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050402                                            | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                                                     | R\$ 292,72                    | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 2                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050143                                            | IMPLANTE INTRA ESTROMAL                                                                  | R\$ 902,95                    | FAZ PARTE DO PACOTE CÔRNEA | 2                    | –                      | 0                     | 0                            | R\$ 0,00              |
| TOTAL/MÊS                                             |                                                                                          |                               |                            |                      |                        |                       | 4.216                        | R\$ 78.723,26         |

|                                                                |                                          |                               |           |                      |                        |                        |                              |                       |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-----------|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PLÁSTICA OCULAR - 705 PACIENTES/MÊS |                                          |                               |           |                      |                        |                        |                              |                       |
| CÓDIGO                                                         | PROCEDIMENTO                             | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO | QTD POR PACIENTE/ATO | PARÂMETRO POR PACIENTE | QTD DE PACIENTES / MÊS | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
| 0301010072                                                     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | R\$ 10,00                     | SISREG    | 1                    | 100%                   | 705                    | 705                          | R\$ 7.050,00          |

|                |                                            |            |                                              |   |                |     |       |                |
|----------------|--------------------------------------------|------------|----------------------------------------------|---|----------------|-----|-------|----------------|
| 0405010010     | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO  | R\$ 203,74 | FAZ PARTE DO PACOTE CONSULTA PLÁSTICA OCULAR | 1 | 10%            | 71  | 71    | R\$ 14.465,54  |
| 0405010028     | CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO | R\$ 278,90 | FAZ PARTE DO PACOTE CONSULTA PLÁSTICA OCULAR | 1 | 5%             | 35  | 35    | R\$ 9.761,50   |
| 0405010141     | SIMBLEFAROPLASTIA                          | R\$ 203,74 | FAZ PARTE DO PACOTE CONSULTA PLÁSTICA OCULAR | 1 | 5%             | 35  | 35    | R\$ 7.130,90   |
| 0405040199     | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA         | R\$ 116,42 | FAZ PARTE DO PACOTE CONSULTA PLÁSTICA OCULAR | 1 | 10%            | 71  | 71    | R\$ 8.265,82   |
| 0405010184     | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE      | R\$ 95,42  | FAZ PARTE DO PACOTE CONSULTA PLÁSTICA OCULAR | 1 | 65%            | 458 | 458   | R\$ 43.702,36  |
| 0405040202     | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL              | R\$ 449,44 | FAZ PARTE DO PACOTE CONSULTA PLÁSTICA OCULAR | 1 | 5%             | 35  | 35    | R\$ 15.730,40  |
| POS-OPERATORIO |                                            |            |                                              |   |                |     | 1.410 | R\$ 106.106,52 |
| 0301010072     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA   | R\$ 10,00  | FAZ PARTE DO PACOTE CONSULTA PLÁSTICA OCULAR | 1 | 2 por paciente | 705 | 1410  | R\$ 14.100,00  |
| TOTAL/MÊS      |                                            |            |                                              |   |                |     | 2.820 | R\$ 120.206,52 |

OUTROS PROCEDIMENTOS

| CÓDIGO            | PROCEDIMENTO                                                          | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | REGULAÇÃO | QTD POR PACIENTE/ATO | QTD/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 | VALOR MÊS DA CP /2025 |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|----------------------|------------------------------|-----------------------|
| 0211060070        | ELETRO-OCULOGRAFIA                                                    | R\$ 24,24                     | SISREG    | 1                    | 1                            | R\$ 24,24             |
| 0211060089        | ELETRORETINOGRAFIA                                                    | R\$ 24,24                     | SISREG    | 1                    | 1                            | R\$ 24,24             |
| 0211060160        | POTENCIAL VISUAL EVOCADO                                              | R\$ 24,24                     | SISREG    | 1                    | 3                            | R\$ 72,72             |
| 0205020089        | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                 | R\$ 24,20                     | SISREG    | 2                    | 200                          | R\$ 4.840,00          |
| 0211060127        | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                      | R\$ 24,24                     | SISREG    | 2                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0211060178        | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                       | R\$ 24,68                     | SISREG    | 1                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405010036        | DACRIOCISTORRINOSTOMIA                                                | R\$ 681,87                    | SISREG    | 2                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405010079        | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS | R\$ 78,75                     | SISREG    | 1                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405030037        | CRIOTERAPIA OCULAR                                                    | R\$ 116,00                    | SISREG    | 1                    | 1                            | R\$ 116,00            |
| 0405040105        | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR                                        | R\$ 846,19                    | SISREG    | 1                    | 2                            | R\$ 1.692,38          |
| 0405050127        | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER                                          | R\$ 45,00                     | SISREG    | 1                    | 2                            | R\$ 90,00             |
| 0405050151        | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO                       | R\$ 1.112,83                  | SISREG    | 1                    | 25                           | R\$ 27.820,75         |
| 0405050283        | SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR                                    | R\$ 544,88                    | SISREG    | 1                    | 2                            | R\$ 1.089,76          |
| 0405050364        | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                      | R\$ 209,55                    | SISREG    | 1                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405030053        | INJECAO INTRA-VITREO                                                  | R\$ 82,28                     | SISREG    | 2                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405030150        | VITRIOLISE A YAG LASER                                                | R\$ 54,00                     | SISREG    | 2                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405030215        | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA                                                | R\$ 389,64                    | SISREG    | 1                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405030231        | REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL                                        | R\$ 389,64                    | SISREG    | 1                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050046        | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO / DIATERMIA                                       | R\$ 587,51                    | SISREG    | 2                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050356        | TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO                            | R\$ 1.236,75                  | SISREG    | 1                    | 1                            | R\$ 1.236,75          |
| 0405050020        | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                              | R\$ 112,77                    | SISREG    | 1                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050194        | IRIDOTOMIA A LASER                                                    | R\$ 45,00                     | SISREG    | 1                    | 10                           | R\$ 450,00            |
| 0405050135        | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA                                 | R\$ 873,61                    | SISREG    | 1                    | 2                            | R\$ 1.747,22          |
| 0405040210        | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR                                 | R\$ 453,61                    | SISREG    | 0                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050267        | SINEQUIOLISE A YAG LASER                                              | R\$ 45,00                     | SISREG    | 0                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050313        | TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                                            | R\$ 965,45                    | SISREG    | 0                    | 0                            | R\$ 0,00              |
| 0405050321        | TRABECULECTOMIA                                                       | R\$ 898,35                    | SISREG    | 1                    | 78                           | R\$ 70.071,30         |
| 0405050143        | IMPLANTE INTRA-ESTROMAL                                               | R\$ 902,95                    | SISREG    | 1                    | 4                            | R\$ 3.611,80          |
| 0405050402        | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                                  | R\$ 292,72                    | SISREG    | 1                    | 4                            | R\$ 1.170,88          |
| SUBTOTAL GRUPO 02 |                                                                       |                               |           |                      | 205                          | R\$ 4.961,2           |
| SUBTOTAL GRUPO 04 |                                                                       |                               |           |                      | 131                          | R\$ 109.096,8         |
| TOTAL/MÊS         |                                                                       |                               |           |                      | 336                          | R\$ 114.058,0         |

\*Os procedimentos serão realizados somente se o profissional executante possuir CBO compatível com o de-  
vido procedimento.

V. As metas de qualidade estão detalhadas no âmbito do Documento Descritivo, conforme quadro abaixo:

| INDICADORES DE ASSISTÊNCIA ( 70 pontos) |                                                                                                                |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicador 01                            | Percentual de vagas ofertadas ao Sistema de Regulação Municipal                                                |
| Propósito                               | Melhorar o acesso à assistência de saúde através da organização dos fluxos de demanda pelo sistema regulatório |
| Meta                                    | 100%                                                                                                           |
| Método de Cálculo                       | Nº de vagas ofertadas ao Sistema de Regulação X 100/- Nº de vagas Contratualizadas                             |
| Pontuação                               | 100% = 10 pontos; < 100% ≥80% = 5 pontos; < 80% = não pontua                                                   |

|                   |                                                                                                                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fonte             | SISREG                                                                                                                                                                  |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                  |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata.                                                                                           |
| Indicador 02      | Percentual de procedimentos cancelados por causa atribuída à CONTRATADA.                                                                                                |
| Propósito         | Avaliar desempenho da contratada frente ao perfeito funcionamento das instalações e eventuais falta de recursos humanos                                                 |
| Meta              | Inferior a 5%                                                                                                                                                           |
| Método de Cálculo | Nº de procedimentos cancelados com causa atribuída à contratada X 100<br>Nº total de consultas agendadas (oferta real)                                                  |
| Pontuação         | <5% = 10; >5% = 0                                                                                                                                                       |
| Fonte             | SISREG, Informação mensal enviada à Comissão de Acompanhamento, com assinatura dos membros da comissão de acompanhamento do prestador até o 10º dia do mês subsequente. |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Periodicidade                      | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                    | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Indicador 03                       | Taxa de infecção nos procedimentos cirúrgicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Propósito                          | A taxa de infecção em cirurgias limpas constitui um importante indicador da qualidade cirúrgica em uma instituição de saúde. Além disso, a vigilância contínua e a análise das taxas de infecção são fundamentais para identificar áreas de melhoria e garantir a segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos                                                                                                                                                                                      |
| Meta                               | Inferior a 1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Método de Cálculo                  | N° de pacientes com infecção nos procedimentos cirúrgicos X100<br>N° total de procedimentos cirúrgicos realizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pontuação                          | <1%=15, >1%= 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fonte                              | TABNET e informação mensal enviada à Comissão de Acompanhamento, com assinatura dos membros da comissão de acompanhamento de infeção hospitalar do prestador até o 10º dia do mês subsequente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Periodicidade                      | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                    | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Indicador 04                       | Taxa de complicação nos procedimentos cirúrgicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Propósito                          | A taxa de complicações cirúrgica é utilizada como indicador de desempenho, refletindo a segurança, eficácia e eficiência dos procedimentos cirúrgicos realizados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Meta                               | < 1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Método de Cálculo                  | N° de pacientes com complicações nos procedimentos cirúrgicos X 100<br>N° total de procedimentos cirúrgicos realizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Pontuação                          | <1%=15, >1%= 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fonte                              | TABNET e Informação mensal à Comissão de Acompanhamento até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periodicidade                      | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                    | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Indicador 05                       | Emissão de laudo de exames oftalmológicos contendo hipótese diagnóstica e orientação terapêutica quando couber em até 5 dias úteis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Propósito                          | O tempo total de liberação dos resultados é um aspecto crucial na garantia de qualidade, sendo particularmente relevante em situações em que a decisão clínica depende diretamente dos resultados dos exames ou quando há resultados críticos que requerem uma comunicação imediata.                                                                                                                                                                                                                                 |
| Meta                               | > 90%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Método de Cálculo                  | N° total de exames oftalmológicos X 100<br>N° total de laudos emitidos em até 5 dias úteis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Pontuação                          | > 90% = 10 pontos < 90%= não pontua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Fonte                              | Informação mensal à Comissão de Acompanhamento até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periodicidade                      | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                    | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Indicador 06                       | Implantação do Termo de consentimento informado para procedimentos invasivos (diagnósticos e cirúrgicos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Propósito                          | O Termo de Consentimento Informado é uma ferramenta legal e ética que visa proteger os direitos dos pacientes e garantir que as intervenções médicas sejam realizadas de acordo com a vontade e a compreensão do paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Meta                               | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Método de Cálculo                  | Nº de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos x 100<br>Nº total de termos de consentimentos informados assinados pelos pacientes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pontuação                          | 100% = 10 pts< 100% = não pontua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Fonte                              | Informação mensal à Comissão de Acompanhamento até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periodicidade                      | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                    | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| INDICADORES DE GESTÃO ( 30 pontos) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Indicador 07                       | Frequência e resolutividade de Ouvidorias Negativas recebidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Propósito                          | As demandas apresentadas pela Ouvidoria, cuja função é assegurar um canal seguro de comunicação aos usuários dos serviços de saúde, têm prazos e tramitação definidos. A abordagem destas queixas envolve a manifestação da Unidade, o contato com o usuário, visitas in loco e apresentação de documentos, conforme seja pertinente. A solução deve ser referendada pela Comissão de Acompanhamento.                                                                                                                |
| Meta                               | Até 1 Ouvidoria negativa recebida/mês. Resposta dentro do prazo definido pela Ouvidoria Municipal, a partir do recebimento da demanda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Método de Cálculo                  | Nº. de Ouvidorias Recebidas / mês; Prazo de resposta das Ouvidorias do período.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pontuação                          | Até 1 ouvidoria recebida e respondida dentro do prazo = 10 pts; Até 1 ouvidoria recebida e respondida com resposta em prazo excedido = 05 pts; 2 ouvidorias = não pontua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Fonte                              | Ouvidorias recebidas na SMS RIO e documentação pela CAC das tratativas, quando for o caso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Periodicidade                      | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                    | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Indicador 08                       | Pesquisa de Satisfação do Usuário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Propósito                          | A Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS tem como objetivo avaliar o grau de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção mediante inquérito amostral. Essas pesquisas focalizam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde, contemplando aspectos como: acolhimento, humanização e ambiência. |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 80%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Método de Cálculo | Número dos usuários atendidos que se mostraram satisfeitos com o atendimento prestado no último mês<br>Total de usuários avaliados no inquérito no último mês.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pontuação         | >80% (satisfeitos ou muito satisfeitos) =5 pts<br><80% (satisfeitos ou muito satisfeitos) = 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Fonte             | Relatório mensal enviado à Comissão de Acompanhamento, até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Indicador 09      | Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), rotinas e normas de funcionamento e atendimento dos processos envolvidos na assistência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Propósito         | A uniformidade do cuidado deve ser assegurada por instrutivos operacionais que orientem a prática de todos os profissionais nos processos de atenção ao paciente.Entre eles: Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos, Normatizações de indicações cirúrgicas, Protocolos de enfermagem O acervo destes documentos visa assegurar a regularidade, segurança e qualidade do cuidado prestado, através de ações contínuas de educação do corpo técnico. |
| Meta              | Rotinas e normas atualizadas anualmente assinadas pelo responsável técnico pela unidade, coerentes com a Política Nacional de Segurança do Paciente/MS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Método de Cálculo | POP impresso, disponível para consulta a toda equipe da Unidade. Um prazo para a adequação e atualização dos documentos será assegurado, com a pontuação sendo exigida apenas a partir do quarto mês de acompanhamento, a partir da data deste documento.                                                                                                                                                                                                                  |
| Pontuação         | 1º quadrimestre = ≥80% dos processos documentados = 5 pontos;< 80% ≥70%=2 pontos; abaixo de 70% =0<br>2º quadrimestre = ≥90% dos processos documentados = 5 pontos;< 90% ≥80%=2 pontos; abaixo de 80% =0<br>a partir do 3º quadrimestre = 100% dos processos documentados = 10 pontos;< 100% ≥90%=05 pontos; abaixo de 90% =0                                                                                                                                              |
| Fonte             | Documentos impressos e disponíveis, apresentados à Comissão de Acompanhamento; visita in loco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Periodicidade     | Quadrimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 90 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Indicador 10      | Regularidade da prestação de Informações pela Unidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Propósito         | As Comissões de Acompanhamento são compostas por profissionais da Unidade e da SMS RIO, e o comprometimento com a fidedignidade dos dados e prazos assegura a qualidade do acompanhamento previsto nos Contratos.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Meta              | Informações disponibilizadas (planilhas e documentos previstos) integralmente, com assinatura dos membros da CAC (Unidade) e RT da Unidade, até o 10º dia de cada mês subsequente ao período analisado. E-mail para envio de documentos, com cópia para os integrantes das respectivas comissões de acompanhamento: ccac.smsrio@regulacaoriorj.com.br.                                                                                                                     |
| Método de Cálculo | Registro da data de envio/Recebimento das planilhas e documentos previstos, com assinatura dos membros da CAC (Unidade) e RT da Unidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Pontuação         | Informações disponíveis dentro da data prevista = 10 pts; até o último dia do mês = 2 pts; após esta data = não pontua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Fonte             | Planilha elaborada pela Coordenação de Contratualização a partir do recebimento dos dados, a cargo da equipe de administrativos; recebimento das informações pelos representantes da CAC da SMS RIO                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| INDICADOR    | TOTAL DE PONTOS |
|--------------|-----------------|
| Indicador 01 | 10              |
| Indicador 02 | 10              |
| Indicador 03 | 15              |
| Indicador 04 | 15              |
| Indicador 05 | 10              |
| Indicador 06 | 10              |
| Indicador 07 | 10              |
| Indicador 08 | 5               |
| Indicador 09 | 5               |
| Indicador 10 | 10              |
| TOTAL MENSAL | 100             |

9. DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

O Responsável Técnico do estabelecimento de saúde deverá ser um profissional habilitado pelo competente conselho da classe com Anotação de Responsabilidade Técnica no órgão da respectiva classe e em dia com as obrigações do Conselho de Classe.

10. DO BANCO DE DADOS

A Unidade habilitada deve manter registro de todos os seus casos, pelo período mínimo de 20 (vinte) anos, preferentemente na forma digital, a fim de permitir a recuperação de dados.

11. DO RESSARCIMENTO

I. Os serviços que vierem a ser contratados serão remunerados, no máximo, pelos valores unitários constantes na Tabela de Procedimentos do SUS através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Me-

dicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, disponível no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br>, em vigor na data de realização do evento. Poderão ainda receber incentivos financeiros de acordo com Portarias Ministeriais que possam vir a ser publicadas em decorrência de habilitação na área de Serviços Ambulatoriais e Cirúrgicos na Área de Oftalmologia.

II. Serão considerados, para fins de ressarcimento, apenas os procedimentos realizados dentro dos padrões de qualidade exigidos neste Termo de Referência e que tenham sido ofertados por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial - SISREG;

III. Por força do artigo 26, da Lei nº. 8.080, de 19/09/1990, os preços são previamente fixados pelo Gestor do SUS, com base na Programação Físico - Orçamentária (Anexo I do Termo de Referência) e na Tabela SUS do Ministério da Saúde. O ressarcimento será feito mediante apresentação mensal, dos dados de produção preenchidos nos instrumentos próprios do SUS, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), fornecidos gratuitamente pelo DATASUS, e acessado via INTERNET, acompanhado da nota fiscal correspondente e do relatório detalhado. As contratadas receberão orientação da SMS RIO para uso dos referidos sistemas;

IV. Os reajustes dos valores pagos serão os estabelecidos pela Tabela SUS do Ministério da Saúde ou decorrentes de habilitação concedidas pelo mesmo órgão;

V. Além dos reajustes da Tabela SUS, a Secretaria Municipal de Saúde poderá acrescer ao valor remunerado recursos provenientes de Cofinanciamento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro ou outro similar, caso venham a ser implementados, por meio de apostilamento;

VI. O ressarcimento pelos serviços prestados será efetuado após o repasse dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, inclusive para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

VII. A produção enviada contemplará as seguintes possibilidades de instrumento de registro BPAI, APAC e AIH, por meio dos sistemas de informação oficiais. Especificamente em relação às OCIs, o instrumento de registro deverá ser APAC, considerando a execução de todos os procedimentos que compõem cada OCI cuja realização deverá ocorrer em tempo oportuno, ou seja, no prazo máximo de 30 dias, conforme Resolução 6.402 de 07 de março de 2025 e respectiva portaria regulamentadora.

(a) O procedimento OCI deverá ser cobrado em uma única competência. As APACs serão autorizadas, somente, mediante a comprovação de execução dos procedimentos secundários obrigatórios previstos nas OCIs: 0905010019 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS e 0905010043 - OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA, associados às consultas médicas especializadas, conforme detalhamento a seguir:

| CÓDIGO     | OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS    |
|------------|-------------------------------------------------------|
| 0905010019 | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          |
|            | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |
|            | 0211060232 - TESTE ORTÓPTICO                          |
|            | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |

| CÓDIGO     | OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                |
|------------|-------------------------------------------------------|
| 0905010043 | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          |
|            | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |
|            | 0211060178 - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR          |
|            | 0211060259 - TONOMETRIA                               |
|            | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |

VIII. Os serviços que vierem a ser contratados serão remunerados, pelos valores unitários constantes na Programação Físico - Orçamentária (Anexo I do Termo de Referência). O ressarcimento pelos serviços prestados será efetuado conforme o quantitativo de procedimentos aprovados, o que ocorrerá somente após processamento das informações nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, inclusive para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. Abaixo tabela contemplando o período da prestação dos serviços até o efetivo pagamento, considerando que a unidade tenha prestado serviço, por exemplo, em janeiro/2025 e o Ministério da Saúde tenha efetivamente finalizado o processamento da produção em março/2025.

| Mês de produção | Mês de apresentação | Mês de pagamento |
|-----------------|---------------------|------------------|
| Janeiro/25      | Fevereiro/25        | Março/25         |

IX. Em caso de revisão dos valores previstos na Tabela SIGTAP, os valores atualizados serão automaticamente repassados aos prestadores, sem que haja a necessidade de celebração de Termo Aditivo, dando-se tal reajuste por meio de apostilamento.

X. A prestação de contas será feita mensalmente, segundo cronogramas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, informando sua produção, por meio dos sistemas de informação oficiais. Tais sistemas possuem mecanismos de críticas e verificações da produção informada que resultam numa quantidade e em respectivos valores aprovados. Assim, a unidade fará jus aos valores aprovados consistidos nos sistemas e subsistemas de informação do SUS. Ressalta-se que os valores rejeitados/glosados poderão ser informados novamente com suas inconsistências corrigidas num prazo de até 03 (três) meses da data da realização do procedimento.

XI. Não será exigido garantia contratual, na forma da Lei Federal nº. 14.133/2021.

## 12. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

### 12.1. São obrigações do CONTRATANTE:

I. Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados pela unidade de saúde;

II. Monitorar, supervisionar, fiscalizar, auditar e avaliar as ações e os serviços produzidos pelas unidades de saúde contratadas;

III. Processar as ações nos sistemas e subsistemas de informação oficiais do SUS, SIA/SUS, APAC, SIH/SUS ou no sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a estes;

IV. Apresentar relatórios mensais das glosas técnicas e administrativas dos procedimentos, com o respectivo desconto na produção apresentada;

V. Analisar os relatórios elaborados pela Unidade Prestadora de Saúde com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados;

VI. Realizar de forma permanente ações e atividades de acompanhamento, apoio e avaliação da assistência prestada;

VII. Realizar, a qualquer tempo, auditorias assistenciais pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, dentro de suas programações de rotina ou extraordinárias, utilizando metodologia usual ou específica, e por outros componentes;

VIII. Remunerar o serviço prestado, regulado no sistema de regulação e aprovado nos sistemas de informação;

IX. Garantir a linha de cuidado e a coordenação do cuidado a partir das Unidades de Atenção Primária, seguindo critérios de indicação clínica, proximidade da residência do paciente, e disponibilidade do procedimento no Sistema de Regulação;

X. Realizar os pagamentos na forma e condições previstas em conformidade com o cronograma definido pela Secretaria Municipal de Saúde;

XI. Estabelecer dispositivos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde, mediante atividade regulatória;

XII. Determinar metas físicas e qualitativas a serem cumpridas, o volume de prestação de serviços e outros fatores que tornem o serviço um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XIII. .Analisar os relatórios elaborados pela CONTRATADA, considerando suas informações quando da análise do cumprimento das metas físicas e qualitativas estabelecidas no Documento Descritivo.

XIV. Estabelecer junto à CONTRATADA o envio, por meio físico e/ou digital, da documentação correspondente às atividades desenvolvidas e à realização dos serviços, conforme definido pela Comissão de Acompanhamento.

### 12.2. São obrigações da CONTRATADA:

I. Prestar os serviços de acordo com todas as exigências contidas no Termo de Referência e Documento Descritivo;

II. Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução do objeto deste contrato, responsabilizando-se integralmente pelo ressarcimento de quaisquer danos e prejuízos, de qualquer natureza, que causar ao CONTRATANTE ou a terceiros, respondendo por si, seus empregados, prepostos e sucessores, independentemente das medidas preventivas adotadas;

III. Atender às determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE;

IV. Responsabilizar-se, na forma do Contrato, pela contratação de pessoal para execução dos serviços referidos neste Termo e, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, resultantes de vínculo ou de prestação de serviços ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização dos serviços até o seu término:

(a) em caso de ajuizamento de ações trabalhistas em face da CONTRATADA, decorrentes da execução do presente Contrato, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro ou de entidade da Administração Pública indireta como responsável subsidiário ou solidário, o CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

(b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente Contrato, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária do CONTRATANTE, as parcelas vincendas poderão ser retidas até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

(c) as retenções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser realizadas tão logo tenha ciência o Município do Rio de Janeiro ou o CONTRATANTE da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e previdenciários e serão destinadas ao pagamento das respectivas obrigações caso o Município do Rio de Janeiro ou entidade da Administração Pública indireta sejam compelidos a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA;

(d) eventuais retenções previstas nas alíneas “a” e “b” somente serão liberadas pelo CONTRATANTE se houver justa causa devidamente fundamentada;

(e) Ocorrendo o término do Contrato sem que tenha se dado à decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou pagamento da condenação/dívida.

V. Responsabilizar-se, na forma do Contrato, pela qualidade dos serviços executados e dos materiais empregados, em conformidade com as especificações do Termo de Referência e Documento Descritivo, com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, e demais normas técnicas pertinentes, a ser atestada pela Secretaria Municipal de Saúde, assim como pelo refazimento do serviço e a substituição dos materiais recusados, sem ônus para o CONTRATANTE e sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis;

VI. Manter as condições de habilitação e qualificação exigidas para a celebração do Contrato durante todo prazo de execução contratual;

VII. Responsabilizar-se inteira e exclusivamente pelo uso regular de marcas, patentes, registros, processos e licenças relativas à execução deste Contrato, eximindo o CONTRATANTE das consequências de qualquer utilização indevida;

VIII. Cumprir durante toda a execução do contrato as exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz;

IX. Se comprometer a não subcontratar pessoa física ou jurídica, se aquela ou os dirigentes desta mantiverem vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou se deles forem cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral, ou por afinidade, até o terceiro grau;

X. Informar endereço (s) eletrônico (s) para comunicação e recebimento de notificações e intimações, inclusive para fim de eventual citação judicial;

XI. Comprovar o cadastramento de seu endereço eletrônico perante os órgãos do Poder Judiciário, mantendo seus dados atualizados para fins de eventual recebimento de citações e intimações;

XII. Os procedimentos contratados devem ser executados exclusivamente por profissionais habilitados com registro atualizado no respectivo Conselho de classe;

XIII. Elaborar Projeto de Educação Permanente para seus profissionais;

XIV. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da SMS RIO;

XV. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

XVI. Afixar aviso, em local visível em todas as entradas de público externo ou salas de atendimento aos pacientes do SUS, de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

XVII. Contar com Ouvidoria interna ou outro serviço de escuta voltada para o usuário;

XVIII. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos e garantir acesso ao uso de telefone;

XIX. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

XX. Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes, conforme Lei nº. 13.709, de 14/08/2018;

XXI. Os prestadores devem possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente ou sempre que necessário, e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade;

XXII. Estabelecer normas e rotinas institucionalizadas para todos os serviços prestados;

**XXIII.** As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na Atenção e Administração e contemplar os seguintes itens:

- (a)** Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- (b)** Normatizações de indicações cirúrgicas
- (c)** Avaliação de satisfação do cliente;
- (d)** Protocolos de enfermagem
- (e)** Escalas dos profissionais.

**XXIV.** Executar e registrar a assistência oftalmológica prestada em prontuário único para cada paciente, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente registradas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento, o referido prontuário deve ser eletrônico;

**XXV.** Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para cada processo de trabalho, as rotinas e normas institucionalizadas, escritas, atualizadas anualmente ou sempre que necessário, e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade;

**XXVI.** Garantir a completude das informações nos laudos e nas contrarreferências para a Atenção Primária, bem como documentos do Sistema de Regulação, a cada solicitação de procedimentos no Sistema de Regulação, informando a história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente;

**XXVII.** Disponibilizar os laudos aos pacientes, bem como documentação fotográfica e/ou relatórios associados ao procedimento solicitado e realizado, contemplando o formato de programação visual definido pela SMS RIO, em prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis e com disponibilização em meio físico e on-line e contactar os pacientes para informar que os resultados dos exames realizados se encontram disponíveis em meio físico ou digital tão logo eles estejam prontos;

**XXVIII.** A CONTRATADA deve se comprometer a fornecer informações sobre o tratamento de usuários, sempre que solicitado pela CONTRATANTE; não efetuar qualquer tipo de cobrança de taxas e/ou donativos aos usuários do SUS, sendo vedada ainda a captação de pacientes oriundos do SUS para a realização de procedimentos pagos pelo usuário, ainda que tal não esteja contratado pelo SUS. Nestes casos, o paciente deverá ser encaminhado, segundo protocolo estabelecido pela SMS RIO, para sua unidade de atenção primária de origem;

**XXIX.** Participar de Programas, Pesquisas e Ações Estratégicas, propostos pelo Ministério da Saúde e SMS RIO;

**XXX.** Proceder à atualização de dados junto ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em articulação com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS RIO, informando os eventos de Notificação Compulsória ou Agravos à saúde considerados relevantes com registro e envio dentro da periodicidade definida pela SMS RIO;

**XXXI.** Disponibilizar as vagas à Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG, dentro das normas vigentes e acordadas com a SMS RIO;

**XXXII.** O prestador deve garantir a oferta de determinadas consultas clínicas em Oftalmologia, respeitando as seguintes proporções:

- (a)** 01 Cirurgia de Catarata para 08 Consultas em Oftalmologia - Geral;
- (b)** 01 Cirurgia de Catarata para 04 Consultas em Oftalmologia - Plástica Ocular;
- (c)** 01 Consulta Diagnóstico glaucoma para 03 Consultas de Acompanhamento de Glaucoma (diagnóstico/reavaliação glaucoma);
- (d)** 01 Foto coagulação a laser- Retina para cada 03 OCI RETINOPATIA DIABÉTICA.
- (e)** EXEMPLO: Para cada cirurgia de catarata a ser realizada, o prestador deve oferecer, NO MÍNIMO, 08 consultas clínicas em Oftalmologia - Geral ou mais.

**XXXIII.** Manter atualização mensal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde ou Ministério da Saúde;

**XXXIV.** A CONTRATADA deve manter atualizada toda a capacidade instalada e de recursos humanos no Sistema Nacional de Cadastros de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

**XXXV.** A CONTRATADA obriga-se a encaminhar ao MUNICÍPIO, nos prazos estabelecidos, a Documentação correspondente às atividades desenvolvidas e à realização dos serviços, conforme definida pela CAC;

**XXXVI.** Manter atualizadas as escalas de serviço;

**XXXVII.** Manter boas condições de conservação e limpeza dos ambientes;

**XXXVIII.** Manter os prontuários dos pacientes organizados em arquivo, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, ressalvados os prazos previstos em lei. O referido prontuário deverá ser eletrônico;

**XXXIX.** A organização e guarda dos demais documentos aplicáveis ao Serviço contratado deverão considerar o disposto na Resolução SMS nº. 5.976, de 06/11/2023 e possíveis alterações posteriores;

**XL.** Cumprir as metas e condições especificadas no Documento Descritivo, parte integrante do Contrato;

**XLI.** Apresentar relatório mensal com informações relativas ao cumprimento das metas previstas no Documento Descritivo;

**XLII.** Apresentar tempestivamente, ao CONTRATANTE, arquivos, documentos e relatórios comprobatórios da prestação de serviços, consoante a normatização do SUS;

**XLIII.** Submeter 100% da porta de entrada dos serviços prestados aos pacientes oriundos da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG;

**XLIV.** Orientar-se pelos protocolos operacionais de regulação pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

**XLV.** Atender às determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE;

**XLVI.** Garantir o atendimento dos pacientes encaminhados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro através do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG para a respectiva assistência para o qual foi regulado;

**XLVII.** Deverá reconhecer como válido o documento emitido e assinado digitalmente pelas unidades públicas de saúde, em versão web ou no aplicativo MinhaSaúde.Rio e outros que venham a ser implementados no âmbito do SUS municipal, sem obrigatoriedade da apresentação em forma física e impressa;

**XLVIII.** Prestar atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, conforme previsto no Documento Descritivo;

**XLIX.** Atender às diretrizes do Programa Nacional de Segurança do paciente, conforme previsto no Documento Descritivo;

**L.** Cumprir as normas e portarias vigentes expedidas pelas três esferas de governo referentes ao serviço prestado;

**LI.** A CONTRATADA não poderá recusar o paciente, uma vez regulado pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG;

**LII.** Obedecer às normas trabalhistas vigentes, contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no que concerne à contratação com vínculo empregatício do pessoal a ser empregado na execução dos serviços; salvo quando tratar-se de Cooperativas;

**LIII.** A CONTRATADA deverá enviar a os arquivos contendo os dados da produção realizada até o 3º dia útil de cada mês, segundo o Instrutivo para Envio de Produção Ambulatorial, disponível em <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/> que seguirá o fluxo de processamento de dados de produção do Ministério da Saúde;

**LIV.** A CONTRATADA deverá manter as condições do pedido de credenciamento e qualificação técnica, fiscal e orçamentária exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução contratual, bem como possuir capacidade orçamentária para a manutenção da prestação dos serviços independente do lapso temporal decorrente da série - mês de produção, mês de apresentação e mês de pagamento, não sendo admitida qualquer espécie de suspensão das atividades, apresentando, quando for solicitada, a documentação exigida na habilitação;

**LV.** Apresentar, mensalmente, ao CONTRATANTE, relatórios gerenciais que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto do contrato;

**LVI.** Entregar mensalmente as informações referentes ao acompanhamento dos indicadores apresentados no Documento Descritivo;

**LVII.** Manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços;

**LVIII.** Garantir ao Conselho Municipal de Saúde, acesso à instituição para o exercício do seu poder de controle social previsto na legislação em vigor;

**LIX.** A CONTRATADA deverá manter ao longo de toda a execução contratual as condições sanitárias de caráter higiênico sanitário pertinente às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem, bem como à assistência e responsabilidade técnicas exigidas, de acordo com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e pelo Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária – IVISA-Rio;

**LX.** A Unidade de Saúde CONTRATADA que não estiver em conformidade com as normas estabelecidas pelos órgãos de controle e fiscalização, bem como receber até duas autuações no período de 12 (doze) meses, implicará no não cumprimento integral das metas qualitativas, conforme avaliação da Comissão de Acompanhamento do contrato e sofrerá as sanções pertinentes a este não cumprimento;

**LXI.** A unidade de Saúde CONTRATADA deverá realizar o registro da produção dos procedimentos ambulatoriais obrigatoriamente em Instrumento de Registro de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), conforme indicado na Tabela SIGTAP;

**LXII.** Garantir a manutenção e o adequado funcionamento das Comissões de qualidade da assistência, a saber: Comissão de Análise de Óbito, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Ética Médica, Comissão de Infecção Hospitalar, quando couber;

**LXIII.** A prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações referendadas pela Comissão de Ética e pelas instâncias técnicas da SECRETARIA;

**LXIV.** Informar ao CONTRATANTE quanto à necessidade de interrupção de quaisquer serviços pactuados com antecedência necessária e suficiente à garantia da continuidade da assistência aos usuários do SUS.

**LXV.** A interrupção dos serviços ocasionada por avarias dos equipamentos deve ser sanada no prazo máximo de 10 (dez) dias. A remarcação dos procedimentos interrompidos é de responsabilidade do prestador, não podendo ultrapassar 15 (quinze) dias contados a partir da interrupção;

**LXVI.** Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);

**LXVII.** Entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição “Este atendimento foi custeado com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”;

**LXVIII.** Apresentar o Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, quando for solicitado, exigíveis e apresentados na forma da lei, devidamente registrados na Junta Comercial do Estado de sua sede ou domicílio ou em outro órgão equivalente, de forma a garantir a execução do contrato;

**LXIX.** A Unidade de Saúde CONTRATADA que não estiver em conformidade com as normas estabelecidas pelos órgãos de controle e fiscalização, bem como receber até duas autuações no período de 12 (doze) meses, implicará no não cumprimento integral das metas qualitativas, conforme avaliação da Comissão de Acompanhamento e sofrerá as sanções pertinentes a este não cumprimento.

### 13. OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

**I.** As partes deverão cumprir a Lei nº. 13.709, de 14/08/2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão da execução do presente contrato administrativo independentemente de declaração ou de aceitação expressa;

**II.** Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD, especialmente o da adequação, o da necessidade e o da finalidade específica, bem como as diretrizes e instruções transmitidas pelo CONTRATANTE;

**III.** É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei e neste contrato;

**IV.** Eventual compartilhamento de dados pessoais com empresa SUBCONTRATADA dependerá de autorização prévia do CONTRATANTE, restringindo-se ao estritamente necessário para o fiel desempenho da execução do instrumento contratual, hipótese em que a SUBCONTRATADA ficará sujeita aos mesmos limites e obrigações legais e contratuais relativos à LGPD impostos à CONTRATADA, permanecendo a CONTRATADA integralmente responsável por garantir a sua observância perante o CONTRATANTE;

**V.** É dever da CONTRATADA orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD;

**VI.** A CONTRATADA é responsável pelo uso indevido e em desconformidade com a LGPD e com este contrato que seus empregados, colaboradores, prepostos, consultores ou prestadores de serviços fizerem dos dados pessoais, bem como por quaisquer falhas nos sistemas por ela empregados para o tratamento dos dados pessoais;

**VII.** A CONTRATADA deve adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas, aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito;

**VIII.** O CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, realizar diligências, inspeções e auditorias, a fim de zelar pelo cumprimento dessa cláusula, devendo a CONTRATADA atender, no prazo indicado pelo CONTRATANTE, eventuais pedidos de comprovações formulados;

**IX.** A fiscalização do CONTRATANTE não exime, nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA por quaisquer danos, perdas ou prejuízos causados ao CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes do descumprimento da LGPD e desse ajuste;

**X.** A CONTRATADA deverá prestar, no prazo fixado pelo CONTRATANTE, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado;

**XI.** Na hipótese de ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares, a CONTRATADA deve comunicar ao CONTRATANTE o fato em, no máximo, 24 horas, contados da sua ciência, para que este possa comunicar à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e ao Titular, na forma do art. 48 da LGPD;

**XII.** A CONTRATADA deverá manter banco de dados – art. 5º, IV da LGPD – em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, disponibilizando-o quando solicitado, na forma dos arts. 25 e 37 da LGPD;

**XIII.** Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD;

**XIV.** Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, os dados pessoais serão transferidos ao CONTRATANTE, assegurada a integridade e disponibilidade dos dados recebidos, e eliminados definitivamente pela CONTRATADA;

**XV.** O CONTRATANTE manterá os dados pessoais necessários ao cumprimento do art. 16 da LGPD somente enquanto não prescritas essas obrigações;

XVI. Os contratos e convênios de que trata o §1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

14. DO PRAZO

- I. O CONTRATO vigorará por 60 (sessenta) meses a contar da data de sua assinatura, sendo este com eficácia a partir da data da sua publicação do instrumento correspondente no Portal Nacional de Contratações Públicas.
- II. A data de assinatura do CONTRATO será a da realização da data da última assinatura eletrônica deste documento.

ANEXO I – Consolidado de quantitativos e valores por linha de cuidado

| PROCEDIMENTO                                                                               | QUANTIDADE MENSAL DE PROCEDIMENTOS A SEREM EXECUTADOS | VALOR ESTIMADO MENSAL | VALOR ESTIMADO ANUAL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL (9 ANOS OU MAIS)                                          | 93.139                                                | R\$ 530.171,26        | R\$ 6.362.055,12     |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA                                                        | 7.500                                                 | R\$ 208.050,00        | R\$ 2.496.600,00     |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CIRURGIA DE CATARATA                                            | 67.801                                                | R\$ 2.811.558,52      | R\$ 33.738.702,24    |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PEDIATRIA (OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS)* | 915                                                   | R\$ 183.000,00        | R\$ 2.196.000,00     |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA GERAL                                                    | 24.378                                                | R\$ 1.346.730,28      | R\$ 16.160.763,36    |
| CIRURGIA RETINA - RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL                                     | 750                                                   | R\$ 41.553,00         | R\$ 498.636,00       |
| OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                                                     | 4.657                                                 | R\$ 931.400,00        | R\$ 11.176.800,00    |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PLÁSTICA OCULAR                                                 | 2.820                                                 | R\$ 120.206,52        | R\$ 1.442.478,24     |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CÓRNEA                                                          | 4.216                                                 | R\$ 78.723,26         | R\$ 944.679,12       |
| OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INF                                               | 3.187                                                 | R\$ 734.958,10        | R\$ 8.819.497,20     |
| OFTALMOLOGIA - TRABECULECTOMIA                                                             | 78                                                    | R\$ 70.071,30         | R\$ 840.855,60       |
| OFTALMOLOGIA - ULTRA -SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ÓRBITA                              | 200                                                   | R\$ 4.840,00          | R\$ 58.080,00        |
| OFTALMOLOGIA - SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS (ADULTOS)                                        | 30                                                    | R\$ 2.237,30          | R\$ 26.847,60        |
| OFTALMOLOGIA - IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO                                                  | 25                                                    | R\$ 27.820,75         | R\$ 333.849,00       |
| OFTALMOLOGIA - IRIDOTOMIA A LASER                                                          | 10                                                    | R\$ 450,00            | R\$ 5.400,00         |
| DEMAIS PROCEDIMENTOS                                                                       | 23                                                    | R\$ 10.875,99         | R\$ 130.511,88       |
| CATARATA CONGÊNITA                                                                         | 34                                                    | R\$ 3.027,12          | R\$ 36.325,44        |
| TRANSPLANTE CÓRNEA                                                                         | 96                                                    | R\$ 14.911,02         | R\$ 178.932,24       |
| TOTAL                                                                                      | 209.859                                               | R\$ 7.120.584,42      | R\$ 85.447.013,04    |

\*Neste cálculo, foi considerada a distribuição da fila do SISREG para as especialidades de Oftalmologia Geral e Oftalmologia Pediatria, considerando a quantidade de pacientes por faixa etária, permitindo a identificação do percentual de pacientes na fila com idades de 0 a 8 anos. Ajustou-se o percentual esperado de pacientes nessa faixa etária, uma vez que, em 10/01/2025, a fila de Oftalmologia Pediatria no SISREG incluía pacientes de até 17 anos. Desta forma, a estimativa do procedimento 0905010019 - OCI Avaliação Inicial em Oftalmologia - 0 a 8 anos limitou-se aos usuários desta faixa etária, enquanto os pacientes de 9 a 17 anos foram contabilizados no déficit da Consulta de Oftalmologia Geral.

ANEXO II Quantitativo de Vagas ofertado Central de Regulação Municipal, por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial - SISREG

| PROCEDIMENTO                                                                              | QUANTIDADE DE VAGAS MENSAIS A SEREM OFERTADAS AO SISREG | QUANTIDADE MENSAL DE PROCEDIMENTOS A SEREM EXECUTADOS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL ( 9 ANOS OU MAIS)                                        | 21.168                                                  | 93.139                                                |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA                                                       | 1.875                                                   | 7.500                                                 |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CIRURGIA DE CATARATA                                           | 2.800                                                   | 67.801                                                |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PEDIATRIA (OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS) | 915                                                     | 915                                                   |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA GERAL                                                   | 1.848                                                   | 24.378                                                |
| CIRURGIA RETINA - RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL                                    | –                                                       | 750                                                   |
| OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                                                    | 4.657                                                   | 4.657                                                 |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PLÁSTICA OCULAR                                                | 705                                                     | 2.820                                                 |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CÓRNEA                                                         | 527                                                     | 4.216                                                 |
| OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INF                                              | 143                                                     | 3.187                                                 |

|                                                               |        |         |
|---------------------------------------------------------------|--------|---------|
| OFTALMOLOGIA - TRABECULECTOMIA                                | 78     | 78      |
| OFTALMOLOGIA - ULTRA -SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ÓRBITA | 100    | 200     |
| OFTALMOLOGIA - SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS (ADULTOS)           | 10     | 30      |
| OFTALMOLOGIA - IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO                     | 25     | 25      |
| OFTALMOLOGIA - IRIDOTOMIA A LASER                             | 10     | 10      |
| DEMAIS PROCEDIMENTOS                                          | –      | 23      |
| CATARATA CONGÊNITA                                            | –      | 34      |
| TRANSPLANTE CÓRNEA                                            | –      | 96      |
| TOTAL                                                         | 34.861 | 209.859 |

ANEXO III Programação Físico-Orçamentária

| CÓDIGO SIGTAP | PROCEDIMENTO                                                                               | VALOR UNITÁRIO (R\$) - SIGTAP | QUANTIDADE MENSAL CP | VALOR MENSAL CP |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|
| 0205020020    | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                   | R\$ 14,81                     | 530                  | R\$ 7.849,30    |
| 0205020089    | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                                      | R\$ 24,20                     | 2.164                | R\$ 52.368,80   |
| 0211060011    | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                                                         | R\$ 24,24                     | 5.610                | R\$ 135.986,40  |
| 0211060020    | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                                                            | R\$ 12,34                     | 10.864               | R\$ 134.061,76  |
| 0211060054    | CERATOMETRIA                                                                               | R\$ 3,37                      | 2.806                | R\$ 9.456,22    |
| 0211060062    | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)                                     | R\$ 10,11                     | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0211060070    | ELETRO-OCULOGRAFIA                                                                         | R\$ 24,24                     | 1                    | R\$ 24,24       |
| 0211060089    | ELETRORETINOGRAFIA                                                                         | R\$ 24,24                     | 1                    | R\$ 24,24       |
| 0211060100    | FUNDOSCOPIA                                                                                | R\$ 3,37                      | 23.974               | R\$ 80.792,38   |
| 0211060119    | GONIOSCOPIA                                                                                | R\$ 6,74                      | 3                    | R\$ 20,22       |
| 0211060127    | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                                           | R\$ 24,24                     | 10.122               | R\$ 245.357,28  |
| 0211060143    | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA                                                            | R\$ 24,24                     | 4.914                | R\$ 119.115,36  |
| 0211060151    | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                                               | R\$ 3,37                      | 2.803                | R\$ 9.446,11    |
| 0211060160    | POTENCIAL VISUAL EVOCADO                                                                   | R\$ 24,24                     | 3                    | R\$ 72,72       |
| 0211060178    | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                            | R\$ 24,68                     | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0211060186    | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                                        | R\$ 64,00                     | 554                  | R\$ 35.456,00   |
| 0211060216    | TESTE DE SCHIRMER                                                                          | R\$ 3,37                      | 527                  | R\$ 1.775,99    |
| 0211060224    | TESTE DE VISÃO DE CORES                                                                    | R\$ 3,37                      | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0211060232    | TESTE ORTÓPTICO                                                                            | R\$ 12,34                     | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0211060259    | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                                     | R\$ 3,37                      | 75.150               | R\$ 253.255,50  |
| 0211060267    | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA                                                       | R\$ 24,24                     | 530                  | R\$ 12.847,20   |
| 0211060283    | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                                                             | R\$ 48,00                     | 1.848                | R\$ 88.704,00   |
| 0301010072    | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                   | R\$ 10,00                     | 40.525               | R\$ 405.250,00  |
| 0301010102    | CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/ REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA) | R\$ 57,74                     | 1.875                | R\$ 108.262,50  |
| 0303050012    | ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA                        | R\$ 17,74                     | 5.625                | R\$ 99.787,50   |
| 0303050039    | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA )                     | R\$ 18,66                     | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0303050047    | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                      | R\$ 79,38                     | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0303050055    | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3 ª LINHA)                     | R\$ 127,98                    | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0303050063    | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR(1ª LINHA )                      | R\$ 12,44                     | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0303050071    | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                     | R\$ 52,92                     | 0                    | R\$ 0,00        |
| 0303050080    | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                     | R\$ 85,33                     | 0                    | R\$ 0,00        |

|            |                                                                                                           |              |       |                  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|------------------|
| 0303050098 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050101 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                | R\$ 8,93     | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050110 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                | R\$ 13,39    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050152 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 65,36    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050160 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 98,04    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050179 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 97,77    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050187 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 146,64   | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050195 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 138,25   | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050209 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 207,36   | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050217 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS             | R\$ 150,69   | 0     | R\$ 0,00         |
| 0303050225 | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS               | R\$ 226,02   | 0     | R\$ 0,00         |
| 0405010010 | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO                                                                 | R\$ 203,74   | 71    | R\$ 14.465,54    |
| 0405010028 | CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO                                                                | R\$ 278,90   | 35    | R\$ 9.761,50     |
| 0405010036 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA                                                                                    | R\$ 681,87   | 0     | R\$ 0,00         |
| 0405010079 | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS                                     | R\$ 78,75    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0405010141 | SIMBLEFAROPLASTIA                                                                                         | R\$ 203,74   | 35    | R\$ 7.130,90     |
| 0405010150 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL                                                            | R\$ 203,73   | 10    | R\$ 2.037,30     |
| 0405010184 | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE                                                                     | R\$ 95,42    | 458   | R\$ 43.702,36    |
| 0405030037 | CRIOTERAPIA OCULAR                                                                                        | R\$ 116,00   | 1     | R\$ 116,00       |
| 0405030045 | FOTOCOAGULACAO A LASER                                                                                    | R\$ 107,61   | 9.780 | R\$ 1.052.425,80 |
| 0405030053 | INJECAO INTRA-VITREO                                                                                      | R\$ 82,28    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0405030070 | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL                                                                       | R\$ 1.074,86 | 86    | R\$ 92.437,96    |
| 0405030096 | SUTURA DE ESCLERA                                                                                         | R\$ 161,19   | 3     | R\$ 483,57       |
| 0405030100 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA                                                   | R\$ 159,37   | 3     | R\$ 478,11       |
| 0405030134 | VITRECTOMIA ANTERIOR                                                                                      | R\$ 381,08   | 2     | R\$ 762,16       |
| 0405030142 | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                                                     | R\$ 2.667,29 | 14    | R\$ 37.342,06    |
| 0405030150 | VITRIOLISE A YAG LASER                                                                                    | R\$ 54,00    | 0     | R\$ 0,00         |
| 0405030169 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                                           | R\$ 4.183,12 | 23    | R\$ 96.211,76    |
| 0405030177 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER                           | R\$ 4.701,84 | 126   | R\$ 592.431,84   |
| 0405030215 | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA                                                                                    | R\$ 389,64   | 0     | R\$ 0,00         |
| 0405030223 | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE                                                                               | R\$ 468,60   | 143   | R\$ 67.009,80    |
| 0405030231 | REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL                                                                            | R\$ 389,64   | 0     | R\$ 0,00         |

|            |                                                                   |              |         |                  |
|------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|---------|------------------|
| 0405040105 | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR                                    | R\$ 846,19   | 2       | R\$ 1.692,38     |
| 0405040199 | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA                                | R\$ 116,42   | 71      | R\$ 8.265,82     |
| 0405040202 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL                                     | R\$ 449,44   | 35      | R\$ 15.730,40    |
| 0405040210 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR                             | R\$ 453,60   | 0       | R\$ 0,00         |
| 0405050020 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                          | R\$ 112,77   | 0       | R\$ 0,00         |
| 0405050038 | CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA                                            | R\$ 19,14    | 3       | R\$ 57,42        |
| 0405050046 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO / DIATERMIA                                   | R\$ 587,51   | 0       | R\$ 0,00         |
| 0405050070 | CORRECAO CIRÚRGICA DE HERNIA DE IRIS                              | R\$ 259,20   | 6       | R\$ 1.555,20     |
| 0405050097 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                      | R\$ 531,60   | 315     | R\$ 167.454,00   |
| 0405050100 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                      | R\$ 483,60   | 11      | R\$ 5.319,60     |
| 0405050119 | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA        | R\$ 651,60   | 347     | R\$ 226.105,20   |
| 0405050127 | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER                                      | R\$ 45,00    | 2       | R\$ 90,00        |
| 0405050135 | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA                             | R\$ 873,61   | 2       | R\$ 1.747,22     |
| 0405050143 | IMPLANTE INTRA ESTROMAL                                           | R\$ 902,95   | 4       | R\$ 3.611,80     |
| 0405050151 | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO                   | R\$ 1.112,83 | 25      | R\$ 27.820,75    |
| 0405050194 | IRIDOTOMIA A LASER                                                | R\$ 45,00    | 10      | R\$ 450,00       |
| 0405050216 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                                          | R\$ 172,27   | 3       | R\$ 516,81       |
| 0405050267 | SINEQUIOLISE A YAG LASER                                          | R\$ 45,00    | 0       | R\$ 0,00         |
| 0405050283 | SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR                                | R\$ 544,88   | 2       | R\$ 1.089,76     |
| 0405050291 | SUTURA DE CONJUNTIVA                                              | R\$ 82,28    | 3       | R\$ 246,84       |
| 0405050305 | SUTURA DE CÔRNEA                                                  | R\$ 164,08   | 3       | R\$ 492,24       |
| 0405050313 | TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                                        | R\$ 965,45   | 3       | R\$ 2.896,35     |
| 0405050321 | TRABECULECTOMIA                                                   | R\$ 898,35   | 78      | R\$ 70.071,30    |
| 0405050356 | TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO                        | R\$ 1.236,75 | 1       | R\$ 1.236,75     |
| 0405050364 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                  | R\$ 209,55   | 0       | R\$ 0,00         |
| 0405050372 | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL      | R\$ 771,60   | 2.130   | R\$ 1.643.508,00 |
| 0405050380 | CIRURGIA CATARATA CONGÊNITA                                       | R\$ 895,16   | 2       | R\$ 1.790,32     |
| 0405050402 | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                              | R\$ 292,72   | 4       | R\$ 1.170,88     |
| 0505010097 | TRANSPLANTE DE CÔRNEA                                             | R\$ 2.070,00 | 2       | R\$ 4.140,00     |
| 0505010135 | TRANSPLANTE DE CORNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS OU EM REOPERAÇÕES) | R\$ 2.070,00 | 1       | R\$ 2.070,00     |
| 0506010015 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE CÔRNEA (2 por ano)  | R\$ 115,00   | 3       | R\$ 345,00       |
| 0905010019 | OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS                | R\$ 200,00   | 915     | R\$ 183.000,00   |
| 0905010043 | OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                            | R\$ 200,00   | 4.657   | R\$ 931.400,00   |
| TOTAL      |                                                                   |              | 209.859 | R\$ 7.120.584,42 |

**ANEXO III – TERMO DE CONTRATO**  
**TERMO DE CONTRATO CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COMO CONTRATANTE, E A \_\_\_\_\_, COMO CONTRATADA, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA FORMA ABAIXO (PROCESSO ADMINISTRATIVO SMS-PRO-2025/29253) – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025**

Por este instrumento o **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº. 42.498.733/0001-48, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, nº 455 – 7º andar, Centro – RJ, a seguir denominado **CONTRATANTE**, representada pelo Secretário Municipal de Saúde, e a sociedade \_\_\_\_\_, estabelecida na \_\_\_\_\_ [endereço da sociedade, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº. \_\_\_\_\_, inscrita no CNES sob o nº. \_\_\_\_\_ a seguir denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por \_\_\_\_\_ [representante da sociedade] têm justo e acordado o presente Termo de Contrato, que é celebrado em decorrência do resultado do Chamamento Público nº. 001/2025 para a Prestação de Serviços de Saúde em **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA** através de Inexigibilidade de Licitação, realizado por meio do Processo Administrativo SMS-PRO-2025/29253, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

Este Contrato se rege por toda a legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como referida no presente termo, especialmente pelas normas de caráter geral da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, pela Lei Complementar Federal nº. 123, de 14/12/2006 – Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno

Porte, pela Lei Complementar Federal nº. 101, de 04/05/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal, pelo Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei Federal nº. 8.078, de 11/09/1990 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro – CAF, instituído pela Lei nº. 207, de 19/12/1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 01, de 13/09/1990, pelo Regulamento Geral do Código supracitado – RGCAF, aprovado pelo Decreto Municipal nº. 3.221, de 18/09/1981, e suas alterações, pela Lei Municipal nº. 4.978, de 09/12/2008, e pelos Decretos Municipais nº. 15.350, de 06/12/1996, nº. 17.907, de 20/09/1999, nº. 21.083, de 20/02/2002, nº. 21.253, de 05/04/2002, nº. 22.136, de 16/10/2002, nº. 31.349, de 12/11/2009, nº. 51.633, de 09/11/2022 e nº. 51.985, de 03/02/2023, pela Resolução Conjunta SMS/SMF/CGM nº. 27, de 30/03/1999, pela NOAS – SUS nº. 01, de 26/01/2001, bem como pelos preceitos de Direito Público.

O presente Contrato se rege ainda pela Lei Federal nº. 4.320, de 17/03/1964, pelo artigo 199, §1º, da Constituição da República Federativa do Brasil, pela Lei nº. 8.080, de 19/09/1990 e suas alterações, Decreto nº. 7.508, de 28/06/2011, Lei nº. 13.709, de 14/08/2018, pela Portaria GM/MS nº. 957, de 15/05/2008, pela Portaria SAS/MS nº. 288, de 19/05/2008, pela Portaria GM/MS nº. 1.559, de 01/08/2008, Portaria GM/MS nº. 1.631, de 01/10/2015, pela Portaria de Consolidação GM/MS nº. 01, de 28/09/2017, pela Portaria de Consolidação GM/MS nº. 02, de 28/09/2017, Portaria SCTIE/MS nº. 51, de 11/11/2020, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 17, de 01/10/2021, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 04, de 04/03/2022, pela Portaria de Consolidação SAES/MS nº. 01 de 22/02/2022, Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 28, de 06/12/2023, pela Portaria GM/MS nº. 3.492, de 08/04/2024, Portaria SAES/MS nº. 1.821, de 11/06/2024, Portaria SAES/MS nº. 2.331, de 10/12/2024, Portaria SAES/MS nº. 2.630, de 06/03/2025, Portaria SAES/MS nº. 2.723, de 31/03/2025, pela Resolução de Diretoria Colegiada- RDC nº. 50, de 21/02/2002; RDC nº. 63, de 25/11/2011; RDC nº. 509 de 27/05/2021, ABNT NBR-9050, publicada em 25/01/2021 e toda legislação aplicável

CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO

O objeto do presente contrato é a prestação de serviços técnicos – profissionais em **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA**, conforme especificações constantes no Termo de Referência e do Documento Descritivo definido entre as partes nos limites da Ficha de Programação Orçamentária (FPO).

I. O Documento Descritivo terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, sendo prorrogado automaticamente após o devido período, limitado ao prazo de vigência do contrato. Havendo interesse entre os contraentes, o Documento Descritivo poderá ser alterado a qualquer tempo, por meio de aditivo, quando acordado entre as partes nos termos da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021;

II. Ficam os serviços contratados submetidos às normas advindas do Ministério da Saúde, conforme disposto em normatização específica;

III. Todos os procedimentos ambulatoriais previstos no Documento Descritivo serão, obrigatoriamente, regulados pela Central de Regulação Ambulatorial, por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial, observados a demanda da rede de assistência e os limites orçamentários;

IV. O atendimento aos usuários do SUS contempla todas as atividades e serviços necessários à prestação da assistência à saúde contratada;

V. Mediante Termo Aditivo e, de acordo com a capacidade operacional da CONTRATADA e as necessidades do CONTRATANTE, os contraentes poderão fazer acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento) nos valores deste Contrato, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pelo Secretário Municipal de Saúde.

VI. Os serviços serão executados com obediência rigorosa, fiel e integral de todas as exigências, normas, itens, elementos, condições gerais e especiais, contidos no Processo Administrativo SMS-PRO-2025/29253, no Termo de Referência, no Documento Descritivo e informações fornecidas pelo CONTRATANTE, bem como nas normas técnicas para a execução dos serviços.

VII. Os serviços referidos serão executados pela CONTRATADA em sua sede \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ – Rio de Janeiro – RJ, CEP: \_\_\_\_\_.

VIII. A eventual mudança de endereço do estabelecimento da CONTRATADA deverá ser imediatamente comunicada ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o CONTRATANTE rever as condições deste Contrato, e até mesmo extingui-lo, se entender conveniente.

CLÁUSULA TERCEIRA - VALOR

O valor total estimado para execução, em 60 (sessenta) meses, do presente contrato importará em R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) correspondendo a uma despesa mensal estimada de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) conforme a produção de serviços prestados pela CONTRATADA. O pagamento ocorrerá somente após aprovação da produção nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, segundo os valores fixados na Programação Físico - Orçamentária (Anexo I do Termo de Referência) e da transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, inclusive para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, conforme valores da Tabela SUS/MS em vigor na data de realização do evento, sendo que esses preços tabelados poderão ter os seus valores corrigidos seguindo a atualização da tabela pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO

Os pagamentos serão realizados mensalmente, sendo que o primeiro faturamento deverá ocorrer após 30 (trinta) dias contados do início da prestação dos serviços, em conformidade com o cronograma da Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo Primeiro** – Para fins de medição, se for o caso, e faturamento, o período-base de edição do serviço prestado será de um mês, considerando-se o mês civil, podendo no primeiro mês e no último, para fins de acerto de contas, o período se constituir em fração do mês, considerado para esse fim o mês com 30 (trinta) dias.

**Parágrafo Segundo** – Somente serão remunerados os procedimentos (principais e vinculados) realizados em pacientes regulados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, através do sistema de regulação oficial e efetivamente realizados pela CONTRATADA. Em caso de cobrança por serviços em desconformidade com o exposto, o CONTRATANTE reserva-se no direito de proceder à glosa dos valores na produção subsequente independentemente de notificação.

**Parágrafo Terceiro** – O pagamento à CONTRATADA será realizado em razão dos serviços efetivamente prestados, aceitos e aprovados por meio dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e respectiva Nota Fiscal devidamente emitida e atestada referente ao período-base, sem que o CONTRATANTE esteja obrigado a pagar o valor total do Contrato.

**Parágrafo Quarto** – O documento de cobrança será apresentado à Fiscalização, para atestação, e, após, protocolado no setor competente do órgão.

**Parágrafo Quinto** – No caso de erro nos documentos de cobrança, estes serão devolvidos à CONTRATADA para retificação ou substituição, passando o prazo de pagamento a fluir, então, da reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Sexto – A produção enviada contemplará as seguintes possibilidades de instrumento de registro BPAI, APAC e AIH, por meio dos sistemas de informação oficiais. Especificamente em relação às OCIs, o instrumento de registro deverá ser APAC, considerando a execução de todos os procedimentos que compõem cada OCI cuja realização deverá ocorrer em tempo oportuno, ou seja, no prazo máximo de 30 dias.

(a) O procedimento OCI deverá ser cobrado em uma única competência. As APACs serão autorizadas, somente, mediante a comprovação de execução dos procedimentos secundários obrigatórios previstos nas OCIs: 0905010019 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS e 0905010043 - OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA, associados às consultas médicas especializadas, conforme detalhamento a seguir:

| CÓDIGO     | OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS    |
|------------|-------------------------------------------------------|
| 0905010019 | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          |
|            | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |
|            | 0211060232 - TESTE ORTÓPTICO                          |
|            | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |

| CÓDIGO     | OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                |
|------------|-------------------------------------------------------|
| 0905010043 | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          |
|            | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |
|            | 0211060178 - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR          |
|            | 0211060259 - TONOMETRIA                               |
|            | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |

**Parágrafo Sétimo** – O pagamento ocorrerá somente, conforme quantitativo de procedimentos aprovados pelos sistemas do Ministério da Saúde. Abaixo tabela contemplando o período da prestação dos serviços até o efetivo pagamento, considerando que a unidade tenha prestado serviço,por exemplo, em janeiro/2025 e o Ministério da Saúde tenha efetivamente finalizado o processamento da produção em março/2025.

| Mês de produção | Mês de apresentação | Mês de pagamento |
|-----------------|---------------------|------------------|
| Janeiro/25      | Fevereiro/25        | Março/25         |

\*Assim, os serviços são prestados em um mês, apresentados e processados no mês subsequente e pagos no mês posterior.

**Parágrafo Oitavo** – Após a regular liquidação da despesa, nos termos do artigo 63 da Lei nº. 4.320/1964, conforme o disposto no artigo 140, da Lei Federal nº. 14.133/2021 e prazos estabelecidos na Resolução SMFP nº 3.349 de 20/02/2024, será realizado crédito em conta corrente aberta no Banco SANTANDER (Brasil) S.A, devidamente cadastrada junto à Coordenação do Tesouro Municipal, conforme Contrato nº. 103/2011, publicado no D.O. Rio nº. 195, de 26/12/2011, decorrente de licitação CEL/SMF-PP 01/2011, ou em outro banco que venha a substituí-lo, nos conformes legais.

**Parágrafo Nono** – O pagamento será efetuado à CONTRATADA através de crédito em conta corrente aberta em banco a ser indicado pelo CONTRATANTE, a qual deverá ser cadastrada junto à Coordenação do Tesouro Municipal.

CLÁUSULA QUINTA - REGIME DE EXECUÇÃO

A prestação objeto do presente contrato obedecerá ao Termo de Referência e Documento Descritivo.

CLÁUSULA SEXTA - FISCALIZAÇÃO

A CONTRATADA submeter-se-á a todas as medidas e procedimentos de Fiscalização. Os atos de fiscalização, inclusive inspeções e testes, executados pelo CONTRATANTE e/ou por seus prepostos, não eximem a CONTRATADA de suas obrigações no que se refere ao cumprimento das normas, especificações e projetos, nem de qualquer de suas responsabilidades legais e contratuais.

**Parágrafo Primeiro** – A Fiscalização da execução dos serviços caberá à Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC). Incumbe à fiscalização a prática de todos os atos que lhe são próprios nos termos da legislação em vigor, respeitados o contraditório e a ampla defesa.

**Parágrafo Segundo** – A CONTRATADA declara aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pelo CONTRATANTE, se obrigando a fornecer os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

**Parágrafo Terceiro** – Compete à CONTRATADA fazer minucioso exame das especificações dos serviços, de modo a permitir, a tempo e por escrito, apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, para o devido esclarecimento, que venham a impedir o bom desempenho do Contrato. O silêncio implica em total aceitação das condições estabelecidas.

**Parágrafo Quarto** – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA no que concerne aos serviços contratados, à sua execução e às consequências e implicações, próximas ou remotas, perante a CONTRATANTE, ou perante terceiros, do mesmo modo que a ocorrência de eventuais irregularidades na execução dos serviços contratados não implicará corresponsabilidade da CONTRATANTE ou se seus prepostos.

**Parágrafo Quinto** – A CONTRATADA se obriga a permitir que o pessoal da fiscalização do CONTRATANTE acesse quaisquer de suas dependências, possibilitando o exame das instalações e também das anotações relativas aos equipamentos, pessoas e materiais, fornecendo, quando solicitados, todos os dados e elementos referentes à execução do contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE

O acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas estabelecidas no Documento Descritivo serão realizados pela CAC.

**Parágrafo Primeiro** – A CAC será formalmente designada pelo titular da Pasta, devendo estar constituída por, no mínimo, três representantes do MUNICÍPIO, indicados pela S/SUBGERAL/CGCCA e no mínimo dois representantes indicados pela CONTRATADA no prazo de até 15 (quinze) dias após a data de sua última assinatura deste termo e se reunir, no mínimo, trimestralmente com o objetivo de monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo:

I. Avaliar o cumprimento das metas quali-quantitativas e físico-financeiras elaborando relatórios com periodicidade definida pelo gestor.

II. Avaliar se a capacidade instalada da unidade está sendo disponibilizada, em sua totalidade, aos gestores do SUS.

**III.** Acompanhar os resultados avaliando o cumprimento de metas e a resolutividade das ações e serviços contratados.

**IV.** Adequar os limites físicos e financeiros pactuados que se fizerem necessários.

**V.** Revisar o documento descritivo quando do atingimento inferior a 50% das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados.

**VI.** Permitir o acesso dos supervisores, auditores e outros profissionais eventualmente ou permanentemente designados pelo gestor do SUS, se necessário.

**VII.** Os relatórios gerenciais solicitados pela CAC deverão ser apresentados mensalmente (ou conforme calendário estipulado pela SMS RIO) pela unidade, de modo que a não apresentação gerará prejuízos na avaliação final da unidade.

**Parágrafo Segundo** – Este monitoramento não substitui ou impede a atuação das demais instâncias de controle, avaliação, supervisão e auditoria do SUS, comprometendo-se a CONTRATADA a submeter-se aos mecanismos de controle e auditoria, de rotina e especiais, das diferentes esferas e disponibilizar, nos prazos solicitados, todas as informações requeridas pelos gestores.

**Parágrafo Terceiro** – Toda modificação na programação de que trata o Documento Descritivo – inclusão e exclusão das ações e serviços pactuados, bem como qualquer outra alteração que impacte na produção de serviços estabelecida devem ser formalmente, comunicadas à respectiva CAC, no mês de sua ocorrência e, em caso de situações planejadas/previstas, antes mesmo da sua ocorrência. Quando indicado, a modificação deve ser formalizada por meio de Termo Aditivo firmado entre as partes.

**Parágrafo Quarto** – A CONTRATADA fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessários ao cumprimento de suas finalidades.

**Parágrafo Quinto** – A existência da Comissão mencionada nesta cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual, Municipal).

**Parágrafo Sexto** – A Comissão de Acompanhamento utilizará os Relatórios disponíveis e as informações dos Sistemas oficiais do DATASUS/MS, para a análise do cumprimento das metas estabelecidas no Documento Descritivo. Caso a análise das metas qualitativas dependa de informações a serem enviadas pela unidade e, esta não enviar a informação ou enviar fora do prazo estipulado, a pontuação do indicador resultará em zero.

**Parágrafo Sétimo** – As ações de Controle necessárias à verificação do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes, bem como o monitoramento das condições de assistência, mediante Fiscalização in loco, se darão por meio de visitas das equipes da Coordenação de Supervisão e Auditoria.

#### CLÁUSULA OITAVA - DOS DOCUMENTOS INFORMATIVOS

A CONTRATADA obriga-se a encaminhar ao MUNICÍPIO, nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos ou informações

**I.** Documentação correspondente às atividades desenvolvidas e à realização dos serviços, conforme definido pela CAC.

**II.** Manter atualizados, com a periodicidade e prazos estabelecidos, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e/ou de outro sistema de informações oficiais que venham a ser implementados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde ou Ministério da Saúde.

#### CLÁUSULA NONA - PRAZO

O CONTRATO vigorará por 60 (sessenta) meses a contar da data de sua última assinatura, sendo este com eficácia a partir da data da sua publicação do instrumento correspondente no Portal Nacional de Contratações Públicas.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - ENCARGOS COMUNS

São encargos comuns dos partícipes:

**I.** Elaboração do Documento Descritivo, que poderá ser revisto/ajustado a qualquer tempo, caso o Gestor SUS (SMS RIO) e/ou a CONTRATADA identifiquem essa necessidade.

**II.** Educação permanente dos profissionais.

**III.** Aprimoramento da atenção à saúde, baseado nos princípios da Rede de Atenção à Saúde.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

São obrigações da CONTRATANTE:

**I.** Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados pela unidade de saúde;

**II.** Monitorar, supervisionar, fiscalizar, auditar e avaliar as ações e os serviços produzidos pelas unidades de saúde contratadas;

**III.** Processar as ações nos sistemas e subsistemas de informação oficiais do SUS, SIA/SUS, APAC, SIH/SUS ou no sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a estes;

**IV.** Apresentar relatórios mensais das glosas técnicas e administrativas dos procedimentos, com o respectivo desconto na produção apresentada;

**V.** Analisar os relatórios elaborados pela Unidade Prestadora de Saúde com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados;

**VI.** Realizar de forma permanente ações e atividades de acompanhamento, apoio e avaliação da assistência prestada;

**VII.** Realizar, a qualquer tempo, auditorias assistenciais pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, dentro de suas programações de rotina ou extraordinárias, utilizando metodologia usual ou específica, e por outros componentes,

**VIII.** Remunerar o serviço prestado, regulado no sistema de regulação e aprovado nos sistemas de informação;

**IX.** Garantir a linha de cuidado e a coordenação do cuidado a partir das Unidades de Atenção Primária, seguindo critérios de indicação clínica, proximidade da residência do paciente, e disponibilidade do procedimento no Sistema de Regulação;

**X.** Realizar os pagamentos na forma e condições previstas em conformidade com o cronograma definido pela Secretaria Municipal de Saúde;

**XI.** Estabelecer dispositivos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde, mediante atividade regulatória;

**XII.** Determinar metas físicas e qualitativas a serem cumpridas, o volume de prestação de serviços e outros fatores que tornem o serviço um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS);

**XIII.** Analisar os relatórios elaborados pela CONTRATADA, considerando suas informações quando da análise do cumprimento das metas físicas e qualitativas estabelecidas no Documento Descritivo;

**XIV.** Estabelecer junto à CONTRATADA o envio, por meio físico e/ou digital, da documentação correspondente às atividades desenvolvidas e à realização dos serviços, conforme definido pela Comissão de Acompanhamento.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

São obrigações da CONTRATADA:

**I.** Prestar os serviços de acordo com todas as exigências contidas no Termo de Referência e Documento Descritivo;

**II.** Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros em consequência da execução do objeto deste contrato, responsabilizando-se integralmente pelo ressarcimento de quaisquer danos e prejuízos, de qualquer natureza, que causar ao CONTRATANTE ou a terceiros, respondendo por si, seus empregados, prepostos e sucessores, independentemente das medidas preventivas adotadas;

**III.** Atender às determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE;

**IV.** Responsabilizar-se, na forma do Contrato, pela contratação de pessoal para execução dos serviços referidos neste Termo e, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, resultantes de vínculo ou de prestação de serviços ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização dos serviços até o seu término;

**(a)** em caso de ajuizamento de ações trabalhistas em face da CONTRATADA, decorrentes da execução do presente Contrato, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro ou de entidade da Administração Pública indireta como responsável subsidiário ou solidário, o CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

**(b)** no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente Contrato, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária do CONTRATANTE, as parcelas vincendas poderão ser retidas até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

**(c)** as retenções previstas nas alíneas “a” e “b” poderão ser realizadas tão logo tenha ciência o Município do Rio de Janeiro ou o CONTRATANTE da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e previdenciários e serão destinadas ao pagamento das respectivas obrigações caso o Município do Rio de Janeiro ou entidade da Administração Pública indireta sejam compelidos a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA;

**(d)** eventuais retenções previstas nas alíneas “a” e “b” somente serão liberadas pelo CONTRATANTE se houver justa causa devidamente fundamentada;

**(e)** ocorrendo o término do Contrato sem que tenha se dado à decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou pagamento da condenação/dívida.

**V.** Responsabilizar-se, na forma do Contrato, pela qualidade dos serviços executados e dos materiais empregados, em conformidade com as especificações do Termo de Referência e Documento Descritivo, com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, e demais normas técnicas pertinentes, a ser atestada pela Secretaria Municipal de Saúde, assim como pelo refazimento do serviço e a substituição dos materiais recusados, sem ônus para o CONTRATANTE e sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis;

**VI.** Manter as condições de habilitação e qualificação exigidas para a celebração do Contrato durante todo prazo de execução contratual;

**VII.** Responsabilizar-se inteira e exclusivamente pelo uso regular de marcas, patentes, registros, processos e licenças relativas à execução deste Contrato, eximindo o CONTRATANTE das consequências de qualquer utilização indevida;

**VIII.** Cumprir durante toda a execução do contrato as exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz;

**IX.** Se comprometer a não subcontratar pessoa física ou jurídica, se aquela ou os dirigentes desta mantiverem vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou se deles forem cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral, ou por afinidade, até o terceiro grau;

**X.** Informar endereço (s) eletrônico (s) para comunicação e recebimento de notificações e intimações, inclusive para fim de eventual citação judicial;

**XI.** Comprovar o cadastramento de seu endereço eletrônico perante os órgãos do Poder Judiciário, mantendo seus dados atualizados para fins de eventual recebimento de citações e intimações;

**XII.** Os procedimentos contratados devem ser executados exclusivamente por profissionais habilitados com registro atualizado no respectivo Conselho de classe;

**XIII.** Elaborar Projeto de Educação Permanente para seus profissionais;

**XIV.** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da SMS RIO;

**XV.** Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

**XVI.** Afixar aviso, em local visível em todas as entradas de público externo ou salas de atendimento aos pacientes do SUS, de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

**XVII.** Contar com Ouvidoria interna ou outro serviço de escuta voltada para o usuário;

**XVIII.** Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos e garantir acesso ao uso de telefone;

**XIX.** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

**XX.** Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes, conforme Lei nº. 13.709, de 14/08/2018;

**XXI.** Os prestadores devem possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente ou sempre que necessário, e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade;

**XXII.** Estabelecer normas e rotinas institucionalizadas para todos os serviços prestados;

**XXIII.** As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na Atenção e Administração e contemplar os seguintes itens:

**(a)** Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

**(b)** Normatizações de indicações cirúrgicas

**(c)** Avaliação de satisfação do cliente;

**(d)** Protocolos de enfermagem

**(e)** Escalas dos profissionais.

**XXIV.** Executar e registrar a assistência oftalmológica prestada em prontuário único para cada paciente, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente registradas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento, o referido prontuário deve ser eletrônico.

**XXV.** Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para cada processo de trabalho, as rotinas e normas institucionalizadas, escritas, atualizadas anualmente ou sempre que necessário, e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade;

**XXVI.** Garantir a completude das informações nos laudos e nas contrarreferências para a Atenção Primária, bem como de documentos do Sistema de Regulação, a cada solicitação de procedimentos no Sistema de Regulação, informando a história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente;

**XXVII.** Disponibilizar os laudos aos pacientes, bem como documentação fotográfica e/ou relatórios associados ao procedimento solicitado e realizado, contemplando o formato de programação visual definido pela SMS RIO, em prazo máximo de até 05 (cinco) dias úteis e com disponibilização em meio físico e on-line e contactar os pacientes para informar que os resultados dos exames realizados se encontram disponíveis em meio físico ou digital tão logo os mesmos estejam prontos;

**XXVIII.** A CONTRATADA deve se comprometer a fornecer informações sobre o tratamento de usuários, sempre que solicitado pela CONTRATANTE;

**XXIX.** Não efetuar qualquer tipo de cobrança de taxas e/ou donativos aos usuários do SUS, sendo vedada ainda a captação de pacientes oriundos do SUS para a realização de procedimentos pagos pelo usuário, ainda que tal não esteja contratado pelo SUS. Nestes casos, o paciente deverá ser encaminhado, segundo protocolo estabelecido pela SMS RIO, para sua unidade de atenção primária de origem;

**XXX.** Participar de Programas, Pesquisas e Ações Estratégicas, propostos pelo Ministério da Saúde e SMS RIO;

**XXXI.** Proceder à atualização de dados junto ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em articulação com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS RIO, informando os eventos de Notificação Compulsória ou Agravos à saúde considerados relevantes com registro e envio dentro da periodicidade definida pela SMS RIO;

**XXXII.** Disponibilizar as vagas à Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG, dentro das normas vigentes e acordadas com a SMS RIO;

**XXXIII.** O prestador deve garantir a oferta de determinadas consultas clínicas em Oftalmologia, respeitando as seguintes proporções:

(a) 01 Cirurgia de Catarata para 08 Consultas em Oftalmologia - Geral;

(b) 01 Cirurgia de Catarata para 04 Consultas em Oftalmologia - Plástica Ocular;

(c) 01 Consulta Diagnóstico glaucoma para 03 Consultas de Acompanhamento de Glaucoma (diagnóstico/rea-avaliação glaucoma);

(d) 01 Fotocoagulação a laser- Retina para cada 03 OCI RETINOPATIA DIABÉTICA.

**EXEMPLO:** Para cada cirurgia de catarata a ser realizada, o prestador deve oferecer, NO MÍNIMO, 08 consultas clínicas em Oftalmologia - Geral ou mais.

**XXXIV.** Manter atualização mensal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde ou Ministério da Saúde;

**XXXV.** A CONTRATADA deve manter atualizada toda a capacidade instalada e de recursos humanos no Sistema Nacional de Cadastros de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

**XXXVI.** A CONTRATADA obriga-se a encaminhar ao MUNICÍPIO, nos prazos estabelecidos, a Documentação correspondente às atividades desenvolvidas e à realização dos serviços, conforme definida pela CAC;

**XXXVII.** Manter atualizadas as escalas de serviço;

**XXXVIII.** Manter boas condições de conservação e limpeza dos ambientes;

**XXXIX.** Manter os prontuários dos pacientes organizados em arquivo, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, res-salvados os prazos previstos em lei. O referido prontuário deverá ser eletrônico;

**XL.** A organização e guarda dos demais documentos aplicáveis ao Serviço contratado deverão considerar o disposto na Resolução SMS nº. 5.976, de 06/11/2023 e possíveis alterações posteriores;

**XLI.** Cumprir as metas e condições especificadas no Documento Descritivo, parte integrante do Contrato;

**XLII.** Apresentar relatório mensal com informações relativas ao cumprimento das metas previstas no Documento Descritivo;

**XLIII.** Apresentar tempestivamente, ao CONTRATANTE, arquivos, documentos e relatórios comprobatórios da prestação de serviços, consoante a normatização do SUS;

**XLIV.** Submeter 100% da porta de entrada dos serviços prestados aos pacientes oriundos da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG;

**XLV.** Orientar-se pelos protocolos operacionais de regulação pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

**XLVI.** Atender às determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE;

**XLVII.** Garantir o atendimento dos pacientes encaminhados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro através do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG para a respectiva assistência para o qual foi regulado;

**XLVIII.** Deverá reconhecer como válido o documento emitido e assinado digitalmente pelas unidades públicas de saúde, em versão web ou no aplicativo MinhaSaúde.Rio e outros que venham a ser implementados no âmbito do SUS municipal, sem obrigatoriedade da apresentação em forma física e impressa.

**XLIX.** Prestar atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, conforme previsto no Documento Descritivo;

**L.** Atender às diretrizes do Programa Nacional de Segurança do paciente, conforme previsto no Documento Descritivo;

**LI.** Cumprir as normas e portarias vigentes expedidas pelas três esferas de governo referentes ao serviço prestado;

**LII.** A CONTRATADA não poderá recusar o paciente, uma vez regulada pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG;

**LIII.** Obedecer às normas trabalhistas vigentes, contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no que concerne à contratação com vínculo empregatício do pessoal a ser empregado na execução dos serviços; salvo quando tratar-se de Cooperativas;

**LIV.** A CONTRATADA deverá enviar a os arquivos contendo os dados da produção realizada até o 3º dia útil de cada mês, segundo o Instrutivo para Envio de Produção Ambulatorial, disponível em <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/> que seguirá o fluxo de processamento de dados de produção do Ministério da Saúde;

**LV.** A CONTRATADA deverá manter as condições do pedido de credenciamento e qualificação técnica, fiscal e orçamentária exigidas no Chamamento Público durante todo prazo de execução contratual, bem como possuir capacidade orçamentária para a manutenção da prestação dos serviços independente do lapso temporal decorrente da série - mês de produção, mês de apresentação e mês de pagamento, não sendo admitida qualquer espécie de suspensão das atividades, apresentando, quando for solicitada, a documentação exigida na habilitação;

**LVI.** Apresentar, mensalmente, ao CONTRATANTE, relatórios gerenciais que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto do contrato;

**LVII.** Entregar mensalmente as informações referentes ao acompanhamento dos indicadores apresentados no Documento Descritivo;

**LVIII.** Manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços;

**LIX.** Garantir ao Conselho Municipal de Saúde, acesso à instituição para o exercício do seu poder de controle social previsto na legislação em vigor;

**LX.** A CONTRATADA deverá manter ao longo de toda a execução contratual as condições sanitárias de caráter higiênico sanitário pertinente às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem, bem como à assistência e responsabilidade técnicas exigidas, de acordo com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e pelo Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária – IVISA-Rio;

**LXI.** A Unidade de Saúde CONTRATADA que não estiver em conformidade com as normas estabelecidas pelos órgãos de controle e fiscalização, bem como receber até duas autuações no período de 12 (doze) meses, implicará no não cumprimento integral das metas qualitativas, conforme avaliação da Comissão de Acompanhamento e sofrerá as sanções pertinentes a este não cumprimento;

**LXII.** A unidade de Saúde CONTRATADA deverá realizar o registro da produção dos procedimentos ambulatoriais obrigatoriamente em Instrumento de Registro de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), conforme indicado na Tabela SIGTAP;

**LXIII.** Garantir a manutenção e o adequado funcionamento das Comissões de qualidade da assistência, a saber: Comissão de Análise de Óbito, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Ética Médica, Comissão de Infecção Hospitalar, quando couber;

**LXIV.** A prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações referendadas pela Comissão de Ética e pelas instâncias técnicas da SECRETARIA;

**LXV.** Informar ao CONTRATANTE quanto à necessidade de interrupção de quaisquer serviços pactuados com antecedência necessária e suficiente à garantia da continuidade da assistência aos usuários do SUS;

**LXVI.** A interrupção dos serviços ocasionada por avarias dos equipamentos deve ser sanada no prazo máximo de 10 (dez) dias. A remarcação dos procedimentos interrompidos é de responsabilidade do prestador, não podendo ultrapassar 15 (quinze) dias contados a partir da interrupção;

**LXVII.** Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);

**LXVIII.** Entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição “Este atendimento foi custeado com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”;

**LXIX.** Apresentar o Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, quando for solicitado, exigíveis e apresentados na forma da lei, devidamente registrados na Junta Comercial do Estado de sua sede ou domicílio ou em outro órgão equivalente, de forma a garantir a execução do contrato;

**LXX.** A Unidade de Saúde CONTRATADA que não estiver em conformidade com as normas estabelecidas pelos órgãos de controle e fiscalização, bem como receber até duas autuações no período de 12 (doze) meses, implicará no não cumprimento integral das metas qualitativas, conforme avaliação da Comissão de Acompanhamento e sofrerá as sanções pertinentes a este não cumprimento.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

**I.** As partes deverão cumprir a Lei nº. 13.709, de 14/08/2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão da execução do presente contrato administrativo independentemente de declaração ou de aceitação expressa;

**II.** Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD, especialmente o da adequação, o da necessidade e o da finalidade específica, bem como as diretrizes e instruções transmitidas pelo CONTRATANTE;

**III.** É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei e neste contrato;

**IV.** Eventual compartilhamento de dados pessoais com empresa SUBCONTRATADA dependerá de autorização prévia do CONTRATANTE, restringindo-se ao estritamente necessário para o fiel desempenho da execução do instrumento contratual, hipótese em que a SUBCONTRATADA ficará sujeita aos mesmos limites e obrigações legais e contratuais relativos à LGPD impostos à CONTRATADA, permanecendo a CONTRATADA integralmente responsável por garantir a sua observância perante o CONTRATANTE;

**V.** É dever da CONTRATADA orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD;

**VI.** A CONTRATADA é responsável pelo uso indevido e em desconformidade com a LGPD e com este contrato que seus empregados, colaboradores, prepostos, consultores ou prestadores de serviços fizerem dos dados pessoais, bem como por quaisquer falhas nos sistemas por ela empregados para o tratamento dos dados pessoais;

**VII.** A CONTRATADA deve adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas, aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito;

**VIII.** O CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, realizar diligências, inspeções e auditorias, a fim de zelar pelo cumprimento dessa cláusula, devendo a CONTRATADA atender, no prazo indicado pelo CONTRATANTE, eventuais pedidos de comprovações formulados;

**IX.** A fiscalização do CONTRATANTE não exime, nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA por quaisquer danos, perdas ou prejuízos causados ao CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes do descumprimento da LGPD e desse ajuste;

**X.** A CONTRATADA deverá prestar, no prazo fixado pelo CONTRATANTE, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado;

**XI.** Na hipótese de ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares, a CONTRATADA deve comunicar ao CONTRATANTE o fato em, no máximo, 24 horas, contados da sua ciência, para que este possa comunicar à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e ao Titular, na forma do art. 48 da LGPD;

**XII.** A CONTRATADA deverá manter banco de dados – art. 5º, IV da LGPD – em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, disponibilizando-o quando solicitado, na forma dos arts. 25 e 37 da LGPD;

**XIII.** Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD;

**XIV.** Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, os dados pessoais serão transferidos ao CONTRATANTE, assegurada a integridade e disponibilidade dos dados recebidos, e eliminados definitivamente pela CONTRATADA;

**XV.** O CONTRATANTE manterá os dados pessoais necessários ao cumprimento do art. 16 da LGPD somente enquanto não prescritas essas obrigações;

**XVI.** Os contratos e convênios de que trata o §1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA REGULAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

**I.** A CONTRATADA é responsável pela oferta de vagas, bem como, por garantir o atendimento de todo paciente que for regulado pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG ou outro sistema oficial que venha a substituí-lo;

**II.** Qualquer solicitação de procedimento que não esteja elencado na lista de procedimentos, conforme o Anexo I do Termo de Referência deve ser encaminhado pela CONTRATADA, em formulário de referência da “Atenção Secundária para a Atenção Primária”, desde que este procedimento esteja previsto na tabela SIGTAP. Sendo assim, o paciente deverá ser referenciado pela CONTRATADA para a Unidade de Atenção Primária responsável pelo paciente, conforme constante na plataforma “Onde ser Atendido” da CONTRATANTE, acessível em [www.subpav.org/ondeserattendido](http://www.subpav.org/ondeserattendido). A inserção da devida solicitação no sistema de regulação deverá ser efetuada pela Unidade de Atenção Primária responsável pelo paciente;

III. Para fins de repasse financeiro referente à prestação de serviços da unidade CONTRATADA, todos os procedimentos ambulatoriais que não forem regulados e/ou que não forem realizados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG; serão glosados pelo MUNICÍPIO, ficando o ônus do procedimento a cargo do prestador, segundo a Portaria S/SUBGERAL nº. 07, de 08/03/2023. Para fins de comprovação de realização do procedimento somente serão contabilizados e remunerados os pacientes atendidos em que o “check-in” seja confirmado no mesmo dia do atendimento no sistema de regulação pela CONTRATADA;

IV. A regulação da oferta de procedimentos ambulatoriais é realizada pela Central de Regulação do município do Rio de Janeiro, por meio do Sistema Municipal de Regulação (SISREG). Caso haja substituição do sistema de regulação utilizado, a SMS RIO se obrigará a comunicar à CONTRATADA;

V. O acesso da população aos procedimentos contratados será feito exclusivamente pela Central de Regulação do município do Rio de Janeiro por meio do Sistema Municipal de Regulação (SISREG);

VI. Fica vedada a reserva ou disponibilização de Procedimentos Oftalmológicos que não sejam regulados através do Sistema Municipal de Regulação (SISREG);

VII. A CONTRATADA é responsável pela oferta de vagas ao SISREG, bem como, por garantir o atendimento de todo paciente que for regulado pelo Sistema Municipal de Regulação (SISREG), respeitando o dia e horário agendados pelo SISREG;

VIII. Fica vedada a negativa de atendimento a qualquer paciente que for regulado através do Sistema Municipal de Regulação (SISREG);

IX. Cabe à CONTRATADA substituição dos profissionais em situação de férias laborais, licenças e demais situações para não ocasionar paralisação do serviço;

X. Cabe à CONTRATADA o reagendamento e a garantia do atendimento quando não houver a possibilidade de atendimento dos pacientes agendados;

XI. Fica vedada a devolução do paciente à unidade solicitante sem que haja a garantia da realização do atendimento pela unidade contratada, uma vez agendado pelo Sistema Municipal de Regulação (SISREG);

XII. A unidade contratada deve fazer contato telefônico com os pacientes previamente ao procedimento agendado a fim de diminuir o absenteísmo. Havendo necessidade de cancelamento do procedimento agendado, a unidade solicitante deve realizá-lo em tempo hábil de forma a permitir a disponibilização da vaga para outro paciente;

XIII. Cabe a CONTRATADA o agendamento pelo SISREG para consultas de retorno na própria unidade de saúde imediatamente após a consulta de primeira vez. Ficando vedada a devolução do paciente para a unidade solicitante para o agendamento de retorno na própria unidade;

XIV. Cabe a CONTRATADA garantir a completude das informações nos laudos e nas contrarreferência para a Atenção Primária, bem como documentos do Sistema de Regulação, a cada solicitação de procedimentos no Sistema de Regulação, informando a história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente;

XV. A CONTRATADA deverá emitir relatório de contrarreferência (modelo no ANEXO) ao final do tratamento de cada usuário, que deverá ser entregue ao paciente para fins de acompanhamento do caso pelas equipes de saúde;

XVI. É vedada a criação de fila de espera interna após marcação dos usuários via SISREG;

XVII. Os procedimentos de assistência ambulatorial pactuados devem contemplar o princípio da integralidade do cuidado assistencial, de acordo com as necessidades do paciente e segundo o modelo de organização da Atenção por Linhas de Cuidado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOCUMENTO DESCRITIVO

O Documento Descritivo, parte integrante deste Contrato, será efetivado mediante assinatura da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e pela CONTRATADA, e contém:

I. As ações e serviços objeto deste CONTRATO.

II. A estrutura tecnológica, a capacidade instalada e os recursos humanos disponíveis.

III. As metas físicas e qualitativas das ações e serviços contratados.

IV. As metas de qualidade e dos indicadores de desempenho que serão monitorados.

V. A forma de integração às redes prioritárias de atenção à saúde.

VI. A regulação das ações e serviços contratados.

VII. A garantia de acesso mediante a Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro.

VIII. A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ACEITAÇÃO DO OBJETO DO CONTRATO

A aceitação do objeto deste Contrato se dará mediante a avaliação da Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC) prevista na Cláusula Sexta, que constatará se os serviços atendem a todas as especificações contidas no Edital e seus Anexos, e na Proposta que ensejou a presente contratação.

**Parágrafo Primeiro** – O objeto do presente Contrato será recebido em tantas parcelas quantas forem relativas ao pagamento.

**Parágrafo Segundo** – Os serviços prestados em desacordo com a especificação do Edital e seus Anexos, e da Proposta deverão ser recusados pela CAC, que anotará em registro próprio as ocorrências e determinará o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados. No que exceder à sua competência, comunicará o fato à autoridade superior, em 5 (cinco) dias, para ratificação.

**Parágrafo Terceiro** – Na hipótese de recusa de aceitação, a CONTRATADA deverá reexecutar os serviços não aceitos, em prazo a ser estabelecido pelo CONTRATANTE, passando a contar os prazos para pagamento e demais compromissos do CONTRATANTE da data da efetiva aceitação. Caso a CONTRATADA não reexecute os serviços não aceitos no prazo assinado, o CONTRATANTE se reserva o direito de providenciar a sua execução às expensas da CONTRATADA, sem prejuízo das penalidades cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - MOTIVOS DE FORÇA MAIOR E CASO FORTUITO

Os motivos de força maior que possam impedir a CONTRATADA de cumprir as etapas e o prazo do Contrato deverão ser alegados oportunamente, mediante requerimento protocolado. Não serão consideradas quaisquer alegações baseadas em greve ou em ocorrência não comunicada nem aceitas pela Fiscalização, nas épocas oportunas. Os motivos de força maior poderão autorizar a suspensão da execução do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - SUSPENSÃO DA EXECUÇÃO

É facultado ao MUNICÍPIO suspender a execução do Contrato e a contagem dos prazos mediante justificativas.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pelo descumprimento total ou parcial do Contrato, o CONTRATANTE poderá, sem prejuízo de responsabilidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções, prevista no artigo 156 da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021 e artigo. 589 do RGCAF:

(a) Advertência.

- (b) Multa
- (c) Impedimento de licitar e contratar, pelo prazo de até 03 (três) anos;
- (d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.
- Parágrafo Primeiro** - A aplicação da sanção prevista na alínea “b” observará os seguintes parâmetros:
- (1) 0,5% (meio por cento) até 30% (trinta por cento) sobre o valor do Contrato ou do saldo não atendido do Contrato, em caso de inexecução total da obrigação assumida;
- (2) 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do Contrato, conforme detalhamento constante das tabelas 1 e 2, abaixo;
- (3) As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.
- (4) Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

| TABELA 1 |                                              |
|----------|----------------------------------------------|
| GRAU     | CORRESPONDÊNCIA                              |
| 1        | 0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 2        | 0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 3        | 0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 4        | 1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato |
| 5        | 3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato |

| TABELA 2                           |                                                                                                                                                                                          |      |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| INFRAÇÃO                           |                                                                                                                                                                                          |      |
| ITEM                               | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                | GRAU |
| 1                                  | Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;                                                                | 05   |
| 2                                  | Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;                                                    | 04   |
| 3                                  | Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;                                                                                      | 03   |
| 4                                  | Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;                                                                                                      | 02   |
| Para os itens a seguir, deixar de: |                                                                                                                                                                                          |      |
| 5                                  | Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;                                                                                             | 02   |
| 6                                  | Substituir empregado alocado que não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;                                                                                       | 01   |
| 7                                  | Cumprir quaisquer dos itens do Contrato e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência; | 03   |
| 8                                  | Indicar e manter durante a execução do contrato os prepostos previstos no Contrato;                                                                                                      | 01   |

**Parágrafo Segundo** - As sanções somente serão aplicadas após o decurso do prazo para apresentação de defesa prévia do interessado no respectivo processo, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, observadas as demais formalidades legais.

**Parágrafo Terceiro** - As sanções previstas nas alíneas “a”, “c” e “d” do caput desta Cláusula poderão ser aplicadas juntamente com aquela prevista nas alíneas “b”, e não excluem a possibilidade de extinção unilateral do Contrato.

**Parágrafo Quarto** – A sanção prevista na alínea “d” do caput desta Cláusula poderá também ser aplicada aos Contratantes que, em outras licitações e/ ou contratações com a Administração Pública Direta ou Indireta do Município do Rio de Janeiro, tenham:

(a) sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos;

(b) praticado atos ilícitos, visando a frustrar os objetivos da licitação;

(c) demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

**Parágrafo Quinto** - As multas deverão ser recolhidas no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da ciência da aplicação da penalidade ou da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – D.O. RIO do ato que as impuser.

**Parágrafo Sexto** – As multas aplicadas poderão ser compensadas com valores devidos à CONTRATADA mediante requerimento expresso nesse sentido.

**Parágrafo Sétimo** – Se, no prazo previsto nesta Cláusula, não for feita a prova do recolhimento da multa, promover-se-ão as medidas necessárias ao seu desconto do valor da produção apresentada e aprovada, mediante despacho regular da autoridade contratante

**Parágrafo Oitavo** – Ressalvada a hipótese de existir requerimento de compensação devidamente formalizado, o CONTRATANTE suspenderá, observado o contraditório e ampla defesa, os pagamentos devidos à CONTRATADA até a comprovação do recolhimento da multa ou da prova de sua relevação por ato da Administração.

**Parágrafo Nonoo** – Se a CONTRATANTE verificar que os valores dos pagamentos ainda devidos são suficientes à satisfação do valor da multa, o processo de pagamento retomará o seu curso.

**Parágrafo Décimo** – As multas eventualmente aplicadas com base na alínea “b” do caput desta Cláusula não possuem caráter compensatório, e, assim, o pagamento delas não eximirá a CONTRATADA de responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

**Parágrafo Décimo Primeiro** – A aplicação das sanções estabelecidas nas alíneas “a”, “b” e “c” do caput desta Cláusula é da competência do (a) [setor competente do órgão ou entidade contratante] e a da alínea “d” é da competência exclusiva do titular do órgão ou autoridade máxima da entidade CONTRATANTE [Secretário Municipal da Secretaria por meio da qual celebrado o contrato ou a que vinculada a entidade contratante].

CLÁUSULA VIGÉSIMA - RECURSOS

A CONTRATADA poderá apresentar:

(a) Recurso a ser interposto perante a autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, no prazo de 15 (quinze) dias úteis contados da intimação da aplicação das penalidades estabelecidas nas alíneas “a”, “b” e “c” do caput da Cláusula anterior;

(b) Recurso a ser interposto perante a autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, no prazo de 3 (três) dias úteis contados da intimação da extinção do contrato quando promovido por ato unilateral e escrito da Administração;

(c) Pedido de Reconsideração no prazo de 15 (quinze) dias úteis contados da ciência da aplicação da penalidade estabelecida na alínea “d” do caput da Cláusula anterior.

**Parágrafo Único.** Os recursos a que aludem as alíneas “a” e “b” do caput da presente Cláusula serão dirigidos à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não reconsiderar a decisão recorrida, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior para decisão.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - CLÁUSULAS EXORBITANTES

Fazem parte do presente Contrato as prerrogativas constantes no artigo 104 da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - ALTERAÇÕES

O presente CONTRATO poderá ser alterado mediante a celebração de Termo Aditivo, ressalvado o seu objeto, que não poderá ser modificado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - EXTINÇÃO

O CONTRATANTE poderá extinguir administrativamente o Contrato, por ato unilateral, na ocorrência das hipóteses previstas no art. 529, do RGCAF, e no artigo 137, incisos I a IX, da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, mediante decisão fundamentada, assegurado o contraditório e a ampla defesa, observado o artigo 138, §2º da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021.

**Parágrafo Primeiro** – A extinção operará seus efeitos a partir da publicação do ato administrativo no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP).

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese de extinção por culpa da contratada, a CONTRATADA, além das demais sanções cabíveis, ficará sujeita à multa de até 30% (trinta por cento) calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados, ou, ainda, sobre o valor do Contrato, conforme o caso, na forma da Cláusula Terceira e da Cláusula Décima Sexta, caput, alínea “b”, deste Contrato.

**Parágrafo Terceiro** - A multa referida no parágrafo anterior não tem caráter compensatório e será descontada do valor da produção apresentada e aprovada do último mês de execução. Se o valor for insuficiente, o débito remanescente, inclusive o decorrente de penalidades anteriormente aplicadas, poderá ser compensado com eventuais créditos devidos pelo CONTRATANTE.

**Parágrafo Quarto** – Nos casos de extinção com culpa exclusiva da CONTRATANTE, deverão ser promovidos:

- (a) a devolução do valor da produção apresentada e aprovada retido;
- (b) os pagamentos devidos pela execução do Contrato até a data da extinção;
- (c) o ressarcimento dos prejuízos comprovadamente sofridos.

**Parágrafo Quinto** – Na hipótese de extinção do Contrato por culpa da CONTRATADA, esta somente terá direito ao valor das faturas relativas às parcelas do objeto efetivamente adimplidas até a data da extinção do Contrato, após a compensação prevista no parágrafo terceiro desta Cláusula.

**Parágrafo Sexto** – No caso de extinção amigável, esta será reduzida a termo, tendo a CONTRATADA direito aos pagamentos devidos pela execução do Contrato, conforme atestado em laudo da comissão.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – SUBCONTRATAÇÃO

A CONTRATADA não poderá subcontratar, nem ceder sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE e sempre mediante instrumento próprio, a ser publicado na imprensa oficial.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos necessários à execução dos serviços ora contratados correrão à conta do Programa de Trabalho: \_\_\_\_\_, Código de Despesa: \_\_\_\_\_, tendo sido empenhada a importância de R\$ \_\_\_\_\_, através da NOTA DE EMPENHO nº. \_\_\_\_\_, ficando o restante a ser empenhado à conta do orçamento do próximo exercício.

**Parágrafo único:** O empenho relacionado nesta cláusula será oportunamente complementado no decorrer da execução do Contrato caso este seja insuficiente para a liquidação das despesas em referência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - FORO

Fica eleito o Foro da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato, renunciando as partes já a qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - PUBLICAÇÃO

O CONTRATANTE promoverá a publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do Município no prazo estabelecido no estabelecido no artigo 441 do RGCAF, além da divulgação no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), nos termos do artigo 94 da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, às expensas da CONTRATANTE.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

O CONTRATANTE providenciará a remessa de cópias autênticas do presente instrumento ao seu órgão de controle interno e ao Tribunal de Contas do Município na forma da legislação aplicável.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA- DA DATA DE ASSINATURA

As partes estão cientes e concordam que a data de assinatura do presente Termo de Contrato será a data da realização da última assinatura eletrônica deste documento.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DISPOSIÇÕES FINAIS

(a) Fazem parte do presente contrato as prerrogativas constantes do artigo 104 da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021;

(b) Na contagem dos prazos, é excluído o dia de início e incluído o do vencimento, e considerar- se-ão os dias consecutivos, salvo disposição em contrário. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no CONTRATANTE.

E por estarem justos e acordados, assinam o presente em 01 (uma) via, com a atestação das testemunhas abaixo.

AGENTE PÚBLICO COMPETENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONTRATANTE:

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

REPRESENTANTE LEGAL:

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

TESTEMUNHA:

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

TESTEMUNHA:

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

ANEXO IV – DOCUMENTO DESCRITIVO

DOCUMENTO DESCRITIVO

**CONTRATAÇÃO de SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA**, o presente Documento Descritivo é parte integrante do Termo de Contrato nº. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, pactuado em \_\_\_\_\_, entre o Município do Rio do Janeiro e o \_\_\_\_\_ para prestação de serviços em **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA** do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, conforme Edital nº. 001/2025 e partes integrantes instruído no Processo Administrativo SMS-PRO-2025/29253, considerando o disposto na Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, pela Lei Complementar Federal nº. 123, de 14/12/2006 – Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte, pela Lei Complementar Federal nº. 101 de 04/05/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal, pelo Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei Federal nº. 8.078/90 de 11/09/1990 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro – CAF, instituído pela Lei nº. 207, de 19/12/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 1, de 13/09/1990, pelo Regulamento Geral do Código supracitado – RGCAF, aprovado pelo Decreto Municipal nº. 3.221, de 18/09/1981, e suas alterações, pela Lei Municipal nº. 4.978, de 09/12/2008, e pelos Decretos Municipais nº. 15.350 de 06/12/1996, nº. 17.907, de 20/09/1999, nº. 21.083, de 20/02/2002, nº. 21.253, de 05/04/2002, nº. 22.136, de 16/10/2002, nº. 31.349, de 12/11/2009, nº. 51.633, de 09/11/2022 e nº. 51.985, de 03/02/2023, pela Resolução Conjunta SMS/SMF/CGM nº. 27 de 30/03/1999, pela NOAS – SUS nº. 01, de 26/01/2001, bem como pelos preceitos de Direito Público.

O presente Documento Descritivo se rege ainda pela Lei Federal nº. 4.320, de 17/03/1964, pelo artigo 199, §1º, da Constituição da República Federativa do Brasil, pela Lei nº. 8.080, de 19/09/1990 e suas alterações, Decreto nº. 7.508, de 28/06/2011, Lei nº. 13.709, de 14/08/2018, pela Portaria GM/MS nº. 957, de 15/05/2008, pela Portaria SAS/MS nº. 288, de 19/05/2008, pela Portaria GM/MS nº. 1.559, de 01/08/2008, Portaria GM/MS nº. 1.631, de 01/10/2015, pela Portaria de Consolidação GM/MS nº. 01, de 28/09/2017, pela Portaria de Consolidação GM/MS nº. 02, de 28/09/2017, Portaria SCTIE/MS nº. 51, de 11/11/2020, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 17, de 01/10/2021, pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 04, de 04/03/2022, pela Portaria de Consolidação SAES/MS nº. 01, de 22/02/2022, Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº. 28, de 06/12/2023, pela Portaria GM/MS nº. 3.492, de 08/04/2024, Portaria SAES/MS nº. 1.821, de 11/06/2024, Portaria SAES/MS nº. 2.331, de 10/12/2024, Portaria SAES/MS nº. 2.630, de 06/03/2025, Portaria SAES/MS nº. 2.723, de 31/03/2025, pela Resolução de Diretoria Colegiada- RDC nº. 50, de 21/02/2002; RDC nº. 63, de 25/11/2011; RDC nº. 509 de 27/05/2021, ABNT NBR-9050, publicada em 25/01/2021 e toda legislação aplicável.

| DADOS CADASTRAIS |     |       |           |
|------------------|-----|-------|-----------|
| CNES:            |     | CNPJ: |           |
| Razão Social:    |     |       |           |
| Nome Fantasia:   |     |       |           |
| Endereço:        |     |       |           |
| Cidade:          | UF: | CEP:  | Telefone: |
| Nome:            |     |       |           |
| Cargo:           |     |       |           |

| OBJETO |
|--------|
|--------|

O presente Documento Descritivo acordado entre o Gestor do SUS no Município do Rio de Janeiro e a Unidade \_\_\_\_\_ tem por objeto a prestação de serviços em **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA** aos usuários do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Compreendendo os **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA** remunerados conforme valores fixados na Programação Físico - Orçamentária (Anexo I do Termo de Referência) de acordo com a Tabela do Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS – SIGTAP segundo o modelo assistencial do SUS, com o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas, visando:

(a) **a Atenção à Saúde:** prestar assistência integral e humanizada à saúde dos usuários do SUS, de acordo com a pactuação estabelecida.

(b) **o Aprimoramento da Gestão:** implantar/implementar processos para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada.

(c) **o Aperfeiçoamento dos Profissionais:** aprimorar a capacitação e qualificação do corpo profissional.

(d) **a Avaliação:** avaliar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços prestados, bem como cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos pactuados no âmbito do presente documento descritivo.

Este Documento Descritivo foi elaborado tendo em vista as necessidades de saúde identificadas pelo Gestor do SUS no Município do Rio de Janeiro e a inserção locorregional da Instituição.

| VIGÊNCIA DO DOCUMENTO DESCRITIVO |
|----------------------------------|
|----------------------------------|

O período de vigência deste documento descritivo é de 24 (vinte e quatro) meses a contar a partir da data se sua última assinatura, com eficácia a partir da data da publicação do instrumento correspondente no Portal Nacional de Contratações Públicas.

O Documento Descritivo será prorrogado automaticamente após o referido período, limitado ao prazo de vigência do contrato. Havendo interesse entre os contraentes, o Documento Descritivo poderá ser alterado a qualquer tempo, por meio de aditivo, quando acordado entre as partes nos termos da Lei Federal nº. 14.133, de 01/04/2021.

| CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE |
|---------------------------|
|---------------------------|

A CONTRATADA está inserida na área programática \_\_\_\_\_ caracteriza-se como Unidade \_\_\_\_\_, com nível de Atenção em Média e Alta Complexidade em PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA

| INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E RECURSOS HUMANOS |
|-------------------------------------------------|
|-------------------------------------------------|

A CONTRATADA disponibiliza todos os recursos, físicos, materiais, permanentes e de consumo, necessários para a assistência contratada, conforme elencados na Ficha do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (FCNES), no Relatório de Carga Horária de Profissionais da Base Municipal do SCNES.

A capacidade instalada, a disponibilidade de recursos tecnológicos e humanos da CONTRATADA estão atualizados na base local do SCNES na competência de ..... Há que se manter atualizado o cadastro conforme a capacidade instalada real da Unidade de Saúde. As informações contidas nesse sistema, detalhadas a seguir, são de responsabilidade da CONTRATADA.

Capacidade Instalada

A CONTRATADA declara deter capacidade instalada para a realização de **SERVIÇOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS NA ÁREA DE OFTALMOLOGIA**, pactuados neste Documento Descritivo, a pacientes SUS.

Instalações

As instalações devem estar em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos ABNT NBR-9050, de 25.01.2021; com a Resolução – RDC nº. 50 ANVISA, de 21/02/2002, para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e, com a RDC nº. 63, de 25/11/2011, para Requisitos de Boas Práticas dos Serviços Saúde e RDC nº. 509, de 27/05/2021, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

Devem ser atendidos os seguintes requisitos mínimos e específicos referentes à infraestrutura física dos serviços contratados:

(a) Quanto à infraestrutura física, os serviços contratados devem apresentar, além das obrigatoriedades determinadas pela legislação federal vigente, as exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, nas esferas Federal, Estadual e/ou Municipal e as normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);

(b) Os ambientes utilizados pelo serviço contratado devem ser construídos e/ou reformados mediante prévia avaliação e aprovação do projeto arquitetônico pela Vigilância Sanitária competente, Estadual ou Municipal. Entende-se por reforma toda modificação na estrutura física, no fluxo de atividades e/ou nas funções originalmente aprovadas;

(c) Os serviços devem estar dimensionados de acordo com os procedimentos ofertados, possuir aparelhos e equipamentos necessários bem como número adequado de profissionais e, dispor de instalações e equipamentos adequados;

(d) O serviço deve dispor de profissionais capacitados para a realização dos procedimentos clínicos a que se propõem; legalmente habilitados e em dia com as obrigações legais junto ao Conselho Regional da respectiva jurisdição, CREMERJ. Ressaltando-se que o pagamento da anuidade ao Conselho Regional da respectiva jurisdição constitui condição de legitimidade do exercício da profissão, conforme art. 15 da Lei nº. 6.316/75;

(e) As condições estruturais mínimas para funcionamento dos serviços devem estar de acordo com a complexidade e os riscos dos procedimentos que realizam;

(f) As áreas de circulação devem garantir movimentação segura de profissionais, pessoas com deficiências, pacientes e acompanhantes, evitando estrangulamentos;

(g) Os ambientes devem ser climatizados, com acessibilidade garantida, de acordo com a legislação específica vigente, proporcionando conforto, boa circulação e privacidade nos atendimentos;

(h) Nos ambientes utilizados para atendimento ambulatorial devem existir lavatórios estrategicamente localizados, conforme a legislação vigente, de uso exclusivo para higienização das mãos, com acionamento que dispense o uso das mãos, toalhas de papel descartável em suporte fechado, sabão líquido em dispensador e lixeira com tampa, pedal e saco plástico.

(i) A CONTRATADA deve possuir espaço físico apropriado ao atendimento ambulatorial com acesso e adaptações específicas aos portadores de deficiência motora, cadeirantes e pacientes transportados na maca (rampa, corrimão, banheiros adaptados), atendendo aos requisitos de infraestrutura, previstas em normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, arcando com todos os custos inerentes à instalação e manutenção das instalações locais.

| INSTALAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consultórios e salas climatizados                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Centro cirúrgico adequado às normas da RDC 50 ANVISA 21/02/02                                                                                                                                                                                                                                                |
| Sala de recuperação pós-anestésica                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Centro de esterilização                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sala de terapias e exames complementares em oftalmologia                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Recepção e sala de espera para acompanhantes climatizadas                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Sanitários para paciente (masculino, feminino e adaptado).                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sanitários para funcionários (masculino, feminino).                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Área de registro (arquivo).                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Área de expurgo ou sala de utilidades de acordo com as regras sanitárias                                                                                                                                                                                                                                     |
| Depósito de material de limpeza - DML                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Depósito de material (almoxarifado).                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Gerador de energia naqueles serviços onde a interrupção do fornecimento energético comprometa a segurança da assistência, a exemplo de sala de cirurgias e em locais onde se conserve medicamentos e insumos biológicos que requeiram refrigeração contínua e outros assim entendidos em regras específicas. |
| Área de maca e cadeira de rodas                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Área para guarda dos pertences dos pacientes                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Área para guarda dos pertences dos funcionários                                                                                                                                                                                                                                                              |

(j) O Serviço deve zelar pela conservação, limpeza e manutenção das instalações, materiais, equipamentos, mobiliários, comprometendo-se a reparar imediatamente aqueles que se danificarem.

(k) Os equipamentos e mobiliários do estabelecimento de saúde deverão garantir a plena realização dos procedimentos contratados de acordo com o perfil constante neste Termo de Referência, garantindo a aplicação de plano de contingência para impedir a paralisação/suspensão dos serviços.

(l) Os equipamentos para realização dos procedimentos constantes na Tabela 1, bem como os equipamentos auxiliares e acessórios devem estar em perfeitas condições de utilização.

(m) Os equipamentos e seus acessórios devem estar em conformidade com as características indicadas no manual técnico do equipamento e possuir registro na ANVISA/MS.

(n) O Serviço contratado deve garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, atualizada, de acordo com as especificações do fabricante, mantendo os laudos técnicos registrados, assinados por técnico responsável, disponíveis à consulta.

(o) Os equipamentos devem apresentar um desempenho que resulte na eficiência e eficácia do tratamento e na minimização dos riscos para os pacientes e operadores.

(p) Todos os equipamentos em uso no serviço devem estar limpos, em plenas condições de funcionamento e com todas as funções e alarmes operando.

(q) O Serviço deverá garantir a higienização adequada dos equipamentos e materiais após utilização por cada paciente.

(r) A rotina de manutenção preventiva dos equipamentos deve obedecer à periodicidade e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos, documentada e arquivada

(s) As intervenções realizadas nos equipamentos, tais como instalação, manutenção, troca de componentes e calibração, devem ser acompanhadas e/ou executadas pelo responsável técnico pela manutenção, documentadas e arquivadas.

(t) As atividades de manutenção preventiva e de aferição devem ser registradas, com identificação e assinatura do técnico responsável.

(u) O serviço de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos poderá ser terceirizado.

(v) Em situações emergenciais, o Serviço contratado deve estar preparado para garantir a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção para Unidade Hospitalar em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio

| CONSULTÓRIO OFTALMOLÓGICO BÁSICO                   | EXAMES COMPLEMENTARES                 | CENTRO CIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipo oftalmológico composto de Cadeira e Coluna, | Oftalmoscópio Binocular indireto      | Microscópio cirúrgico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Refrator de Greens,                                | Ecobiômetro ultrassônico ou óptico    | Facoemulsificador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Projetor de Optotipos                              | Aparelho de Ultrassonografia ocular   | Foco cirúrgico, 02 mesas cirúrgicas,mesas auxiliares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Lâmpada de Fenda                                   | Paquímetro ultrassônico               | Vítreofágo, Equipamento de endolaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tonômetro de Aplanação de Goldman                  | Topógrafo de córnea computadorizado   | Material de anestesia adequado, Monitores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Oftalmoscópio direto                               | Microscópio especular de córnea       | 01 Capnógrafo e um 01 Aspirador elétrico a vácuo portátil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Retinoscópio,                                      | Retinógrafo,                          | Aparelho esfigmomanômetro, Estetoscópio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Lensômetro                                         | Campímetro computadorizado            | 01 Gerador mono e bipolar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Auto-refrator-ceratômetro computadorizado          | Aparelho de LASER verde e ou Diiodo   | Caixas de Instrumental cirúrgico necessário para o bom desempenho dos procedimentos: Cirurgia de Catarata com a técnica de facectomia, Cirurgia de catarata com a técnica de facoemulsificação,Caixa Caneta irrigação para Facoemulsificação Cirurgia de Descolamento Retina, Cirurgia Plástica Restauradora, Cirurgia de Estrabismo, Cirurgia de Dacriocistorinostomia, Cirurgia de Órbita, Cirurgia de Osteotomia ou Citelli Cirurgia de Evisceração. |
| Régua ou caixa de prisma                           | Aparelho de YAG-LASER                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Caixa de prova. vareta de maddox                   | Ceratômetro manual ou computadorizado |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Livro de Ishihara para teste de cores              | Tomógrafo de coerência óptica         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                    | Lente de gonioscopia                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

(w) O centro cirúrgico deve dispor para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

|                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eletrocardiógrafo                                                                                                  |
| Carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador                                                   |
| Ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório)ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório)               |
| Medicamentos para atendimento de emergências                                                                       |
| Ponto de oxigênio                                                                                                  |
| Aspirador portátil                                                                                                 |
| Material completo de entubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas). |

Recursos Humanos

A CONTRATADA declara possuir equipe básica para a execução dos procedimentos contemplados no âmbito deste Documento Descritivo, a saber equipe técnica composta por profissionais devidamente registrados e em dia com as obrigações com o órgão de classe. Há compatibilidade prevista na Tabela de Procedimentos do SUS para a categoria da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A unidade deverá comprovar o vínculo dos profissionais e especialidade com o respectivo estabelecimento, conforme exigências do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para cada procedimento contemplado no âmbito deste documento descritivo.

(a) A realização de procedimentos previstos neste Documento Descritivo exige a presença de profissional habilitado com formação competente para o desempenho das atividades desenvolvidas, equipe técnica composta por profissionais devidamente registrados e em dia com as obrigações junto ao órgão de classe.

(b) Há compatibilidade prevista na Tabela de Procedimentos do SUS (Quadro 03) para a categoria da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), conforme relacionada a seguir:

Procedimentos e Classificação Brasileira de Ocupações – SIGTAP.

| Grupo e Subgrupo de Procedimentos - SIGTAP                                                                              | CBO (código)   | CBO Nome                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------|
| 0301 - Procedimentos Clínicos Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos/                                                   | 225265         | Médico oftalmologista                                               |
| 0305 – Procedimentos Clínicos – Tratamento de doenças do aparelho da visão                                              | 225265         | Médico oftalmologista                                               |
| 021106 Procedimentos com finalidade diagnóstica - Diagnóstico em oftalmologia                                           | 225265         | Médico oftalmologista                                               |
| 0205 Procedimentos com finalidade diagnóstica - Diagnóstico por ultrassonografia - Ultrassonografia globo ocular/órbita | 225265/ 225320 | Médico oftalmologista/Médico em radiologia e diagnóstico por imagem |

|                                                                            |        |                       |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|
| 030305 Procedimentos clínicos - Tratamento de doenças do aparelho da visão | 225265 | Médico oftalmologista |
| 0405 Procedimentos cirúrgicos - Cirurgia do aparelho da visão              | 225265 | Médico oftalmologista |

- (c) Para evitar rejeição dos procedimentos realizados, a unidade deverá atender a compatibilidade prevista na Tabela de Procedimentos do SUS para a categoria da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
- (d) A unidade deverá comprovar o vínculo dos profissionais e especialidade com o respectivo estabelecimento, conforme exigências da Tabela SUS para cada procedimento contemplado no âmbito deste documento descritivo.
- (e) A CONTRATADA declara possuir equipe de acordo com a Portaria SAS/MS nº. 288, de 19 de maio de 2008 para a execução dos procedimentos contemplados no âmbito deste Documento Descritivo, a saber: profissionais habilitados com formação competente para o desempenho das atividades desenvolvidas, equipe técnica composta por profissionais devidamente registrados e em dia com as obrigações junto ao órgão de classe.
- (f) O estabelecimento de saúde deve possuir pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais obrigações assistenciais
- O estabelecimento de saúde habilitado como “Atenção Especializada em Oftalmologia” terá a seguinte equipe mínima:
- (a) Médico Oftalmologista: médico com título de especialista em oftalmologia, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) - Conselho Brasileiro de Oftalmologia ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;
- (b) Responsável Técnico: Médico Oftalmologista que deve assumir, formalmente, a responsabilidade técnica pela Unidade. O Responsável Técnico deve residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado no SUS, desde que instalado no mesmo município ou cidade circunvizinha.
- (c) Médico Anestesiologista: médico com título de especialista na área de Anestesiologia, conferido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, afim ou, ainda, certificado de Residência Médica em Anestesiologia, reconhecida pelo Ministério da Educação;
- (d) Enfermeiro: Profissional de Enfermagem inscrito em seu Conselho Regional preferencialmente com capacitação e experiência em oftalmologia.
- (e) Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem: Profissional de enfermagem inscrito em seu Conselho Regional com a respectiva habilitação profissional, com formação profissional reconhecida pelo MEC.

#### CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PACTUADAS

A CONTRATADA disponibiliza as atividades pactuadas para a Rede de Atenção à Saúde do Município do Rio de Janeiro submetendo-as aos dispositivos de controle e regulação implantados/implementados pelos Gestores do SUS.

A Unidade de Saúde deve garantir a oferta dos serviços assistenciais previstos, de acordo com a programação estabelecida, de modo que não haja interrupção dos serviços prestados.Toda modificação na programação de que trata este Documento Descritivo (inclusão, exclusão e/ou interrupção de ações e serviços pactuados) deve ser formalizada por meio de Termo Aditivo firmado entre as partes.

A porta de entrada será regulada e acompanhada pelos sistemas de controle e regulação estabelecidos pelo Gestor.

É dever da Unidade garantir a realização de todos os procedimentos pactuados necessários ao atendimento dos usuários que lhe forem direcionados pelos dispositivos regulatórios.

#### DA PORTA DE ENTRADA

- I. A CONTRATADA é responsável pela oferta de vagas, bem como, por garantir o atendimento de todo paciente que for regulado pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG;
- II. Qualquer solicitação de procedimento que não esteja elencado na lista de procedimentos, conforme o Anexo I do Termo de Referência deve ser encaminhado pela CONTRATADA, em formulário de referência da “Atenção Secundária para a Atenção Primária”, desde que este procedimento esteja previsto na tabela SIGTAP. Sendo assim, o paciente deverá ser referenciado pela CONTRATADA para a Unidade de Atenção Primária responsável pelo paciente, conforme constante na plataforma “Onde ser Atendido” da CONTRATANTE, acessível em [www.subpav.org/ondeser atendido](http://www.subpav.org/ondeser atendido). A inserção da devida solicitação no sistema de regulação deverá ser efetuada pela Unidade de Atenção Primária responsável pelo paciente;
- III. Para fins de repasse financeiro referente à prestação de serviços da unidade CONTRATADA, todos os procedimentos ambulatoriais que não forem regulados e/ou que não forem realizados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial – SISREG serão glosados pelo MUNICÍPIO, ficando o ônus do procedimento a cargo do prestador, segundo a Portaria S/SUBGERAL nº. 07, de 08/03/2023. Para fins de comprovação de realização do procedimento somente serão contabilizados e remunerados os pacientes atendidos em que o “check-in” seja confirmado no mesmo dia do atendimento no sistema de regulação pela CONTRATADA;
- IV. Deverá reconhecer como válido o documento emitido e assinado digitalmente pelas unidades públicas de saúde, em versão web ou no aplicativo MinhaSaúde.Rio e outros que venham a ser implementados no âmbito do SUS municipal, sem obrigatoriedade da apresentação em forma física e impressa;
- V. A regulação da oferta de procedimentos ambulatoriais é realizada pela Central de Regulação do município do Rio de Janeiro, por meio do Sistema Municipal de Regulação (SISREG). Caso haja substituição do sistema de regulação utilizado, a SMS RIO se obrigará a comunicar à CONTRATADA;
- VI. O acesso da população aos procedimentos contratados será feito exclusivamente pela Central de Regulação do município do Rio de Janeiro por meio do Sistema Municipal de Regulação (SISREG);
- VII. Fica vedada a reserva ou disponibilização de Procedimentos Oftalmológicos que não sejam regulados através do Sistema Municipal de Regulação (SISREG);
- VIII. A CONTRATADA é responsável pela oferta de vagas ao SISREG, bem como, por garantir o atendimento de todo paciente que for regulado pelo Sistema Municipal de Regulação (SISREG), respeitando o dia e horário agendados pelo SISREG;
- IX. Fica vedada a negativa de atendimento a qualquer paciente que for regulado através do Sistema Municipal de Regulação (SISREG);
- X. Cabe à CONTRATADA substituição dos profissionais em situação de férias laborais, licenças e demais situações para não ocasionar paralisação do serviço;
- XI. Cabe à CONTRATADA o agendamento e a garantia do atendimento quando não houver a possibilidade de atendimento dos pacientes agendados;
- XII. Fica vedada a devolução do paciente à unidade solicitante sem que haja a garantia da realização do atendimento pela unidade contratada, uma vez agendado pelo Sistema Municipal de Regulação (SISREG);
- XIII. A unidade contratada deve fazer contato telefônico com os pacientes previamente ao procedimento agendado a fim de diminuir o absenteísmo. Havendo necessidade de cancelamento do procedimento agendado, a unidade solicitante deve realizá-lo em tempo hábil de forma a permitir a disponibilização da vaga para outro paciente;

- XIV. Cabe à CONTRATADA o agendamento pelo SISREG para consultas de retorno na própria unidade de saúde imediatamente após a consulta de primeira vez. Ficando vedada a devolução do paciente para a unidade solicitante para o agendamento de retorno na própria unidade;
- XV. Cabe à CONTRATADA garantir a completude das informações nos laudos e nas contrarreferência para a Atenção Primária, bem como documentos do Sistema de Regulação, a cada solicitação de procedimentos no Sistema de Regulação, informando a história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente;
- XVI. A CONTRATADA deverá emitir relatório de contrarreferência (modelo no ANEXO) ao final do tratamento de cada usuário, que deverá ser entregue ao paciente para fins de acompanhamento do caso pelas equipes de saúde;
- XVII. É vedada a criação de fila de espera interna após marcação dos usuários via SISREG;
- XVIII. Os procedimentos de assistência ambulatorial pactuados devem contemplar o princípio da integralidade do cuidado assistencial, de acordo com as necessidades do paciente e segundo o modelo de organização da Atenção por Linhas de Cuidado;

#### DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

- I. Manter atualizados, com a periodicidade e prazos estabelecidos, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e/ou de outro sistema de informações oficiais que venham a ser implementados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- II. A unidade CONTRATADA deve enviar mensalmente o arquivo de faturamento à Coordenadoria Geral de Contratualização, Controle e Auditoria (S/SUBGERAL/CGCCA), da Secretaria Municipal de Saúde SMS RIO, seguindo as regras de faturamento da CONTRATANTE e do Ministério da Saúde vigentes.

#### DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- I. Prestar os serviços de acordo com todas as exigências contidas no Termo de Referência e Documento Descritivo;
- II. Prestar assistência integral e humanizada, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, implementando mecanismos de gestão da clínica, visando à qualificação do cuidado, reorganização dos fluxos e processos de trabalho;
- III. Monitorar processos assistenciais e administrativos buscando a melhoria contínua da qualidade;
- IV. Promover capacitação e qualificação de seu corpo profissional;
- V. Prestar assistência utilizando as prerrogativas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, segundo normas vigentes;
- VI. Os procedimentos assistenciais pactuados devem contemplar o princípio da integralidade do cuidado assistencial, de acordo com as necessidades do paciente e segundo o modelo de organização da Atenção por Linhas de Cuidado;
- VII. Executar e registrar a assistência ambulatorial e cirúrgica em oftalmologia diariamente;
- VIII. Garantir que a prescrição de medicamentos atenda a Política Nacional de Medicamentos, excetuadas as situações referendadas pela Comissão de Ética e pelas instâncias técnicas do Município;
- IX. Garantir fornecimento de materiais e insumos para os cuidados aos pacientes;
- X. A interrupção dos serviços ocasionadas por avaria dos equipamentos deve ser sanada no prazo máximo de 10 (dez) dias. A remarcação dos procedimentos interrompidos é de responsabilidade do prestador, não podendo ultrapassar 15 (quinze) dias contados a partir da interrupção;
- XI. Monitorar processos assistenciais e administrativos buscando a melhoria contínua da qualidade;
- XII. Manter boas condições de conservação e limpeza dos ambientes;
- XIII. Manter os prontuários dos pacientes organizados, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, ressalvados os prazos previstos em lei. O referido prontuário deverá ser eletrônico;
- XIV. A organização e guarda dos demais documentos aplicáveis ao Serviço contratado deverão considerar o disposto na Resolução SMS nº. 5.976, de 06/11/2023 e possíveis alterações posteriores;
- XV. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem autorização da Comissão de Ética em Pesquisa, devidamente registrada no Ministério da Saúde,e de acordo com a legislação pertinente;
- XVI. Atender aos pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- XVII. Afixar aviso, em local visível em todas as entradas de público externo ou salas de atendimento aos pacientes do SUS, de sua condição de Unidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- XVIII. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos e garantir acesso ao uso de telefone;
- XIX. Respeitar a decisão do paciente ou do seu representante legal, ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- XX. Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes, conforme Lei nº. 13.709, de 14/08/2018;
- XXI. Não efetuar qualquer tipo de cobrança aos usuários do SUS, sendo vedada ainda a captação de pacientes oriundos do SUS para a realização de procedimentos pagos pelo usuário, ainda que tal não esteja contratado pelo SUS;
- XXII. Proceder à atualização de dados junto ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em articulação com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS RIO, informando os eventos de Notificação Compulsória ou Agravos à saúde considerados relevantes com registro e envio dentro da periodicidade definida pela SMS RIO;
- XXIII. Responsabilizar-se pela contratação de pessoal para execução dos serviços referidos neste Termo, incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo ou de prestação de serviços, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Gestor Municipal, apresentando os respectivos comprovantes sempre que solicitado;
- XXIV. Manter em dia o pagamento dos serviços terceirizados a ele vinculados, bem como os demais encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo ou de prestação de serviços, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Gestor Municipal, apresentando os respectivos comprovantes sempre que solicitado;
- XXV. Possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade;
- XXVI. Acionar a central de regulação de urgência e emergência para o transporte do paciente, quando necessário;
- XXVII. Manter canal de comunicação entre a unidade e o usuário, digitais ou por meio de caixas de coleta de ouvidorias, devendo haver monitoramento constante dos resultados e resolução das queixas apresentadas num prazo máximo de 30 (trinta) dias;
- XXVIII. A unidade deverá afixar o número da ouvidoria da Prefeitura do Rio de Janeiro - 1746 em diversos espaços de fácil visualização para os usuários e funcionários.

#### DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- I. Apresentar relatório conforme calendário estipulado pela SMS RIO com informações relativas aocumprimento das metas previstas no Documento Descritivo;
- II. Cumprir as metas pactuadas no Documento Descritivo.

|                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROGRAMAÇÃO FÍSICA ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA                                                                                                                                                                                                    |
| O valor global estimado para a execução, em 60 (sessenta) meses, será de R\$ _____ ( _____ ) e o montante financeiro anual estimado do Contrato será de R\$ _____ ( _____ ) a ser repassado em parcelas duodecimais de R\$ _____ ( _____ ). |

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| METAS                                                                                                               |
| Para fins de comprovação do cumprimento de metas serão consideradas as metas quantitativas e as metas qualitativas. |

**METAS FÍSICAS OU QUANTITATIVAS**

As metas físicas correspondem aos limites quantitativos pactuados no âmbito da Programação Orçamentária detalhada a seguir.

Para fins de comprovação das metas físicas a unidade deverá obrigatoriamente apresentar a produção nos sistemas de informação do SUS.

Para a produção serão considerados somente os procedimentos apresentados e aprovados pelos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e regulados pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro – Sistema de Regulação Ambulatorial / SISREG ou outro sistema determinado pelo Gestor local.

Considera-se o cumprimento total das metas quantitativas o alcance da totalidade das metas físicas pactuadas. Os valores a serem repassados à CONTRATADA podem sofrer glosas por inconsistências ou por procedimentos realizados em pacientes não regulados ou não realizados.

Havendo inconsistências ou suspeita de irregularidades a CONTRATANTE poderá instaurar auditoria para apurar cobranças indevidas e responsabilidades da CONTRATADA.

Quando a CONTRATADA não der causa ao descumprimento das metas, a Comissão de Acompanhamento do Contrato considerará a justificativa a fim de não aplicar sanções referentes à respectiva meta.

Tabela 1. Quantitativo mensal de procedimentos

| 0905010019 - OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS - PACIENTES/MÊS |                                                       |                               |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                                          | OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS    | QUANTIDADE DE PACIENTES /MÊS  | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0905010019                                                                      | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          |                               |                                     |
|                                                                                 | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |                               |                                     |
|                                                                                 | 0211060232 - TESTE ORTÓPTICO                          |                               |                                     |
|                                                                                 | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |                               |                                     |
| TOTAL/MÊS                                                                       |                                                       |                               |                                     |
| PACOTE COMPLEMENTAR                                                             |                                                       |                               |                                     |
| CÓDIGO                                                                          | PROCEDIMENTO                                          | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0211060224                                                                      | TESTE DE VISÃO DE CORES                               |                               |                                     |
| 0211060011                                                                      | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                    |                               |                                     |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL - 9 ANOS OU MAIS - PACIENTES/MÊS |                                                                           |                               |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                            | PROCEDIMENTO                                                              | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0301010072                                                        | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                  |                               |                                     |
| 0211060100                                                        | FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)                                                   |                               |                                     |
| 0211060259                                                        | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                    |                               |                                     |
| 0211060127                                                        | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                          |                               |                                     |
| 0211060020                                                        | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO BINOCULAR                                 |                               |                                     |
| 0211060232                                                        | TESTE ORTÓPTICO- (EXCLUSIVO PARA PEDIATRIA 09 ANOS ATÉ 18 ANOS )          |                               |                                     |
| 0211060224                                                        | TESTE DE VISÃO DE CORES - (EXCLUSIVO PARA PEDIATRIA 09 ANOS ATÉ 18 ANOS ) |                               |                                     |
| 0211060011                                                        | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                                        |                               |                                     |
| 0205020020                                                        | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                  |                               |                                     |
| TOTAL/MÊS                                                         |                                                                           |                               |                                     |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CIRURGIA DE CATARATA - PACIENTES/MÊS |                                                              |                                     |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                          | PROCEDIMENTO                                                 | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| CIRURGIA DE CATARATA                                            |                                                              |                                     |
| 0405050097                                                      | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                 |                                     |
| 0405050100                                                      | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                 |                                     |
| 0405050119                                                      | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA   |                                     |
| 0405050372                                                      | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL |                                     |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                                  |                                                              |                                     |
| 0301010072                                                      | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                     |                                     |
| 0211060127                                                      | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                             |                                     |

| 0211060054                                | CERATOMETRIA                                                                   |  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| 0211060143                                | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA                                                |  |
| 0205020089                                | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                          |  |
| 0211060259                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         |  |
| 0211060100                                | FUNDOSCOPIA                                                                    |  |
| 0211060151                                | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                                   |  |
| 0211060011                                | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                                             |  |
| PÓS-OPERATÓRIO                            |                                                                                |  |
| 0301010072                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       |  |
| 0211060259                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         |  |
| REFRAÇÃO                                  |                                                                                |  |
| 0301010072                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       |  |
| 0211060259                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         |  |
| COMPLICAÇÕES (1,5% DO TOTAL DE CATARATAS) |                                                                                |  |
| 0405050070                                | CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS                                           |  |
| 0405050151                                | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR – LIO                                |  |
| 0405030142                                | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                          |  |
| 0405030169                                | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                |  |
| 0405030177                                | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER |  |
| TOTAL/MÊS                                 |                                                                                |  |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CATARATA CONGÊNITA - PACIENTES/MÊS |                                                       |                               |                                     |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                        | PROCEDIMENTO                                          | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| OPERATÓRIO                                                    |                                                       |                               |                                     |
| 0405050380                                                    | CIRURGIA CATARATA CONGÊNITA                           |                               |                                     |
| 0405030134                                                    | VITRECTOMIA ANTERIOR                                  |                               |                                     |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                                |                                                       |                               |                                     |
| 0301010072                                                    | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA              |                               |                                     |
| 0211060127                                                    | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                      |                               |                                     |
| 0205020089                                                    | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) |                               |                                     |
| 0211060011                                                    | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                    |                               |                                     |
| 0211060259                                                    | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                |                               |                                     |
| PÓS-OPERATÓRIO                                                |                                                       |                               |                                     |
| 0301010072                                                    | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA              |                               |                                     |
| 0211060259                                                    | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                |                               |                                     |
| 0211060127                                                    | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                      |                               |                                     |
| 0301010072                                                    | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (refração)   |                               |                                     |
| TOTAL /MÊS                                                    |                                                       |                               |                                     |

| SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - PACIENTES/MÊS |                                                |                               |                                     |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                     | PROCEDIMENTO                                   | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| OPERATÓRIO                                 |                                                |                               |                                     |
| 0405010150                                 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL |                               |                                     |
| PRÉ-OPERATÓRIO                             |                                                |                               |                                     |
| 0301010072                                 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA       |                               |                                     |
| PÓS-OPERATÓRIO                             |                                                |                               |                                     |
| 0301010072                                 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA       |                               |                                     |
| TOTAL/MÊS                                  |                                                |                               |                                     |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA GERAL- PACIENTES/MÊS |                                                       |                               |                                     |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                 | PROCEDIMENTO                                          | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0301010072                                             | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA              |                               |                                     |
| 0211060259                                             | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                |                               |                                     |
| 0211060127                                             | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                      |                               |                                     |
| 0211060020                                             | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)           |                               |                                     |
| 0211060186                                             | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                   |                               |                                     |
| 0205020089                                             | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) |                               |                                     |

|            |                                |  |  |
|------------|--------------------------------|--|--|
| 0211060283 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA |  |  |
| 0405030045 | FOTOCOAGULACAO A LASER*        |  |  |
| TOTAL/MÊS  |                                |  |  |

\*35% DO TOTAL DE PACIENTES DE OCI RETINOPATIA DIABÉTICA

| CIRURGIA DE RETINA - RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL - PACIENTES/MÊS |                                             |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CÓDIGO                                                                    | PROCEDIMENTO                                | QUANTIDADE/ MÊS<br>A CONTRATAR CP<br>2025 |
| CIRURGIA DE RETINA - RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL                 |                                             |                                           |
| 0405030070                                                                | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL         |                                           |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                                            |                                             |                                           |
| 0301010072                                                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA    |                                           |
| 0211060020                                                                | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR) |                                           |
| 0211060127                                                                | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)            |                                           |
| 0211060259                                                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                      |                                           |
| POS-OPERATORIO                                                            |                                             |                                           |
| 0301010072                                                                | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA    |                                           |
| 0211060259                                                                | TONOMETRIA (MONOCULAR)                      |                                           |
| 0211060020                                                                | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR) |                                           |
| 0211060127                                                                | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)            |                                           |
| TOTAL/MÊS                                                                 |                                             |                                           |

| 0905010043 - OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA * - CIRURGIA DE RETINA - PACIENTES/MÊS |                                                       |                               |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                                                     | OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0905010043                                                                                 | 0211060020 - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO          |                               |                                     |
|                                                                                            | 0211060127 - MAPEAMENTO DE RETINA                     |                               |                                     |
|                                                                                            | 0211060178 - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR          |                               |                                     |
|                                                                                            | 0211060259 – TONOMETRIA                               |                               |                                     |
|                                                                                            | 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |                               |                                     |
| TOTAL/MÊS                                                                                  |                                                       |                               |                                     |
| PACOTE COMPLEMENTAR- AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                                    |                                                       |                               |                                     |
| CÓDIGO                                                                                     | PROCEDIMENTO                                          | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0211060186                                                                                 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                   |                               |                                     |
| 0205020089                                                                                 | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) |                               |                                     |
| 0211060283                                                                                 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                        |                               |                                     |

\*22% do total de pacientes da Consulta em Oftalmologia Geral- 9 anos ou mais.

| OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFL - PACIENTES /MÊS |                                                                                |                               |                                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                         | PROCEDIMENTO                                                                   | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| OPERATÓRIO                                                     |                                                                                |                               |                                     |
| 0405030142                                                     | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                          |                               |                                     |
| 0405030169                                                     | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                |                               |                                     |
| 0405030177                                                     | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER |                               |                                     |
| 0405030070                                                     | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL                                            |                               |                                     |
| PRÉ-OPERATÓRIO                                                 |                                                                                |                               |                                     |
| 0301010072                                                     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       |                               |                                     |
| 0211060127                                                     | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                               |                               |                                     |
| 0211060259                                                     | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         |                               |                                     |
| 0211060020                                                     | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)                                    |                               |                                     |
| 0205020089                                                     | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                          |                               |                                     |
| POS-OPERATORIO                                                 |                                                                                |                               |                                     |
| 0301010072                                                     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       |                               |                                     |
| 0211060259                                                     | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         |                               |                                     |
| 0211060020                                                     | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR)                                    |                               |                                     |
| 0211060127                                                     | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                               |                               |                                     |
| 0405030223                                                     | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE                                                    |                               |                                     |
| REFRAÇÃO                                                       |                                                                                |                               |                                     |
| 0301010072                                                     | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                       |                               |                                     |
| 0211060259                                                     | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                         |                               |                                     |

|            |                                             |  |  |
|------------|---------------------------------------------|--|--|
| 0211060020 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (BINOCULAR) |  |  |
| TOTAL /MÊS |                                             |  |  |

| OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA - PACIENTES /MÊS |                                                                                           |                               |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                   | PROCEDIMENTO                                                                              | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0301010102                               | CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA) |                               |                                     |
| 0211060178                               | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                           |                               |                                     |
| 0211060119                               | GONIOSCOPIA                                                                               |                               |                                     |
| 0205020020                               | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                  |                               |                                     |
| 0211060062                               | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)                                    |                               |                                     |
| 0211060283                               | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                                                            |                               |                                     |
| 0303050012                               | ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA                       |                               |                                     |
| 030305XXXX                               | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA                                          |                               |                                     |
| TOTAL/MÊS                                |                                                                                           |                               |                                     |

| TRANSPLANTE DE CÓRNEA - PACIENTES /MÊS |                                                                   |                               |                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                 | PROCEDIMENTO                                                      | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| OPERATÓRIO                             |                                                                   |                               |                                     |
| 0505010097                             | TRANSPLANTE DE CÓRNEA                                             |                               |                                     |
| 0505010135                             | TRANSPLANTE DE CÓRNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS OU EM REOPERAÇÕES) |                               |                                     |
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMBINADOS    |                                                                   |                               |                                     |
| 0405050372                             | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL      |                               |                                     |
| 0405030096                             | SUTURA DE ESCLERA                                                 |                               |                                     |
| 0405030100                             | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA           |                               |                                     |
| 0405050038                             | CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA                                            |                               |                                     |
| 0405050216                             | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                                          |                               |                                     |
| 0405050291                             | SUTURA DE CONJUNTIVA                                              |                               |                                     |
| 0405050313                             | TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                                        |                               |                                     |
| 0405050305                             | SUTURA DE CÓRNEA                                                  |                               |                                     |
| PRÉ-OPERATÓRIO                         |                                                                   |                               |                                     |
| 0301010072                             | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                          |                               |                                     |
| 0211060127                             | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                  |                               |                                     |
| 0211060100                             | FUNDOSCOPIA                                                       |                               |                                     |
| 0211060119                             | GONIOSCOPIA                                                       |                               |                                     |
| 0211060151                             | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                      |                               |                                     |
| 0211060054                             | CERATOMETRIA (BINOCULAR)                                          |                               |                                     |
| 0205020089                             | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)             |                               |                                     |
| 0211060259                             | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                            |                               |                                     |
| 0211060011                             | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                                |                               |                                     |
| PÓS-OPERATÓRIO                         |                                                                   |                               |                                     |
| 0301010072                             | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                          |                               |                                     |
| 0506010015                             | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE CÓRNEA (2 por ano)  |                               |                                     |
| 0211060259                             | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                            |                               |                                     |
| 0211060100                             | FUNDOSCOPIA                                                       |                               |                                     |
| 0211060267                             | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA                              |                               |                                     |
| 0211060054                             | CERATOMETRIA (BINOCULAR)                                          |                               |                                     |
| 0211060143                             | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA                                   |                               |                                     |
| 0205020020                             | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                          |                               |                                     |
| TOTAL/MÊS                              |                                                                   |                               |                                     |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CÓRNEA - PACIENTES /MÊS |                                                            |                               |                                     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                             | PROCEDIMENTO                                               | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0301010072                                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                   |                               |                                     |
| 0301010072                                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PÓS OP PTERÍGIO) |                               |                                     |

|            |                                                                                          |  |  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PÓS OP IMPLANTE INTRA ESTROMAL)                |  |  |
| 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PÓS OP CROSS LINK)                             |  |  |
| 0211060143 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA                                                          |  |  |
| 0205020020 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                 |  |  |
| 0211060259 | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                                   |  |  |
| 0211060100 | FUNDOSCOPIA                                                                              |  |  |
| 0211060216 | TESTE DE SCHIRMER                                                                        |  |  |
| 0211060267 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA                                                     |  |  |
| 0211060267 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA PÓS CIRURGIA PTERÍGIO (PÓS OPERATÓRIO)              |  |  |
| 0211060267 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA PÓS CROSS LINK / IMPLANTE ESTROMAL (PÓS OPERATÓRIO) |  |  |
| 0405050364 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                                         |  |  |
| 0405050402 | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                                                     |  |  |
| 0405050143 | IMPLANTE INTRA ESTROMAL                                                                  |  |  |
| TOTAL/MÊS  |                                                                                          |  |  |

| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PLÁSTICA OCULAR - PACIENTES /MÊS |                                            |                               |                                     |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| CÓDIGO                                                      | PROCEDIMENTO                               | QUANTIDADE DE PACIENTES / MÊS | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
| 0301010072                                                  | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA   |                               |                                     |
| 0405010010                                                  | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO  |                               |                                     |
| 0405010028                                                  | CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO |                               |                                     |
| 0405010141                                                  | SIMBLEFAROPLASTIA                          |                               |                                     |
| 0405040199                                                  | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA         |                               |                                     |
| 0405010184                                                  | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE      |                               |                                     |
| 0405040202                                                  | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL              |                               |                                     |
| POS-OPERATORIO                                              |                                            |                               |                                     |
| 0301010072                                                  | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA   |                               |                                     |
| TOTAL/MÊS                                                   |                                            |                               |                                     |

OUTROS PROCEDIMENTOS

| CÓDIGO            | PROCEDIMENTO                                                          | QUANTIDADE/ MÊS A CONTRATAR CP 2025 |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 0211060070        | ELETRO-OCULOGRAFIA                                                    |                                     |
| 0211060089        | ELETRORETINOGRAFIA                                                    |                                     |
| 0211060160        | POTENCIAL VISUAL EVOCADO                                              |                                     |
| 0205020089        | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                 |                                     |
| 0211060127        | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                      |                                     |
| 0211060178        | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                       |                                     |
| 0405010036        | DACRIOCISTORRINOSTOMIA                                                |                                     |
| 0405010079        | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS |                                     |
| 0405030037        | CRIOTERAPIA OCULAR                                                    |                                     |
| 0405040105        | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR                                        |                                     |
| 0405050127        | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER                                          |                                     |
| 0405050151        | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO                       |                                     |
| 0405050283        | SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR                                    |                                     |
| 0405050364        | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                      |                                     |
| 0405030053        | INJECAO INTRA-VITREO                                                  |                                     |
| 0405030150        | VITRIOLISE A YAG LASER                                                |                                     |
| 0405030215        | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA                                                |                                     |
| 0405030231        | REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL                                        |                                     |
| 0405050046        | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO / DIATERMIA                                       |                                     |
| 0405050356        | TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO                            |                                     |
| 0405050020        | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                              |                                     |
| 0405050194        | IRIDOTOMIA A LASER                                                    |                                     |
| 0405050135        | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA                                 |                                     |
| 0405040210        | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR                                 |                                     |
| 0405050267        | SINEQUIOLISE A YAG LASER                                              |                                     |
| 0405050313        | TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                                            |                                     |
| 0405050321        | TRABECULECTOMIA                                                       |                                     |
| 0405050143        | IMPLANTE INTRA-ESTROMAL                                               |                                     |
| 0405050402        | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                                  |                                     |
| SUBTOTAL GRUPO 02 |                                                                       |                                     |
| SUBTOTAL GRUPO 04 |                                                                       |                                     |
| TOTAL/MÊS         |                                                                       |                                     |

O procedimento será realizado somente se o profissional executante possuir CBO compatível com o devido procedimento.

O quantitativo de Vagas de Oftalmologia Ambulatorial deverá ser ofertado integralmente (100%) ao Sistema de Regulação Ambulatorial /SISREG, conforme Quadro 01:

Quadro 01. Oferta SISREG

| PROCEDIMENTO*                                                                        | QUANTIDADE MENSAL DE PROCEDIMENTOS A SEREM EXECUTADOS |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CIRURGIA DE CATARATA                                      |                                                       |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CIRURGIA DE CATARATA - 2º OLHO                            |                                                       |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CÔRNEA                                                    |                                                       |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL                                                     |                                                       |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA                                                  |                                                       |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PEDIATRIA                                                 |                                                       |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PLÁSTICA OCULAR                                           |                                                       |
| CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA GERAL                                              |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER                                          |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO                                            |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - IRIDOTOMIA A LASER                                                    |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - MAPEAMENTO DE RETINA                                                  |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS (ADULTOS)                                  |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - TRABECULECTOMIA                                                       |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - ULTRA -SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ÓRBITA                        |                                                       |
| OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INF                                         |                                                       |
| OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA 0 A 8 ANOS                                     |                                                       |
| OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                                               |                                                       |

\* As nomenclaturas das ofertas poderão ser alteradas conforme necessidade do Complexo Regulador e/ou atualizações do Ministério da Saúde

Tabela 2. Programação físico- orçamentária

| CÓDIGO SIGTAP                                                                      | PROCEDIMENTO                                                                              | VALOR UNITÁRIO (SIGTAP) | QUANTIDADE MENSAL | VALOR MENSAL |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------|
| GRUPO 02 - Procedimentos de finalidade diagnóstica                                 |                                                                                           |                         |                   |              |
| Subgrupo 05 - Diagnóstico por ultrassonografia                                     |                                                                                           |                         |                   |              |
| Forma de Organização 02 - Ultrassonografias dos demais sistemas                    |                                                                                           |                         |                   |              |
| 0205020020                                                                         | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                  | R\$ 14,81               |                   |              |
| 0205020089                                                                         | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                                     | R\$ 24,20               |                   |              |
| Subgrupo 11 - Métodos Diagnóstico em especialidades                                |                                                                                           |                         |                   |              |
| Forma de Organização - 06 Diagnóstico em Oftalmologia                              |                                                                                           |                         |                   |              |
| 0211060011                                                                         | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                                                        | R\$ 24,24               |                   |              |
| 0211060020                                                                         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                                                           | R\$ 12,34               |                   |              |
| 0211060054                                                                         | CERATOMETRIA                                                                              | R\$ 3,37                |                   |              |
| 0211060062                                                                         | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)                                    | R\$ 10,11               |                   |              |
| 0211060070                                                                         | ELETRO-OCULOGRAFIA                                                                        | R\$ 24,24               |                   |              |
| 0211060089                                                                         | ELETRORETINOGRAFIA                                                                        | R\$ 24,24               |                   |              |
| 0211060100                                                                         | FUNDOSCOPIA                                                                               | R\$ 3,37                |                   |              |
| 0211060119                                                                         | GONIOSCOPIA                                                                               | R\$ 6,74                |                   |              |
| 0211060127                                                                         | MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)                                                          | R\$ 24,24               |                   |              |
| 0211060143                                                                         | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA                                                           | R\$ 24,24               |                   |              |
| 0211060151                                                                         | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                                              | R\$ 3,37                |                   |              |
| 0211060160                                                                         | POTENCIAL VISUAL EVOCADO                                                                  | R\$ 24,24               |                   |              |
| 0211060178                                                                         | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                           | R\$ 24,68               |                   |              |
| 0211060186                                                                         | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                                       | R\$ 64,00               |                   |              |
| 0211060216                                                                         | TESTE DE SCHIRMER                                                                         | R\$ 3,37                |                   |              |
| 0211060224                                                                         | TESTE DE VISÃO DE CORES                                                                   | R\$ 3,37                |                   |              |
| 0211060232                                                                         | TESTE ORTÓPTICO                                                                           | R\$ 12,34               |                   |              |
| 0211060259                                                                         | TONOMETRIA (MONOCULAR)                                                                    | R\$ 3,37                |                   |              |
| 0211060267                                                                         | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA                                                      | R\$ 24,24               |                   |              |
| 0211060283                                                                         | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA                                                            | R\$ 48,00               |                   |              |
| Grupo 03 - Procedimentos clínicos                                                  |                                                                                           |                         |                   |              |
| Subgrupo 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos                           |                                                                                           |                         |                   |              |
| Forma de Organização 01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior |                                                                                           |                         |                   |              |
| 0301010072                                                                         | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                  | R\$ 10,00               |                   |              |
| 0301010102                                                                         | CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiação DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA) | R\$ 57,74               |                   |              |

| Subgrupo 03 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)           |                                                                                                           |              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|--|
| Forma de Organização 05 - Tratamento de doenças do aparelho da visão |                                                                                                           |              |  |  |
| 0303050012                                                           | ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA                                       | R\$ 17,74    |  |  |
| 0303050039                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA )                                    | R\$ 18,66    |  |  |
| 0303050047                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                                     | R\$ 79,38    |  |  |
| 0303050055                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3 º LINHA)                                    | R\$ 127,98   |  |  |
| 0303050063                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA )                                    | R\$ 12,44    |  |  |
| 0303050071                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ 52,92    |  |  |
| 0303050080                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ 85,33    |  |  |
| 0303050098                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10    |  |  |
| 0303050101                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                | R\$ 8,93     |  |  |
| 0303050110                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                | R\$ 13,39    |  |  |
| 0303050152                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 65,36    |  |  |
| 0303050160                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 98,04    |  |  |
| 0303050179                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 97,77    |  |  |
| 0303050187                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 146,64   |  |  |
| 0303050195                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 138,25   |  |  |
| 0303050209                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 207,36   |  |  |
| 0303050217                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS             | R\$ 150,69   |  |  |
| 0303050225                                                           | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS               | R\$ 226,02   |  |  |
| Grupo 04 - Procedimentos cirúrgicos                                  |                                                                                                           |              |  |  |
| Subgrupo 05 - Cirurgia do aparelho da visão                          |                                                                                                           |              |  |  |
| Forma de Organização 01 - Palpebras e vias lacrimais                 |                                                                                                           |              |  |  |
| 0405010010                                                           | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO                                                                 | R\$ 203,74   |  |  |
| 0405010028                                                           | CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO                                                                | R\$ 278,90   |  |  |
| 0405010036                                                           | DACRIOCISTORRINOSTOMIA                                                                                    | R\$ 681,87   |  |  |
| 0405010079                                                           | EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS                                     | R\$ 78,75    |  |  |
| 0405010141                                                           | SIMBLEFAROPLASTIA                                                                                         | R\$ 203,74   |  |  |
| 0405010150                                                           | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL                                                            | R\$ 203,73   |  |  |
| 0405010184                                                           | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE                                                                     | R\$ 95,42    |  |  |
| Forma de Organização 03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera    |                                                                                                           |              |  |  |
| 0405030037                                                           | CRIOTERAPIA OCULAR                                                                                        | R\$ 116,00   |  |  |
| 0405030045                                                           | FOTOCOAGULACAO A LASER                                                                                    | R\$ 107,61   |  |  |
| 0405030053                                                           | INJECAO INTRA-VITREO                                                                                      | R\$ 82,28    |  |  |
| 0405030070                                                           | RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL                                                                       | R\$ 1.074,86 |  |  |
| 0405030096                                                           | SUTURA DE ESCLERA                                                                                         | R\$ 161,19   |  |  |
| 0405030100                                                           | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA                                                   | R\$ 159,37   |  |  |
| 0405030134                                                           | VITRECTOMIA ANTERIOR                                                                                      | R\$ 381,08   |  |  |
| 0405030142                                                           | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                                                     | R\$ 2.667,29 |  |  |
| 0405030150                                                           | VITRIOLISE A YAG LASER                                                                                    | R\$ 54,00    |  |  |
| 0405030169                                                           | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                                           | R\$ 4.183,12 |  |  |

| 0405030177                                                                                     | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ ENDOLASER | R\$ 4.701,84 |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|--|
| 0405030215                                                                                     | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA                                                          | R\$ 389,64   |  |  |
| 0405030231                                                                                     | REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL                                                  | R\$ 389,64   |  |  |
| 0405030223                                                                                     | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE                                                     | R\$ 468,60   |  |  |
| Forma de Organização 04 - Cavidade orbitária e globo ocular                                    |                                                                                 |              |  |  |
| 0405040105                                                                                     | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR                                                  | R\$ 846,19   |  |  |
| 0405040199                                                                                     | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA                                              | R\$ 116,42   |  |  |
| 0405040202                                                                                     | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL                                                   | R\$ 449,44   |  |  |
| 0405040210                                                                                     | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR                                           | R\$ 453,61   |  |  |
| Forma de Organização 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino |                                                                                 |              |  |  |
| 0405050020                                                                                     | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                                        | R\$ 112,77   |  |  |
| 0405050038                                                                                     | CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA                                                          | R\$ 19,14    |  |  |
| 0405050046                                                                                     | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO / DIATERMIA                                                 | R\$ 587,51   |  |  |
| 0405050070                                                                                     | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HERNIA DE IRIS                                            | R\$ 259,20   |  |  |
| 0405050097                                                                                     | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                                    | R\$ 531,60   |  |  |
| 0405050100                                                                                     | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                                    | R\$ 483,60   |  |  |
| 0405050119                                                                                     | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA                      | R\$ 651,60   |  |  |
| 0405050127                                                                                     | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER                                                    | R\$ 45,00    |  |  |
| 0405050135                                                                                     | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA                                           | R\$ 873,61   |  |  |
| 0405050143                                                                                     | IMPLANTE INTRA ESTROMAL                                                         | R\$ 902,95   |  |  |
| 0405050151                                                                                     | IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO                                 | R\$ 1.112,83 |  |  |
| 0405050194                                                                                     | IRIDOTOMIA A LASER                                                              | R\$ 45,00    |  |  |
| 0405050216                                                                                     | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                                                        | R\$ 172,27   |  |  |
| 0405050267                                                                                     | SINEQUIOLISE A YAG LASER                                                        | R\$ 45,00    |  |  |
| 0405050283                                                                                     | SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR                                              | R\$ 544,88   |  |  |
| 0405050291                                                                                     | SUTURA DE CONJUNTIVA                                                            | R\$ 82,28    |  |  |
| 0405050305                                                                                     | SUTURA DE CÓRNEA                                                                | R\$ 164,08   |  |  |
| 0405050313                                                                                     | TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                                                      | R\$ 965,45   |  |  |
| 0405050321                                                                                     | TRABECULECTOMIA                                                                 | R\$ 898,35   |  |  |
| 0405050356                                                                                     | TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO                                      | R\$ 1.236,75 |  |  |
| 0405050364                                                                                     | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                                | R\$ 209,55   |  |  |
| 0405050372                                                                                     | FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL                    | R\$ 771,60   |  |  |
| 0405050380                                                                                     | CIRURGIA CATARATA CONGÊNITA                                                     | R\$ 895,16   |  |  |
| 0405050402                                                                                     | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                                            | R\$ 292,72   |  |  |
| Grupo 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células                                           |                                                                                 |              |  |  |
| Subgrupo 05 - Transplante de órgãos, tecidos e células                                         |                                                                                 |              |  |  |
| Forma de Organização 01 - Transplante de tecidos e células                                     |                                                                                 |              |  |  |
| 0505010097                                                                                     | TRANSPLANTE DE CÓRNEA                                                           | R\$ 2.070,00 |  |  |
| 0505010135                                                                                     | TRANSPLANTE DE CÓRNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS OU EM REOPERAÇÕES)               | R\$ 2.070,00 |  |  |
| Subgrupo 06 - Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante                        |                                                                                 |              |  |  |
| Forma de Organização 01 - Acompanhamento de paciente no pré e pós-transplante                  |                                                                                 |              |  |  |
| 0506010015                                                                                     | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE CÓRNEA (2 por ano)                | R\$ 115,00   |  |  |
| Grupo 09 - Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados                                   |                                                                                 |              |  |  |
| Subgrupo 05 - Atenção em Oftalmologia                                                          |                                                                                 |              |  |  |
| Forma de Organização 01 - Ofertas de Cuidados Integrados em Oftalmologia.                      |                                                                                 |              |  |  |
| 0905010019                                                                                     | OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS                              | R\$ 200,00   |  |  |
| 0905010043                                                                                     | OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA                                          | R\$ 200,00   |  |  |

METAS QUALITATIVAS

As metas qualitativas representam indicadores de acesso e qualidade dos serviços prestados.Caso a unidade não esteja em conformidade com as normas estabelecidas pelos órgãos de controle e fiscalização, bem como receber até duas autuações no período de 12 (doze) meses, implicará no não cumprimento integral das metas qualitativas, e sofrerá as sanções pertinentes a este não cumprimento. A Comissão de Acompanhamento utilizará os Relatórios disponíveis e as informações dos Sistemas oficiais do DATASUS/MS, para a análise do cumprimento das metas estabelecidas no Documento Descritivo. Caso a análise das metas qualitativas dependa de informações a serem enviadas pela unidade e, esta não enviar a informação ou enviar fora do prazo estipulado, a pontuação do indicador resultará em zero.

| INDICADORES DE ASSISTÊNCIA ( 70pontos) |                                                                                                                |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicador 01                           | Percentual de vagas ofertadas ao Sistema de Regulação Municipal                                                |
| Propósito                              | Melhorar o acesso à assistência de saúde através da organização dos fluxos de demanda pelo sistema regulatório |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta                              | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Método de Cálculo                 | Nº de vagas ofertadas ao Sistema de Regulação X 100-/Nº de vagas Contratualizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pontuação                         | 100% = 10 pontos; < 100% ≥80% = 5 pontos; < 80% = não pontua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Fonte                             | SISREG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Periodicidade                     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Indicador 02                      | Percentual de procedimentos cancelados por causa atribuída à CONTRATADA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Propósito                         | Avaliar desempenho da contratada frente ao perfeito funcionamento das instalações e eventuais falta de recursos humanos                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Meta                              | Inferior a 5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Método de Cálculo                 | Nº de procedimentos cancelados com causa atribuída à contratadaX 100<br>Nº total de consultas agendadas (oferta real)                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Pontuação                         | <5% = 10; >5% = 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Fonte                             | SISREG, Informação mensal enviada à Comissão de Acompanhamento, com assinatura dos membros da comissão de acompanhamento do prestador até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                              |
| Periodicidade                     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Indicador 03                      | Taxa de infecção nos procedimentos cirúrgicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Propósito                         | A taxa de infecção em cirurgias limpas constitui um importante indicador da qualidade cirúrgica em uma instituição de saúde. Além disso, a vigilância contínua e a análise das taxas de infecção são fundamentais para identificar áreas de melhoria e garantir a segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos                                                                      |
| Meta                              | Inferior a 1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Método de Cálculo                 | Nº de pacientes com infecção nos procedimentos cirúrgicos X100<br>Nº total de procedimentos cirúrgicos realizados                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pontuação                         | <1%=15, >1%= 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fonte                             | TABNET e informação mensal enviada à Comissão de Acompanhamento, com assinatura dos membros da comissão de acompanhamento de infeção hospitalar do prestador até o 10º dia do mês subsequente                                                                                                                                                                                                        |
| Periodicidade                     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Indicador 04                      | Taxa de complicação nos procedimentos cirúrgicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Propósito                         | A taxa de complicações cirúrgica é utilizada como indicador de desempenho, refletindo a segurança, eficácia e eficiência dos procedimentos cirúrgicos realizados.                                                                                                                                                                                                                                    |
| Meta                              | < 1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Método de Cálculo                 | Nº de pacientes com complicações nos procedimentos cirúrgicos X 100<br>Nº total de procedimentos cirúrgicos realizados                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Pontuação                         | <1%=15, >1%= 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fonte                             | TABNET e Informação mensal à Comissão de Acompanhamento até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periodicidade                     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Indicador 05                      | Emissão de laudo de exames oftalmológicos contendo hipótese diagnóstica e orientação terapêutica quando couber em até 5 dias úteis                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Propósito                         | O tempo total de liberação dos resultados é um aspecto crucial na garantia de qualidade, sendo particularmente relevante em situações em que a decisão clínica depende diretamente dos resultados dos exames ou quando há resultados críticos que requerem uma comunicação imediata.                                                                                                                 |
| Meta                              | > 90%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Método de Cálculo                 | Nº total de exames oftalmológicos X 100<br>Nº total de laudos emitidos em até 5 dias úteis                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Pontuação                         | > 90% = 10 pontos < 90%= não pontua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Fonte                             | Informação mensal à Comissão de Acompanhamento até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periodicidade                     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Indicador 06                      | Implantação do Termo de consentimento informado para procedimentos invasivos (diagnósticos e cirúrgicos)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Propósito                         | O Termo de Consentimento Informado é uma ferramenta legal e ética que visa proteger os direitos dos pacientes e garantir que as intervenções médicas sejam realizadas de acordo com a vontade e a compreensão do paciente.                                                                                                                                                                           |
| Meta                              | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Método de Cálculo                 | Nº de procedimentos diagnósticos e cirúrgicosx 100<br>Nº total de termos de consentimentos informados assinados pelos pacientes                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pontuação                         | 100% = 10 pts< 100% = não pontua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Fonte                             | Informação mensal à Comissão de Acompanhamento até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periodicidade                     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas                   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| INDICADORES DE GESTÃO ( 30pontos) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Indicador 07                      | Frequência e resolatividade de Ouvidorias Negativas recebidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Propósito                         | As demandas apresentadas pela Ouvidoria, cuja função é assegurar um canal seguro de comunicação aos usuários dos serviços de saúde, têm prazos e tramitação definidos. A abordagem destas queixas envolve a manifestação da Unidade, o contato com o usuário, visitas in loco e apresentação de documentos, conforme seja pertinente.A solução deve ser referendada pela Comissão de Acompanhamento. |
| Meta                              | Até 1 Ouvidoria negativa recebida/mês.Resposta dentro do prazo definido pela Ouvidoria Municipal, a partir do recebimento da demanda.                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Método de Cálculo | Nº. de Ouvidorias Recebidas / mês; Prazo de resposta das Ouvidorias do período.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Pontuação         | Até 1 ouvidoria recebida e respondida dentro do prazo = 10 pts; Até 1 ouvidoria recebida e respondida com resposta em prazo excedido = 05 pts; 2 ouvidorias = não pontua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Fonte             | Ouvidorias recebidas na SMS RIO e documentação pela CAC das tratativas, quando for o caso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo de forma imediata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Indicador 08      | Pesquisa de Satisfação do Usuário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Propósito         | A Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS tem como objetivo avaliar o grau de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção mediante inquérito amostral. Essas pesquisas focalizam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde, contemplando aspectos como: acolhimento, humanização e ambiência. |
| Meta              | 80%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Método de Cálculo | Número dos usuários atendidos que se mostraram satisfeitos com o atendimento prestado no últimomês<br>Total de usuários avaliados no inquérito noúltimo mês.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Pontuação         | >80% (satisfeitos ou muito satisfeitos) =5 pts<br><80% (satisfeitos ou muito satisfeitos) = 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Fonte             | Relatório mensal enviado à Comissão de Acompanhamento, até o 10º dia do mês subsequente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Indicador 09      | Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), rotinas e normas de funcionamento e atendimento dos processos envolvidos na assistência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Propósito         | A uniformidade do cuidado deve ser assegurada por instrutivos operacionais que orientem a prática de todos os profissionais nos processos de atenção ao paciente. Entre eles: Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos, Normatizações de indicações cirúrgicas, Protocolos de enfermagem O acervo destes documentos visa assegurar a regularidade, segurança e qualidade do cuidado prestado, através de ações contínuas de educação do corpo técnico.                                          |
| Meta              | Rotinas e normas atualizadas anualmenteassinadas pelo responsável técnico pela unidade, coerentes com a Política Nacional de Segurança do Paciente/MS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Método de Cálculo | POP impresso, disponível para consulta a toda equipe da Unidade. Um prazo para a adequação e atualização dos documentos será assegurado, com a pontuação sendo exigida apenas a partir do quarto mês de acompanhamento, a partir da data deste documento.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Pontuação         | 1º quadrimestre = ≥80% dos processos documentados = 5 pontos;< 80% ≥70%=2 pontos; abaixo de 70% =0<br>2º quadrimestre = ≥90% dos processos documentados = 5 pontos;< 90% ≥80%=2 pontos; abaixo de 80% =0<br>a partir do 3º quadrimestre = 100% dos processos documentados = 10 pontos;< 100% ≥90%=05 pontos; abaixo de 90% =0                                                                                                                                                                                        |
| Fonte             | Documentos impressos e disponíveis, apresentados à Comissão de Acompanhamento; visita in loco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Periodicidade     | Quadrimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 90 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Indicador 10      | Regularidade da prestação de Informações pela Unidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Propósito         | As Comissões de Acompanhamento são compostas por profissionais da Unidade e da SMS RIO, e o comprometimento com a fidedignidade dos dados e prazos assegura a qualidade do acompanhamento previsto nos Contratos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Meta              | Informações disponibilizadas (planilhas e documentos previstos) integralmente, com assinatura dos membros da CAC (Unidade) e RT da Unidade, até o 10º dia de cada mês subsequente ao período analisado. E-mail para envio de documentos, com cópia para os integrantes das respectivas comissões de acompanhamento: ccac.smsrio@regulacaorioj.com.br.                                                                                                                                                                |
| Método de Cálculo | Registro da data de envio/Recebimento das planilhas e documentos previstos, com assinatura dos membros da CAC (Unidade) e RT da Unidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pontuação         | Informações disponíveis dentro da data prevista = 10 pts; até o último dia do mês = 2 pts; após esta data = não pontua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Fonte             | Planilha elaborada pela Coordenação de Contratualização a partir do recebimento dos dados, a cargo da equipe de administrativos; recebimento das informações pelos representantes da CAC da SMS RIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ações indicadas   | Meta não atingida. Apresentar plano de revisão do processo em 30 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| INDICADOR    | TOTAL DE PONTOS |
|--------------|-----------------|
| Indicador 01 | 10              |
| Indicador 02 | 10              |
| Indicador 03 | 15              |
| Indicador 04 | 15              |
| Indicador 05 | 10              |
| Indicador 06 | 10              |
| Indicador 07 | 10              |

|              |     |
|--------------|-----|
| Indicador 08 | 5   |
| Indicador 09 | 5   |
| Indicador 10 | 10  |
| TOTAL MENSAL | 100 |

**ACOMPANHAMENTO DAS METAS PACTUADAS**

O cumprimento das metas pactuadas neste Documento Descritivo será acompanhado por meio de monitoramento das atividades assistenciais por todas as instâncias de controle,acompanhamento, avaliação, supervisão e auditoria do SUS.

As ações de Controle necessárias à verificação do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes, bem como o monitoramento das condições de assistência, mediante Fiscalização in loco,se darão por meio de visitas das equipes da Coordenação de Supervisão e Auditoria. Neste Documento Descritivo estão definidos e acordados os serviços a serem prestados, as metas quantitativas e qualitativas e as formas de monitoramento. Assim sendo, é esperado o aperfeiçoamento dos processos de gestão da assistência, tanto da Unidade, quanto do próprio SUS, no Município do Rio de Janeiro.

**DISPOSIÇÕES FINAIS**

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente em 01 (uma) via, com atestação das testemunhas abaixo.

**AGENTE PÚBLICO COMPETENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE CONTRATANTE:**  
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

**REPRESENTANTE LEGAL:**  
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

**TESTEMUNHA:**  
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

**TESTEMUNHA:**  
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

**ANEXO V – DECLARAÇÃO ME/EPP**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO ME/EPP**

\_\_\_\_\_[denominação/razão social da sociedade empresarial], inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu(sua) representante legal o(a) Sr. \_\_\_\_\_, DECLARA, para fins do disposto no item do Edital de nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ e sob as penas da lei, atender os requisitos para enquadramento como microempresa/empresa de pequeno porte e não incorrer em qualquer dos impedimentos para se beneficiar do tratamento jurídico diferenciado conferido pela legislação em vigor, nos termos do artigo 3º, da Lei Complementar Federal nº 123/06.

RESSALVA: ( ) Há regularidade fiscal ( ) Não há regularidade fiscal

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

A presente Declaração deverá ser acompanhada de certidão expedida pela Junta Comercial da sede ou do domicílio da microempresa ou empresa de pequeno porte licitante para comprovação do respectivo enquadramento como tal, apresentada no original ou em cópia autenticada, conforme Instrução Normativa nº 103/2007 do DNRC, publicada no DOU de 22/05/2007.

**ANEXO VI – DECLARAÇÃO FIRMADA PELO REPRESENTANTE LEGAL DE QUE OBSERVA COTAS MÍNIMAS PARA PESSOAS DE COR NEGRA E MULHERES – DECRETO Nº 21.083 DE 20/02/2002, ALTERADO PELO DECRETO Nº 21.253 DE 05/04/2002.**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que (NOME DA UNIDADE/CNPJ) observa as cotas mínimas para pessoas de cor negra e mulheres, conforme estabelece o Decreto Municipal nº. 21.083 de 20 de fevereiro de 2002, alterado pelo Decreto Municipal nº. 21.253 de 05 de abril de 2002.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

**ANEXO VII - DECLARAÇÃO REF. AO ARTIGO 9º, §1º, DA LEI FEDERAL Nº. 14.133/2021.**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO REF. AO ARTIGO 9º, §1º, DA LEI FEDERAL Nº. 14.133/2021**

DECLARAMOS, sob as penalidades cabíveis, que não possuímos dirigentes, gerentes, sócios ou componentes do quadro técnico que sejam servidores da Administração Direta ou Indireta do Município, ou que o tenham sido nos últimos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data deste procedimento, nos termos do §1º do artigo 9º da Lei

Federal nº. 14.133, de 01/04/2021, e que não participam dos nossos quadros funcionais, profissional que tenha ocupado cargo integrante dos 1º e 2º escalões da Administração Direta ou Indireta do Município, nos últimos 12 (doze) meses, nos termos do parágrafo único do artigo 2º do Decreto Municipal nº. 19.381/2001.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

**ANEXO VIII - DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE TRABALHISTA.**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE TRABALHISTA**

DECLARO, sob a penas da lei e para os devidos fins de comprovação junto ao (à) \_\_\_\_\_, que o pagamento dos salários e dos respectivos encargos sociais, trabalhistas, previdenciários e securitários referentes aos empregados vinculados à execução do objeto contratado por meio Edital de Chamamento Público nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ encontram-se regularmente quitados.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

**ANEXO IX - DECLARAÇÃO FIRMADA PELO REPRESENTANTE SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS PELA PRÁTICA DE ATOS CONTRA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO**

**ANEXO I-A - Decreto nº. 43.562/2017**

As partes que a esta subscrevem declaram conhecer a Lei Federal nº. 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente na relação com a Administração Municipal.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
AGENTE PÚBLICO  
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

**ANEXO X – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA.**

**(MODELO)**

**ANEXO I – B**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA**

Para a execução deste instrumento jurídico, as partes por si e por seus representantes declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846/2013, se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e estão cientes de que não poderão 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 benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada.

Parágrafo primeiro – A responsabilização da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido. Parágrafo segundo - As sociedades controladoras, controladas, coligadas ou, no âmbito do respectivo contrato, as consorciadas serão solidariamente responsáveis pela prática dos atos previstos nesta Lei, restringindo-se tal responsabilidade à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE  
AGENTE PÚBLICO  
(Nome, cargo, matrícula e lotação)

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XI – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO.

(MODELO)

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

DECLARO, sob a penas da lei e para os devidos fins de comprovação junto ao (à) \_\_\_\_\_ [órgão ou entidade CONTRATANTE], que, na execução do presente contrato, são devidamente observadas as normas de saúde e segurança do trabalho pertinentes.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XII – DECLARAÇÃO REF. ARTIGO 2º, PARÁGRAFO ÚNICO, DO DECRETO MUNICIPAL Nº 19.381/2001 E AO ARTIGO 7º DO DECRETO RIO Nº 49.414/2021.

(MODELO)

DECLARAÇÃO REF. ARTIGO 2º, PARÁGRAFO ÚNICO, DO DECRETO MUNICIPAL Nº 19.381/2001 E AO ARTIGO 7º DO DECRETO RIO Nº 49.414/21

DECLARAMOS, sob as penalidades cabíveis, que não participam dos nossos quadros funcionais, profissional que tenha ocupado cargo integrante dos 1º e 2º escalões da Administração Direta ou Indireta do Município, nos últimos 12 (doze) meses, nos termos do parágrafo único do artigo 2º do Decreto Municipal nº 19.381/2001. DECLARAMOS, de igual turno, sob as penalidades cabíveis, que não dispomos em nosso quadro societário de nenhum familiar de agente público vinculado direta ou indiretamente a unidades administrativas na linha hierárquica daquela encarregada da contratação independente da modalidade adotada, nos termos do artigo 7º do Decreto Rio nº. 49.414/2021.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XIII – DECLARAÇÃO DE QUE O ESTABELECIMENTO REALIZA, NO MÍNIMO, 05 (CINCO) ANOS DE ATIVIDADE NO SETOR DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO.

(MODELO)

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que (NOME DA UNIDADE/CNPJ) realiza, no mínimo, 05 (cinco) anos de atividade no setor de atendimento ao público.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XIV – DECLARAÇÃO DE QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, SOB PENA DE RESPONDER JUDICIALMENTE PELAS INCONSISTÊNCIAS ENCONTRADAS.

(MODELO)

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que (NOME DA UNIDADE/CNPJ) que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências encontradas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XV – DECLARAÇÃO FIRMADA PELO REPRESENTANTE LEGAL DE QUE NÃO É PROPRIETÁRIA DO IMÓVEL EM QUE ESTÁ SITUADA A UNIDADE DE SAÚDE.

(MODELO)

DECLARAÇÃO

Declaramos que (NOME DA UNIDADE/CNPJ), não é proprietária do imóvel sito à (ENDEREÇO COMPLETO DO IMÓVEL), não dispondo, portanto, da Certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto Predial e Territorial Urbano.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XVI - DECLARAÇÃO FIRMADA PELO REPRESENTANTE LEGAL DE QUE NÃO EMPREGA MENOR DE DEZOITO ANOS EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE E DE QUE NÃO EMPREGA MENOR DE DEZESSEIS ANOS, SALVO MAIORES DE QUATORZE NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ.

(MODELO)

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins que a (NOME DA UNIDADE/CNPJ) não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo maiores de quatorze na condição de aprendiz.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO – XVII - DECLARAÇÃO FIRMADA PELO REPRESENTANTE LEGAL DE QUE OS SÓCIOS E DIRETORES NÃO OCUPAM CARGO OU FUNÇÃO DE CHEFIA, ASSESSORAMENTO OU FUNÇÃO DE CONFIANÇA NO SUS – LEI FEDERAL Nº. 8.080, 19/09/1990.

(MODELO)

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins do disposto no parágrafo quarto do artigo 26, da Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, que os sócios e diretores da (NOME DA UNIDADE/CNPJ), não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no SUS.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XVIII - DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE.

(MODELO)

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, sob as penalidades cabíveis, que não existe fato superveniente ao cadastramento que possa impedir a nossa habilitação no Chamamento Público.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO XIX - DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO.

Para a execução deste instrumento jurídico, a CONTRATADA, por meio de seu representante, declara não possuir em seu quadro societário cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, inclusive, dos ocupantes de cargos de direção ou no exercício de funções administrativas, assim como os ocupantes de cargos de direção, chefia e assessoramento vinculados direta ou indiretamente aos órgãos na linha hierárquica da área encarregada da contratação.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA  
(Nome, cargo e carimbo da empresa)

SUBSECRETARIA DE GESTÃO  
AVISO  
EXPEDIENTE DE 11.06.2025

**SMS-PRO-2024/27423 - DE ACORDO**, face o pronunciamento da Gerência de Gratificações e Benefícios (S/ SUBG/CGP/CAP/GGB) desta Subsecretaria de Gestão, por meio do **SMS-DES-2025/206393**, que aponta para o integral atendimento aos requisitos necessários pra recebimento, **RECONHEÇO A DÍVIDA** da gratificação pelo trabalho noturno em favor da servidora **MICHELA CARVALHO REIS DE LIMA**, cargo de Auxiliar de Enfermagem (Enquadramento Por Formação), matrícula nº 10/322.123-1, referente as competências Julho/2024, Agosto/2024, Setembro/2024 e Outubro/2024.

COORDENADORIA DE LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES  
GERÊNCIA DE LICITAÇÕES

CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

**Ref.: Pregão Eletrônico nº 90853/2024 - Proc: SMS-PRO-2023/03875**  
**Objeto:** Registros de Preços para aquisição de fórmulas alimentares pertencentes à classe 8940, para atendimento à gerência de Mandado Judicial da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O Pregoeiro convoca o(s) representante(s) legal(ais) da(s) empresa(s) abaixo relacionada(s), para assinatura da Ata de Registro de Preços para aquisição de fórmulas alimentares pertencentes à classe 8940, para atendimento à gerência de Mandado Judicial da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Local: Prédio do Cass - Bloco 1 - Sala 814.

• CBA - COMERCIO DE PRODUTOS