



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICO nº 01/2021

OBJETO: Chamamento Público para fins de credenciamento e contratação de pessoas jurídicas de direito privado, especializada e habilitada junto ao Ministério da Saúde, na prestação de serviços médicos especializadas na efetivação de AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE, para a realização de procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos realizados no Estado da Paraíba, descritos no Grupo 05 da Tabela SIGTAP/SUS.

ÓRGÃO REQUISITANTE: Secretaria de Estado da Saúde - SES/PB.

A **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA**, Órgão da Administração Direta do Governo do Estado da Paraíba, situada na Avenida Dom Pedro II, n.º 1826, nesta capital, representado neste ato pelo Secretário de Estado da Saúde, **Geraldo Antonio de Medeiros**, torna público, para ciência dos interessados, com base na Lei 8080/90 e na Lei Federal 8666/93, que estarão abertas as inscrições para o chamamento Público para credenciamento e contratação de pessoas jurídicas de direito privado, especializada e habilitada junto ao Ministério da Saúde, na prestação de serviços médicos especializadas na efetivação de AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE, para a realização de procedimentos



relacionados aos transplantes de órgãos realizados no Estado da Paraíba, descritos no Grupo 05 da Tabela SIGTAP/SUS, incluindo o manejo pré-operatório, intra operatório e pós-operatório, no processo de captação e transplante dos órgãos relacionados seja de doadores vivos e de doadores mortos. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante a celebração de instrumento próprio, observadas, a respeito, as normas de direito público, para atendimento da sua demanda, conforme as condições e as necessidades do Estado da Paraíba.

1. JUSTIFICATIVA

Considerando que a doação de órgãos e tecidos para transplante é um direito de todo cidadão e independente da natureza jurídica do hospital onde o possível doador esteja internado, assim como do regime de internação, público, saúde complementar ou privado, a partir do momento da identificação e notificação da morte do paciente a CET, todas as ações e procedimentos para doação e captação de órgãos e tecidos são obrigatoriamente realizados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que a retirada de órgãos é realizada por equipe médica, autorizada pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT), e em hospitais credenciados, mediante autorização da família do doador, e sob supervisão da Central de Transplante.

Considerando ainda, a decisão da plenária da CIB-PB, na 7ª Reunião Ordinária por videoconferência, que aprova a mudança da Gestão dos serviços que executam procedimentos relacionados ao processo de captação e doação para transplante de órgãos e tecidos para Gestão Estadual.

Mediante o contexto exposto, a SES/PB, entende como necessária a contratação de pessoas jurídicas de direito privado especializada e habilitada junto ao Ministério da Saúde, na prestação de serviços médicos especializadas na realização de AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE, com base na Constituição Federal, arts. 37, XXIII e 199, na Lei 8080/90, aplicando-se subsidiariamente na Lei nº. 8.666/93 e suas alterações.



2. DO OBJETO

- 2.1. O presente edital tem por objeto o chamamento Público para credenciamento e contratação de pessoas jurídicas de direito privado, especializada e habilitada junto ao Ministério da Saúde, na prestação de serviços médicos especializadas na efetivação de **AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**, para a realização de procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos realizados no Estado da Paraíba, descritos no Grupo 05 da Tabela SIGTAP/SUS, incluindo o manejo pré-operatório, intra operatório e pós-operatório, no processo de captação e transplante dos órgãos relacionados seja de doadores vivos e de doadores mortos.
- 2.2. Fica assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade dos serviços demandados, a Secretaria recorrerá às entidades com fins lucrativos.
- 2.3. O valor estimado para a contratação dos serviços especializados será baseado nos procedimentos realizados pelo estabelecimento, conforme o quantitativo proposto a realizar na ficha de requerimento . A contratação tomará como referência a tabela de procedimento do SUS, conforme estipulado na Tabela unificada de procedimentos SUS/SIGTAP – Anexo III deste Edital.

3. DAS CONDIÇÕES

- 3.1. O processo de credenciamento é regido pela Lei Federal nº 8.666/93 e suas posteriores alterações, podendo ocorrer de forma direta, por inexigibilidade de licitação, com arrimo no disposto no art. 25, *caput*, aplicando-se no que couber, os princípios gerais de direito público.
- 3.2. A contratação tomará por base a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução das ações e



serviços de saúde e credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS.

- 3.3. As entidades interessadas em participar da Chamada Pública devem estar localizadas no território da Gestão Estadual do SUS no Estado da Paraíba.
- 3.4. Os interessados deverão aceitar os valores de referência à prestação dos serviços constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde e serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.
- 3.5. Os serviços devem obedecer aos requisitos da Resolução RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e RDC/ANVISA Nº 350, de 13 de outubro de 2005, ou outra que venha substituí-la, quanto às normas específicas referentes à Regulamento Técnico para funcionamento dos serviços que realizam atividades laboratoriais, tais como Laboratório Clínico e Posto de Coleta Laboratorial, com vistas a garantir as condições físicas adequadas ao atendimento da clientela

4. DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

- 4.1. Poderão participar do processo de credenciamento todos os interessados, na condição de PESSOA JURÍDICA, que satisfaçam as condições de habilitação deste Edital, do Termo de Referência e que aceitem as exigências estabelecidas pela SES e pela legislação aplicável.
- 4.2. As instituições interessadas deverão disponibilizar aos setores correspondentes da SES/PB, quando solicitadas, informações necessárias para elaboração de diagnósticos regionais, avaliações qualitativas do atendimento, entre outros.
- 4.3. As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deixarão de ter preferência na contratação com o SUS, e o concorrerão em igualdade de condições com as entidades privadas lucrativas, de



acordo com os requisitos dispostos neste edital, caso não cumpram os requisitos fixados na legislação vigente.

- 4.4. A Pessoa Jurídica interessada no credenciamento deverá comprovar através de documentação legal, que a entidade possui no seu quadro, Responsável Técnico (médico), devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba.
- 4.5. A Pessoa Jurídica interessada no credenciamento, quando necessário, deverá apresentar no momento da adesão o número do credenciamento no Ministério da Saúde/SNT, atualizado, e;
- 4.6. Declarar disponibilidade de equipe técnica/pessoal para atendimento de todos os requisitos contratuais, relacionados à assistência ao potencial doador em tempo hábil, conforme estabelecido na Resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1480 de 08 de agosto de 1997).

5. DOS IMPEDIMENTOS

5.1. Não poderá participar do credenciamento o interessado que:

- a) esteja suspenso para licitar e contratar com a Administração Pública;
- b) for declarado inidôneo para licitar e contratar com a administração Pública;
- c) tiver sido descredenciado SES, anteriormente por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidade na execução de serviços prestados enquanto perdurarem as irregularidades que geraram o descredenciamento;
- d) que tenham sócios, gerentes ou responsáveis técnicos que sejam agente político ou servidor público de qualquer categoria, natureza ou condição, sob pena de nulidade do contrato, ressalvadas as exceções legais;
- e) pessoa jurídica em regime de consórcio, qualquer que seja sua forma de constituição.



6. DA INSCRIÇÃO

- 6.1. A documentação de credenciamento deverá ser apresentada em cópias autenticadas em cartório nos termos do art. 32 da Lei 8.666/93, entregue em envelope devidamente fechado e rubricado no fecho na Comissão de Credenciamento da SES/PB, designada por Portaria do Secretário da Saúde, publicada no Diário Oficial do Estado.
- 6.2. A participação no processo decorre da manifestação expressa pela ficha de requerimento do prestador de serviço interessado em participar do processo de credenciamento junto ao SES, conforme Anexo II.
- 6.3. A Ficha de requerimento deverá ser apresentada sem emendas e rasuras.
- 6.4. Toda a documentação exigida neste Edital de Credenciamento deverá ser entregue de segunda a sexta-feira, **em 20 (vinte) dias úteis, após a data de publicação**, no horário das 08h30min às 12h00min e das 14h00min às 16h00min, no endereço: Avenida Dom Pedro II, Nº 1826 Torre, na Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB.
- 6.5. A entrega da documentação ocorrerá mediante protocolo para fins de acompanhamento do interessado.
- 6.6. Não será aceita inscrição extemporânea ou condicional, nem a complementação ou alteração de documentos depois de realizado o protocolo.
- 6.7. Além do requerimento, o interessado deverá apresentar toda a documentação exigida para a habilitação ao credenciamento, sob pena de desclassificação.



6.8. As certidões que compõem a documentação exigida e possuem data de validade deverão estar válidas na data da entrega da documentação, bem como na assinatura do contrato, e serem atualizadas anualmente durante a sua vigência.

6.9. O interessado no credenciamento se responsabiliza pela documentação entregue e pelas informações por ele prestadas.

6.10. Não será considerada documentação apresentada via internet ou fac-símile.

7. DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

7.1. O processo de Credenciamento será conduzido pela Comissão de Credenciamento da SES/PB, designada por Portaria do Secretário da Saúde, publicada no Diário Oficial do Estado, e terá como atribuições:

- a) Implementar o processo de credenciamento, coordenando e supervisionando todas as etapas, e, quando necessário, prestando esclarecimentos;
- b) Monitorar o cumprimento da legislação referente a esse Edital e dos atos normativos complementares dele decorrentes;
- c) Receber os pedidos de inscrições das interessadas;
- d) Conferir os documentos em todas as etapas do credenciamento;
- e) Elaborar a lista de credenciamento e encaminhar para publicação;
- f) Proceder à avaliação de desempenho e ao descredenciamento das empresas que descumpram as obrigações constantes do Edital;
- g) Resolver os casos omissos.

8. DO CREDENCIAMENTO

8.1. Poderão se habilitar ao CREDENCIAMENTO todas as pessoas jurídicas que comprovem possuir os requisitos mínimos de habilitação. A apresentação de toda a documentação exigida, conforme detalhamento deste Edital é requisito obrigatório à



habilitação jurídica, técnica, fiscal e trabalhista do interessado, sendo que a ausência de quaisquer documentos implica a inabilitação do inscrito.

8.2. A **Habilitação Jurídica** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

a) Para as entidades privadas sem fins lucrativos:

I - Certidão de existência jurídica expedida pelo cartório de registro civil ou cópia do estatuto registrado e de eventuais alterações, ou tratando-se de sociedade cooperativa, certidão simplificada por junta comercial;

II - Cópia da ata da eleição do dirigente atual;

III – Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade, com endereço, número e órgão expedidor da carteira de identidade e número de registro no cadastro de pessoas físicas – CPF de cada um deles;

IV – Declaração de que a organização civil funciona no endereço por ela declarado.

b) Para entidades privadas com fins lucrativos:

I – Prova da existência legal do Estabelecimento (Contrato ou Estatuto Social), devidamente registrado e alterações posteriores, se houver;

II – Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social;

III – No caso de sociedade simples, o ato constitutivo inscrito no cartório civil (Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou Cartório de Registro de Títulos e Documentos) acompanhado da prova de Diretoria em exercício;

IV – Declaração dos sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde, em qualquer nível, e no âmbito do Estado da Paraíba;

8.3. A **Regularidade Fiscal** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

I – Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

II – Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativo a sede ou domicílio do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

III – Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Nacional mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CND) ou Certidão Positiva



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CPEND) - certidão expedida conjuntamente pela RFB e pela PGFN, referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU), inclusive os créditos tributários relativos às contribuições sociais previstas nas alíneas "a", "b" e "c" do Parágrafo Único do Art. 11 da Lei nº 8.212/1991, às contribuições instituídas a título de substituição, e às contribuições devidas, por lei, a terceiros, inclusive inscritas em DAU;

IV – Certidão Negativa de Débitos fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda;

V – Certidão Negativa de inscrição de Débitos na Dívida Ativa fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda;

VI – Certidão Negativa de Débitos Municipais, bem como Certidão Negativa de inscrição de Débitos na Dívida Ativa;

VII – Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço FGTS – CRF;

VIII – Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho (Lei nº 12.440/2011), emitida pelo site do TST.

8.4. A **Qualificação Econômico-financeira** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

I – Certidão Negativa de falência ou concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com pelo menos 60 (sessenta) dias de antecedência da data de sua apresentação quando não vier expresso o prazo de validade.

II – Balanço patrimonial do último exercício social;

8.5. A **Qualificação Técnica** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

I – Registro Geral (R.G.) e Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) do Responsável Técnico pelo Serviço;

II – Indicar o representante legal, que irá assinar o Contrato, apresentado cópia do RG e CPF do mesmo;



III – Comprovação de que o dirigente da empresa não possua cargo dentro do Sistema Único de Saúde;

IV – Certificado de Registro do Serviço no Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba;

V – Licença Sanitária, expedido pela Vigilância Sanitária - VISA estadual ou do município onde está localizado o serviço, conforme compromissos assumidos pelo município em relação às ações de Vigilância Sanitária;

VI – Licença de Funcionamento expedida pelo Município onde está localizado;

VII – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, com dados devidamente atualizados;

VII – Declaração de que se propõe a prestar os serviços em concordância com os valores constantes na Tabela Unificada de Procedimentos SIGTAP e neste Edital.

8.6. Considerar-se-ão aptas à avaliação técnica as entidades que atenderem as condições da análise documental.

8.7. A comissão examinadora designada pela Secretaria de Estado da Saúde poderá aceitar protocolo das certidões e documentos comprobatórios de regularidade, desde que a entidade entregue os documentos definitivos quando da celebração do contrato.

9. ANÁLISE DOCUMENTAL E CRITÉRIO DE JULGAMENTO

9.1. A análise dos documentos apresentados ocorrerá em até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis por igual período, contados a partir da data de entrega da documentação ou do encerramento das inscrições.

9.2. A Comissão Examinadora da SES/PB elaborará o relatório referente à Avaliação Técnica e publicará a relação das entidades consideradas habilitadas para eventual celebração do contrato, no Diário Oficial do Estado.

9.3. Não serão aceitos pedidos de credenciamento caso a documentação esteja em desconformidade com o presente Edital e seus anexos.



9.4. As entidades que não atenderem aos requisitos exigidos pelo presente chamamento público serão consideradas inabilitadas.

10. DA HABILITAÇÃO:

10.1. Serão considerados habilitados e aptos para contratação todos os interessados que apresentarem a documentação válida exigida e se enquadrarem nas regras deste Edital e Termo de Referência.

10.2. A Comissão de Credenciamento concluirá pela habilitação das interessadas, mediante parecer circunstanciado e individualizado por pretendente, que cumprirem as exigências do item de habilitação, a qual será comprovada mediante a conferência da documentação exigida, e do parecer técnico favorável, se for o caso, que atestarão os requisitos de habilitação jurídica, qualificação técnica, regularidade fiscal e trabalhista.

10.3. Serão considerados inabilitados os interessados que:

- a) Estejam declarados temporariamente, por qualquer motivo, suspensos ou impedidos de contratar com a Administração Pública, direta ou indireta, do Estado da Paraíba, ou que estejam declarados inidôneos para contratar com a Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal;
- b) Estejam inadimplentes com as obrigações assumidas junto aos órgãos fiscalizadores da atividade/profissão, ou possuam nota desabonadora emitida pelos referidos órgãos.

11. DA SELEÇÃO / DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

11.1. A Secretaria de Estado da Saúde poderá celebrar contrato de prestação de serviço, nos termos da minuta do Contrato (ANEXO IV), com as entidades consideradas habilitadas, com base nos documentos elencados no item 08.



- 11.2. Após a análise documental e com a homologação do procedimento, a comissão examinadora fará publicar a lista de credenciados no Diário Oficial do Estado da Paraíba.
- 11.3. Caso todos os interessados tenham o seu pedido de credenciamento indeferido, a Comissão, quanto interesse da SES/PB, poderá conceder o prazo de 08 (oito) dias úteis, conforme preconiza o art. 48 § 3º da Lei 8.666/93, para apresentação de novos envelopes com a documentação que motivou o indeferimento, devidamente atualizada.
- 11.4. Os resultados não serão divulgados por telefone ou e-mail, ou qualquer outro meio de comunicação que não seja expressamente determinado no presente Edital.
- 11.5. Os casos não previstos e as dúvidas deste Edital serão resolvidos pela Comissão Examinadora, com base na Lei nº 8.666/93 e com apoio técnico, se verificada a necessidade e a critério da Comissão.
- 11.6. As empresas credenciadas serão convocadas no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados a partir da comunicação formal ou da decisão de recurso administrativo, a comparecerem na sede da Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB para assinar o instrumento contratual. Caso as empresas não compareçam no prazo estabelecido, serão automaticamente eliminadas.
- 11.7. Será garantida a igualdade de condições entre todos os interessados hábeis a contratar com a Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB.
- 11.8. A distribuição das demandas para a contratação dos serviços de que trata este edital, deverá ser feita de forma imparcial, sendo realizado sorteio aleatório entre todos os credenciados.
- 11.9. A Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB poderá, a qualquer tempo, confirmar a veracidade das informações prestadas através de atestados, certidões, declarações e cópias de trabalhos realizados, bem como solicitar outros documentos ou, ainda, a revalidação dos fornecidos.

12. DO PRAZO RECURSAL

- 12.1. Os documentos daqueles que não forem habilitados ao credenciamento permanecerão na SES/SETOR GERAVAL à disposição



- para devolução por um período de 30 (trinta) dias, contados da publicação do resultado final. Após esse prazo, mantendo-se o interessado inerte, a SES poderá se desfazer dos documentos.
- 12.2. A entidade que for considerada inabilitada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis contados a partir da data de publicação, no Diário Oficial do Estado da Paraíba, da relação daquelas consideradas habilitadas, para recorrer quanto a sua inabilitação, conforme o estabelecido no Item I da alínea a, do Art.109º, da Lei Federal 8666/93 e suas alterações posteriores. Tal recurso deverá ser protocolado na Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB, direcionado ao setor GERAU, no horário das 08h30min às 12h00min e das 14h00min às 16h00min, no endereço: Avenida Dom Pedro II, Nº 1826 Torre;
- 12.3. O recurso será julgado pela Comissão, em 03 (três) dias úteis, e o resultado será publicado no Diário Oficial do Estado da Paraíba.
- 12.4. Os recursos terão efeitos suspensivos. Nesse caso, a validade da proposta será prorrogada pelo período recursal estabelecido na lei.

13. DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

- 13.1. A contratação dos habilitados será mediante assinatura de contrato de credenciamento, com prazo de vigência **de 12 (doze) meses** conforme as disposições contidas nos respectivos instrumentos, podendo ser prorrogado, condicionado a verificação da real necessidade e vantagem para a Administração na continuidade do contrato, nos termos do Art. 57 da lei 8.666/93.

14. DA CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

- 14.1. Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE conforme produção realizada, mediante a apresentação à SES da nota fiscal correspondente e dos documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, obedecendo aos procedimentos e os prazos



estabelecidos pelo Ministério da Saúde e devidamente gerenciados pela SES.

- 14.2. Para atender às despesas decorrentes dos credenciamentos oriundos desde Edital, a SES utilizará recursos alocados pelo Fundo Nacional do Ministério da Saúde e eventualmente recursos do Fundo Estadual de Saúde.
- 14.3. A CONTRATADA lançará na nota fiscal as especificações dos serviços executados de modo idêntico àqueles constantes do objeto do Contrato e da Nota de Empenho.
- 14.4. Após a análise dos documentos apresentados, a CONTRATANTE efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, depositando-o em conta bancária de titularidade da CONTRATADA, a partir do crédito na conta bancária do Fundo Estadual de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde.
- 14.5. O pagamento está condicionado a Regularidade Fiscal da Empresa, devendo esta demonstrar tal situação.
- 14.6. O valor do contrato será o valor dos serviços comprovadamente prestados, de acordo com a tabela de preços do SUS obedecida a disponibilidade de dotação orçamentária.
- 14.7. O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste contrato não transfere para a SES a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.
- 14.8. Fica vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou o cometimento a terceiros da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

15. REAJUSTE

- 15.1. A contratação dos serviços deverá observar os preços estipulados na Tabela unificada de procedimentos SUS/SIGTAP – Anexo III deste



Edital, os quais correspondem aos preços da tabela de procedimento do SUS.

- 15.2. Nos preços fixados acima estão incluídos todos e quaisquer custos diretos e indiretos referentes ao desempenho das obrigações previstas neste contrato, inclusive tributos, despesas trabalhistas e contribuições previdenciárias, dentre outros necessários à consecução do objeto ora contratado, de modo que nenhuma outra remuneração será devida pela adequada e perfeita prestação dos serviços.
- 15.3. Os valores de referência à prestação dos serviços correspondem aos preços da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde sendo reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

16. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

- 16.1. Os serviços serão remunerados com base nos valores da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde – SUS/MS vigentes no momento da celebração do Termo de Adesão, ficando expressamente vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela de remuneração adotada, em Anexo III.
- 16.2. São de inteira responsabilidade do credenciado as obrigações pelos encargos previdenciários, sociais, fiscais, trabalhistas, securitários, indenizatórios e comerciais resultantes de execução do contrato.
- 16.3. O credenciado deverá iniciar as suas atividades imediatamente após a inclusão dos seus dados no sistema da SES/PB e cadastro no CNES na unidade que o prestador irá executar as cirurgias e no prazo fixado pelo contratante.
- 16.4. O contrato poderá ser alterado, com a devida motivação, mediante formalização de aditivo contratual.
- 16.5. O contrato não gera vínculo empregatício entre o credenciado e o SES.



17. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

17.1. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

17.1.1. A CONTRATADA CREDENCIADA obriga-se a:

- a) Realizar os serviços de acordo com as especificações e diretrizes fixadas neste Edital e Termo de Referência, bem como em observância da legislação, regras e regulamentos técnicos aplicáveis ao caso, assumindo total responsabilidade pelo desempenho das obrigações que lhes são conferidas por este contrato;
- b) Obriga-se a manter-se, durante a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e com todas as condições de habilitação e qualificação já exigidas no credenciamento, e documentação pertinente atualizada, comunicando a SES/PB qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente;
- c) Fornecer toda a mão de obra qualificada para execução dos serviços, bem como todos os materiais necessários ao cumprimento do objeto do presente Contrato, sem qualquer ônus adicional para a CONTRATANTE;
- d) Aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, caso haja interesse desta Secretaria de Saúde;
- e) Arcar com todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto deste termo;
- f) Apresentar junto a SES/PB Agência e número da conta bancária no Banco Bradesco, para efeito de crédito de pagamento das obrigações;
- g) Submeter-se aos critérios de autorização e regulação, estabelecidos pela SES/PB;
- h) Cultivar assiduidade e a pontualidade no cumprimento do Cronograma de procedimentos;
- i) Realizar, dentro das instalações da unidade, as avaliações clínicas para diagnóstico de morte encefálica, devendo a mesma preencher toda documentação necessária para comprovação da mesma;



- j) Comunicar à CET diagnóstico de morte encefálica para acompanhamento do protocolo;
- k) Manter sigilo dos dados referentes ao doador;
- l) Comunicar todos os óbitos com coração parado para a CNCDOPB / CET;
- m) Prover meios dentro do âmbito hospitalar para realização do exame complementar para diagnóstico de morte encefálica, de preferência na beira do leito;
- n) Respeitar todos os aspectos éticos e legais, de acordo estabelecido na legislação brasileira;
- o) Responsabilizar se, no caso de Hospital transplantador, pela realização dos exames necessários ao pré transplante, para inclusão dos pacientes em lista, bem como pelos exames necessários ao transplante e ao pós transplante;
- p) Dispor, no caso de Hospital transplantador, de equipes cirúrgicas, que deverão estar disponíveis em tempo integral, inclusive finais de semana e feriados, para realização das captações dos órgãos e tecidos, de acordo com sua habilitação junto ao SNT.

17.2. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

17.2.1. A CONTRATANTE obriga-se a:

- a) Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor, forma e prazos ajustados;
- b) Gerenciar o presente contrato, indicando sempre que solicitado, o nome da CONTRATADA, o preço e a descrição do objeto contratado;
- c) Convocar a CONTRATADA via e-mail ou telefone, para sanar possíveis irregularidades ocorridas na execução do presente contrato;
- d) Observar para que, durante a vigência do presente contrato, sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, bem assim, a compatibilidade com as obrigações assumidas, inclusive com solicitação de novas certidões ou documentos vencidos;
- e) Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das condições ajustadas no edital de chamamento público, no Termo de Referência e no contrato;



f) Fiscalizar o serviço credenciado por intermédio de técnicos de seu quadro e executar, mediante comunicado prévio, visita técnica para comprovar a capacidade instalada e/ou a correta execução dos serviços.

18. DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 18.1. A SES/PB realizará o acompanhamento da execução dos serviços credenciados por meio de auditorias, comunicações escritas, visitas e outras atividades correlatas, devendo as intercorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do credenciado.
- 18.2. O pagamento da execução dos procedimentos será adimplido mediante verificação de documentação comprobatória apresentada, após o faturamento e o devido processamento da unidade pelo sistema SIA/SIH/SUS;
- 18.3. A fiscalização ou o acompanhamento não exclui nem reduz a responsabilidade do credenciado por danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato.
- 18.4. A SES pagará à (ao) credenciado contratada (o) por meio deste Edital os serviços efetivamente prestados, após apresentação da nota fiscal dos serviços, conferência e validação dos dados faturados, de acordo com os valores constantes da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde – SUS/MS.
- 18.5. O contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por ato formal e unilateral do SES, mediante comunicação expressa ao credenciado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, hipótese em que será procedido o descredenciamento, sem prejuízo dos serviços já prestados e sem que caibam aos contratados quaisquer direitos, vantagens e/ou indenizações.
- 18.6. Qualquer usuário poderá comunicar, a qualquer tempo, a irregularidade na prestação dos serviços e/ou no faturamento.



19 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 19.1. A CONTRATADA ficará sujeita às sanções administrativas previstas nos arts. 86, 87 e 88 da Lei n.º 8.666/93, a serem aplicadas pela autoridade competente da CONTRATANTE, conforme a gravidade do caso, assegurado o direito a ampla defesa, sem prejuízo do ressarcimento dos danos porventura causados à Administração, e das cabíveis cominações legais.
- 19.2. O atraso injustificado na execução do serviço objeto deste Edital ensejará a credenciada multa de 0,5% (meio por cento) por dia, e por ocorrência, até o limite máximo de 5% (cinco por cento) sobre o valor total do contrato, recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias, uma vez comunicada.
- 19.3. A aplicação da multa referida no subitem acima, não impede que a Administração rescinda unilateralmente o contrato e aplique outras sanções previstas na Lei nº 8.666/93.
- 19.4. Pela inexecução total ou parcial do contrato a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao contratado as seguintes sanções:
- a) advertência;
 - b) multa de 10% (dez por cento) do valor da nota de empenho ou Contrato, no caso de descumprimento parcial ou total de qualquer obrigação pactuada, salvo se decorrente de motivo de força maior definido em Lei, e reconhecido pela autoridade competente;
 - c) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de até 02 (dois) anos;
 - d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a licitante vencedora ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item anterior.
- 19.5. No caso de não-recolhimento do valor das multas de que trata os subitens 19.2 e 19.4. alínea b, poderá ser descontada dos



- pagamentos a que fizer jus a CONTRATADA ou ajuizada a dívida, consoante o § 3º do art. 86 e § 1º do art. 87 da Lei n.º 8.666/93, acrescida de juros moratórios de 1,0% (um por cento) ao mês.
- 19.6. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF, e no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no Termo de Referência e das demais cominações legais.
- 19.7. No processo de aplicação de penalidades será sempre assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa.
- 19.8. A penalidade estabelecida no subitem 15.4, será da competência do Secretário de Estado da Saúde ou por agente que receba esta delegação.

20. DO DESCREDENCIAMENTO

- 20.1. Será descredenciada a qualquer tempo, a instituição que:
- a) Por algum motivo o credenciado deixar de atender as condições e especificações estabelecidas neste Edital e Termo de Referência;
 - b) Recusar-se, injustificadamente, a assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando ainda na imediata suspensão do direito de contratar com a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba;
 - c) Não mantiver, durante o curso do contrato, as mesmas condições que possibilitaram o seu credenciamento;
 - d) Forem procedentes as denúncias formuladas sobre má prestação do serviço ou irregularidades que afrontem princípios constitucionais;
 - e) Superveniência de fato ou circunstância que comprometa a capacidade técnica ou administrativa da credenciada, ou que reduza a capacidade de prestação de serviço a ponto de não atender às exigências estabelecidas;
- 20.2. O descredenciamento se dará com a rescisão contratual ente a entidade credenciada e Secretaria, após regular processo



administrativo, com observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa.

- 20.3. O Credenciado poderá denunciar o ajuste e se descredenciar, a qualquer tempo, bastando notificar a Administração com antecedência de 30 (trinta) dias.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 21.1. É facultada à autoridade competente, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, inclusive com a fixação de prazo para resposta.
- 21.2. A Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba poderá prorrogar, adiar, revogar ou anular o presente Edital, na forma da Lei, sem que caiba aos participantes qualquer direito a reembolso, indenização ou compensação.
- 21.3. A qualquer tempo, antes da data de abertura do credenciamento, poderá a Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba, se necessário, modificar este instrumento, hipótese em que deverá proceder a divulgação, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das inscrições propostas.
- 21.4. 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 credenciamento.
- 21.5. Caberá ao contratado à obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pela Vigilância Sanitária ou outra entidade reguladora e fiscalizadora da atividade exercida.
- 21.6. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição ou promovendo a rescisão do contrato, bem



como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

21.7. Os erros materiais irrelevantes serão objeto de saneamento mediante ato motivado da Comissão de Credenciamento

21.8. O presente Edital e seus Anexos, bem como as propostas dos licitantes credenciados farão parte integrante do Contrato ou instrumento equivalente, independentemente de transcrição.

21.9. O proponente, ao participar da presente licitação, expressa automaticamente concordância aos termos deste Edital e da Lei 8.666/93.

21.10. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e os anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

21.11. A homologação do resultado deste credenciamento não implicará direito à contratação.

21.12. Este Edital estará vigente por prazo indeterminado, até disposição em sentido contrário a ser determinada pela autoridade competente. Sua revogação dependerá de prévia publicação, utilizando-se os mesmos meios empregados ao tempo de sua edição.

21.13. Enquanto estiver vigente o Edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencha as condições ora exigidas.

21.14. São partes integrantes deste Edital:

Anexo I – TERMO DE REFERÊNCIA;

Anexo II – FICHA DE REQUERIMENTO - EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº ___/2021;

Anexo III – TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS SUS/SIGTAP;

Anexo IV – MINUTA DE CONTRATO;

João Pessoa/PB, 11 de Janeiro de 2021.

Geraldo Antonio de Medeiros
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



1. OBJETO

O presente Termo tem por objeto subsidiar o processo de chamamento Público para credenciamento e posterior contratação de pessoas jurídicas de direito privado especializada e habilitada junto ao Ministério da Saúde, na prestação de serviços médicos especializadas na efetivação de AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE, para a realização de procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos realizados no Estado da Paraíba, descritos no Grupo 05 da Tabela SIGTAP/SUS, incluindo o manejo pré-operatório, intra operatório e pós-operatório, no processo de captação e transplante dos órgãos relacionados seja de doadores vivos e de doadores mortos.

2. JUSTIFICATIVA

Em 1997, foram criados o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o seu órgão central, as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) para cada Estado brasileiro e os Cadastros Técnicos (lista única) para distribuição dos órgãos e tecidos doados. Foram também destinados recursos financeiros para o pagamento do processo de doação.

A doação de órgãos e tecidos para transplante é um direito de todo cidadão e independente da natureza jurídica do hospital onde o possível doador esteja internado, assim como do regime de internação, público, saúde complementar ou privado, a partir do momento da identificação e notificação da morte do paciente a CET, todas as ações e procedimentos para doação e captação de órgãos e tecidos são obrigatoriamente realizados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A retirada de órgãos é realizada por equipe médica, autorizada pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT), e em hospitais credenciados,



mediante autorização da família do doador, e sob supervisão da Central de Transplante.

Considerando a Resolução CIB nº 129/2020, na qual o Estado passa a deter a gestão do processo regulatório vinculado às ações de transplantes sob da CNCDOPB torna-se fundamental a existência de contrato como instrumento jurídico com as unidades privadas para que seja possível estimular a identificação de doadores, garantir ao cidadão o direito de doar, assim como de remunerar o hospital pelos procedimentos realizados.

Mediante o contexto exposto, a SES/PB, entende como necessária a contratação de pessoas jurídicas de direito privado especializada e habilitada junto ao Ministério da Saúde, na prestação de serviços médicos especializadas na realização de **AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**, com base na Constituição Federal, arts. 37, XXIII e 199, na Lei 8080/90, aplicando-se subsidiariamente na Lei nº. 8.666/93 e suas alterações.

3. DO VALOR MÁXIMO PARA CONTRATAÇÃO

A estimativa de custos para a oferta dos serviços, realização de **AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**, considerando a demanda gerada, totaliza, como demonstrado no quadro a seguir:

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR SIGTAP (R\$)	QUANTIDADE MENSAL	TETO MENSAL (R\$)

4. RECURSOS FINANCEIROS



A CONTRATADA receberá, da Secretaria de Estado da Saúde a importância referente aos serviços efetivamente prestados, de acordo com os valores unitários de cada procedimento previstos na Tabela Unificada do SUS repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, através do Bloco de Custeio – FAEC – levando em consideração a portaria ministerial vigente.

- 4.1. Vedação expressa de pagamento de qualquer sobretaxa em relação aos valores na Tabela SUS e as referidas Portarias.
- 4.2. Os valores estipulados serão reajustados na mesma proporção dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, e repassados ao Prestador de forma regular, se necessário, admitir-se-á o presente contrato.

5. PRAZO PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- 5.1. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nos termos do disposto no art. 57 da Lei 8.666/93, e alterações posteriores, mediante Termo Aditivo, de acordo com o interesse entre as partes.
- 5.2. O(s) serviço(s) a ser (em) executado(s) pela empresa habilitada ao credenciamento e posterior contratação, estará sujeito à aceitação pela CONTRATANTE, ao qual caberá o direito de recusar, caso o mesmo não esteja de acordo com o especificado no Termo Referência.

6. DAS QUALIFICAÇÕES DA CREDENCIADA/CONTRATADA

6.1. Qualificação Técnica:

- 6.1.1. Estar localizada no Estado de Paraíba;



- 6.1.2. Alvará Sanitário expedido pelo órgão sanitário competente vigente;
- 6.1.3. Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES,
- 6.1.4. Habilitação para ações de transplante no CNES
- 6.1.5. Ficha do CNES atualizado;
- 6.1.6. Alvará de funcionamento específico para sua área de atuação vigente;
- 6.1.7. Registro ou inscrição de pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina (CRM), em validade, com indicação do objeto social compatível com o objeto desta contratação;
- 6.1.8. Registro Geral (R.G.) e Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) do Responsável Técnico pelo Serviço;
- 6.1.9. Indicar o representante legal, que irá assinar o Contrato, apresentado cópia do RG e CPF do mesmo;
- 6.1.10. Comprovação ou Declaração de que o dirigente da empresa não possua cargo dentro do Sistema Único de Saúde;
- 6.1.11. Declaração firmada pelos sócios e/ou diretores da instituição que, expressamente:
- a) conhecem e aceitam as condições de remuneração dos serviços, na conformidade da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS e de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamentos, disponibilizado à Secretaria de Estado da Saúde; e
 - b) tem disponibilidade para prestar atendimento consoante às regras do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Tripartite de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e seguindo as normas fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

6.2. Habilitação Jurídica

- 6.2.1. Para as entidades privadas sem fins lucrativos:



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

- a) Certidão de existência jurídica expedida pelo cartório de registro civil ou cópia do estatuto registrado e de eventuais alterações, ou tratando-se de sociedade cooperativa, certidão simplificada por junta comercial;
- b) Cópia da ata da eleição do dirigente atual;
- c) Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade, com endereço, número e órgão expedidor da carteira de identidade e número de registro no cadastro de pessoas físicas – CPF de cada um deles;
- d) Declaração de que a organização civil funciona no endereço por ela declarado.

6.2.2. Para entidades privadas com fins lucrativos:

- a) Prova da existência legal do Estabelecimento (Contrato ou Estatuto Social), devidamente registrado e alterações posteriores, se houver;
- b) Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social;
- c) No caso de sociedade simples, o ato constitutivo inscrito no cartório civil (Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou Cartório de Registro de Títulos e Documentos) acompanhado da prova de Diretoria em exercício;
- d) Declaração dos sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde, em qualquer nível, e no âmbito do Estado da Paraíba;

6.3. Regularidade Fiscal

- a) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativo a sede ou domicílio do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Nacional mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CND) ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Créditos



Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CPEND) - certidão expedida conjuntamente pela RFB e pela PGFN, referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU), inclusive os créditos tributários relativos às contribuições sociais previstas nas alíneas "a", "b" e "c" do Parágrafo Único do Art. 11 da Lei nº 8.212/1991, às contribuições instituídas a título de substituição, e às contribuições devidas, por lei, a terceiros, inclusive inscritas em DAU;

- d) Certidão Negativa de Débitos fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda;
- e) Certidão Negativa de inscrição de Débitos na Dívida Ativa fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda;
- f) Certidão Negativa de Débitos Municipais, bem como Certidão Negativa de inscrição de Débitos na Dívida Ativa;
- g) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço FGTS – CRF;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho (Lei nº 12.440/2011), emitida pelo site do TST;

6.4. Qualificação Econômico-financeira

- a) Certidão Negativa de falência ou concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com pelo menos 60 (sessenta) dias de antecedência da data de sua apresentação quando não vier expresso o prazo de validade.
- b) Balanço patrimonial do último exercício social;
- c) A pessoa jurídica optante do Sistema de Lucro Real ou Presumido deverá apresentar juntamente com o Balanço Patrimonial, cópia do recibo de entrega da escrituração contábil digital – SPED CONTABIL,



7. DO PAGAMENTO

- 7.1. O pagamento será feito mensalmente por produção, mediante parecer favorável da Equipe da Secretaria Estadual de Saúde, após a verificação dos documentos comprobatórios da execução dos serviços.
- 7.2. Pelo fiel e perfeito fornecimento do objeto desta contratação, a CONTRATANTE pagará a contratada mediante a apresentação mensal da Nota Fiscal, acompanhada de espelho de faturamento, cópias da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) devidamente assinada pelo médico cirurgião, além das certidões negativas de débito.

8. DAS GLOSAS

- 8.1. É reservado ao CONTRATANTE, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial, caso se constate estar em desacordo com as disposições contidas nos Termos do Contrato, de acordo com a legislação complementar aplicável e atos normativos pertinentes.
- 8.2. A CONTRATADA em caso de discordância com os valores glosados pelo contratante, terá prazo de 30 (trinta) dias para recorrer da glosa, também por escrito, em formulário próprio, com a devida justificativa de revisão do valor ou valores glosados.
- 8.3. O recurso de Glosa, supracitado, apresentado tempestivamente pela CONTRATADA será deferido ou não pelo CONTRATANTE com a devida justificativa, após parecer da SES/PB, que poderá ou não acolher a justificativa.



9. Das obrigações da Contratante

- 9.1. Pagar procedimento mediante valor de Tabela SUS;
- 9.2. Fornecer informações acerca de todo processo de eletivas (portarias, resoluções, contratos, demanda, pagamento, processamento de contas, entre outros);
- 9.3. Realizar pagamento mediante comprovação de produção apresentada;

10. Das obrigações do Contratado (Profissional)

- 10.1. Realizar procedimentos relacionados à captação e doação de órgãos definidos pela CNCDO/PB conforme limite contratual (quantidade e valor);
- 10.2. Realizar procedimento incluindo os materiais necessários, assim como equipamentos indispensáveis;
- 10.3. Preencher todos os campos obrigatórios nos impressos (Prontuários), inclusive o código do procedimento;
- 10.4. Dar entrevista aos meios de comunicação, se necessário;
- 10.5. Atender de maneira humanizada conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS.
- 10.6. Cultivar assiduidade e a pontualidade no cumprimento do Cronograma de procedimentos.



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

107. É de responsabilidade da CONTRATADA a utilização de pessoal para execução do objeto da presente contratação, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a CONTRATANTE.

Os casos omissos e as dúvidas suscitadas relativas a esta Contratação serão resolvidos pela Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba.

João Pessoa, xx de xxxxxxxxx de 2020.

Geraldo Antônio de Medeiros
Secretário de Estado da Saúde



ANEXO II - FICHA DE REQUERIMENTO - EDITAL DE CREDENCIAMENTO
Nº ___/2021

1. DADOS DO PROPONENTE (PESSOA JURÍDICA)

Razão Social:				
Nome de Fantasia (se houver)				
CNPJ:		Ano de Criação:		
Nº de membros/Associados:		Área de Atuação:		
Endereço(Rua, Avenida, Quadra, Travessa, etc.):				
N.º:	Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Telefone fixo: ()			Celular: ()	
E-mail:			Site:	

Código	Procedimento	QUANTITATIVO QUE SE PROPÕE A REALIZAR
0501010017	COLETA DE SANGUE EM HEMOCENTRO P/ EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE (CADASTRO DE DOADOR NO REDOME)	
0501010025	IDENTIFICACAO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501010033	IDENTIFICACAO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501010041	IDENTIFICACAO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 3A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501010050	IDENTIFICACAO DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501010068	IDENTIFICACAO DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501010076	IDENTIFICACAO DE DOADOR VOLUNTARIO DE CELULA TRONCOHEMATOPOETICA CADASTRADOS NO REDOME/INCA - COMPLEMENTACAO DA 1ª FASE	
0501010084	IDENTIFICACAO DE DOADOR VOLUNTARIO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICA DE DOADORES CADASTRADOS NO REDOME/INCA- COMPLEMENTACAO DA 2ª FASE	
0501010092	CONFIRMACAO DE TIPIFICACAO DE DOADOR DE MEDULA OSSEA OU DE OUTROS PRECURSORES HEMATOPOETICO - 3ª FASE	
0501020012	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE	
0501020020	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE	
0501020039	CONFIRMAÇÃO DE TIPIFICAÇÃO DE RECEPTOR DE MEDULA OSSEA OU DE OUTROS PRECURSORES HEMATOPOETICOS - 3ª FASE	
0501030018	COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOIETICAS DE MEDULA OSSEA P/ TRANSPLANTE	



0501030036	FORNECIMENTO, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE CORDAO UMBILICAL P/ TRANSPLANTE	
0501030034	FORNECIMENTO, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE LINFOCITOS DE DOADOR NAO APARENTADO P/ TRANSPLANTE	
0501030042	IDENTIFICACAO INTERNACIONAL DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501030050	IDENTIFICACAO INTERNACIONAL DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501030069	COLETA E ACONDICIONAMENTO DE MEDULA OSSEA NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO OU DE DOADOR APARENTADO OU NAO APARENTADO	
0501030077	MOBILIZAÇÃO, COLETA E ACONDICIONAMENTO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO OU DE DOADOR APARENTADO OU NAO APARENTADO	
0501030085	TRANSPORTE DE MEDULA OSSEA OU DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL DE DOADOR NAO APARENTADO	
0501030093	PROCESSAMENTO DE CRIOPRESEVAÇÃO DE MEDULA OSSEA OU DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO	
0501030107	FORNECIMENTO E ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE NO BRASIL DE LINFOCITOS DE DOADOR NAO APARENTADO	
0501030115	COLETA, IDENTIFICAÇÃO, TESTES DE SEGURANÇA, PROCESSAMENTO, ARMAZENAGEM E FORNECIMENTO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE CORDAO UMBILICAL E PLACENTARIO	
0501030123	TRANSPORTE DE UNIDADE DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE DE CORDAO UMBILICAL E PLACENTARIO NO BRASIL	
0501040013	AUTO-PROVA CRUZADA EM RECEPTOR DE RIM (AUTO CROSS-MATCH)	
0501040021	IDENTIFICACAO DE DOADOR FALECIDO DE RIM / PANCREAS E RIM-PANCREAS	
0501040030	IDENTIFICACAO DE DOADOR VIVO DE RIM 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501040048	IDENTIFICACAO DE DOADOR VIVO DE RIM 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	
0501040056	PROVA CRUZADA EM DOADOR VIVO CONTRA LINFOCITOS T OU B C/ ABSORCAO DE PLAQUETAS (CROSS MATCH)	
0501040064	PROVAS CRUZADAS EM DOADOR FALECIDO (CROSS MATCH)	
0501040072	PROVAS CRUZADAS EM DOADOR VIVO DE RIM (CROSS MATCH)	
0501050019	AVALIACAO DE REATIVIDADE DO RECEPTOR CONTRA PAINEL DE CLASSE I OU CLASSE II (MINIMO 30 INFÒCITOS)	
0501050027	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE RIM / PANCREAS E RIM-PANCREAS	
0501050035	AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE CONTRA PAINEL-CLASSE I OU CLASSE II (MÍNIMO 30 LINFÓCITOS)	
0501050043	EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES	
0501060014	ANGIOGRAFIA CEREBRAL P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA (4 VASOS)	
0501060022	CINTILOGRAFIA RADIOISOTOPICA CEREBRAL P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA	
0501060030	ECO DOPPLER COLORIDO CEREBRAL P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA	
0501060049	ELETROENCEFALOGRAMA P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA	



Somos todos
PARAÍBA

Estado do Estado

0501060052	EXAMES COMPLEMENTARES PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	
0501070010	SOROLOGIA DE POSSIVEL DOADOR DE CORNEA E ESCLERA	
0501070028	SOROLOGIA DE POSSIVEL DOADOR DE ORGAO OU TECIDO EXCETO CORNEA	
0501070036	TIPAGEM SANGUINEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLOGICOS EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS	
0501070044	EXAMES PARA A INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORACAO	
0501070052	EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FIGADO	
0501070060	EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE PÂNCREAS, PULMÃO OU RIM	
0501070079	EXAMES PARA INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE CONJUGADO DE PANCREAS E RIM	
0501070087	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE RIM, FIGADO OU PULMÃO - 1ª FASE.	
0501070095	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE FIGADO- COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.	
0501070109	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE RIM- COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.	
0501070117	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE PULMÃO- COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.	
0501080015	BIOPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO	
0501080023	CONTAGEM DE CD4/CD3 EM PACIENTE TRANSPLANTADO	
0501080031	DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	
0501080040	DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	
0501080058	DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	
0501080066	EXAMES DE RADIOLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO	
0501080074	EXAMES MICROBIOLÓGICOS EM PACIENTE TRANSPLANTADO	
0501080082	SOROLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO	
0501080090	ULTRASSONOGRAFIA DE ORGAO TRANSPLANTADO	
0501080104	DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	
0502010010	AVALIACAO CLINICA DE MORTE ENCEFALICA EM MAIOR DE 2 ANOS	
0502010029	AVALIAÇÃO CLINICA DE MORTE ENCEFÁLICA EM MENOR DE 2 ANOS	
0503010014	AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	
0503010022	AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS REALIZADAS POR EQUIPE DE OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAUDE	
0503020010	HEPATECTOMIA PARCIAL P/ TRANSPLANTE (DOADOR VIVO)	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB

CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3211-9000



Somos todos
PARAIBA

Governo do Estado

0503020028	NEFROLOGIA UNILATERAL P/ TRANSPLANTE	
0503030015	MANUTENCAO HEMODINAMICA DE POSSIVEL DOADOR E TAXA DE SALA P/ RETIRADA DE ORGAOS	
0503030023	RETIRADA DE CORAÇÃO (PARA TRANSPLANTE)	
0503030031	RETIRADA DE CORACAO P/ PROCESSAMENTO DE VALVULA / TUBO VALVADO P/ TRANSPLANTE	
0503030040	RETIRADA DE FÍGADO (PARA TRANSPLANTE)	
0503030058	RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI / BILATERAL (P/ TRANSPLANTE)	
0503030066	RETIRADA DE PÂNCREAS (PARA TRANSPLANTE)	
0503030074	RETIRADA DE PULMÕES (PARA TRANSPLANTE)	
0503030082	RETIRADA UNI / BILATERAL DE RIM (PARA TRANSPLANTE) - DOADOR FALECIDO	
0503030090	RETIRADA DE TECIDO ÓSTEO -FASCIO-CONDRO- LIGAMENTOSO	
0503030104	RETIRADA DE PELE PARA TRANSPLANTE	
0503040010	COORDENACAO DE SALA CIRURGICA P/ RETIRADA DE ORGAOS E TECIDOS P/ TRANSPLANTE	
0503040029	DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ORGAOS	
0503040037	DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ORGAOS - INTERMUNICIPAL	
0503040045	DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE PROVÁVEL DOADOR DE ÓRGÃOS	
0503040053	ENTREVISTA FAMILIAR P/ DOAÇÃO DE ORGAOS DE DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA	
0503040061	ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS DE DOADORES COM CORAÇÃO PARADO	
0503040088	CAPTAÇÃO DE ÓRGÃO EFETIVAMENTE TRANSPLANTADO	
0504010018	CONTAGEM DE CELULAS ENDOTELIAIS DA CORNEA	
0504010026	PROCESSAMENTO DE CORNEA / ESCLERA	
0504010034	SEPARACAO E AVALIACAO BIOMICROSCOPICA DA CORNEA	
0504020013	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (05-25 GR)	
0504020021	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (101-200 GR)	
0504020030	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (201-300 GR)	
0504020048	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (26-50 GR)	
0504020056	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (51-100 GR)	
0504030027	PROCESSAMENTO DE VALVULA CARDIACA HUMANA	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB

CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3211-9000



Somos todos
PARAÍBA

Estado

0504040014	PROCESSAMENTO DE PELE EM GLICEROL (ATÉ 1000 CM ²) PARA ADULTO	
0504040022	PROCESSAMENTO DE PELE EM GLICEROL (ATÉ 500 CM ²) INFANTIL	
0505010011	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA - APARENTADO	
0505010020	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA - NÃO APARENTADO	
0505010038	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL DE APARENTADO	
0505010046	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL DE NÃO APARENTADO	
0505010054	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO - APARENTADO	
0505010062	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO - NÃO APARENTADO	
0505010070	TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA OSSEA -	
0505010089	TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO -	
0505010097	TRANSPLANTE DE CORNEA	
0505010100	TRANSPLANTE DE CORNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS)	
0505010119	TRANSPLANTE DE CORNEA (EM REOPERACOES)	
0505010127	TRANSPLANTE DE ESCLERA	
0505020017	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO	
0505020025	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR VIVO	
0505020033	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM	
0505020041	TRANSPLANTE DE CORACAO	
0505020050	TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	
0505020068	TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGAO DE DOADOR VIVO)	
0505020076	TRANSPLANTE DE PANCREAS	
0505020084	TRANSPLANTE DE PULMAO UNILATERAL	
0505020092	TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	
0505020106	TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)	
0505020114	TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM	
0505020122	TRANSPLANTE DE PULMÃO BILATERAL	
0506010015	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE CORNEA	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB

CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3211-9000



0506010031	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS	
0506010031	ACOMPANHAMENTO DE DOADOR VIVO POS-DOAÇÃO DE FIGADO, PULMAO OU RIM	
0506010040	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	
0506010058	AVALIAÇÃO DO POSSÍVEL DOADOR FALECIDO DE ORGÃOS OU TECIDOS PARA TRANSPLANTES	
0506020010	INTERCORRENCIA POS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS - NAO APARENTADO (HOSPITAL DIA)	
0506020029	INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS (HOSPITAL DIA)	
0506020037	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE APARENTADO (HOSPITAL DIA)	
0506020045	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS / CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS	
0506020053	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE RIM - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	
0506020061	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE DE CORAÇÃO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	
0506020070	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS TRANSPLANTE DE PULMÃO UNI/BILATERAL - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	
0506020088	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE SIMULTANEO DE RIM/PÂNCREAS OU PÂNCREAS ISOLADO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	
0506020096	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE DE FIGADO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	
0506020100	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	
0506020118	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE AUTOLÓGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	

O proponente acima qualificado requer, através do presente documento, o seu CREDENCIAMENTO para a prestação de serviços conforme edital e regulamento publicado por esta Secretaria, declarando, sob as penas da lei, que:

- a) 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 assim das informações e 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 encontra suspenso, nem declarado inidôneo para participar de licitações ou contratar com órgão ou entidades da Administração Pública;
- f) não se enquadra nas situações de impedimentos previstos no edital do credenciamento;
- g) 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 infra-estrutura adequada à prestação dos serviços conforme exigido;
- h) realizará todas as atividades a que se propõe.



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Anexando ao presente requerimento toda a documentação exigida no edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento,

Local , ____ de _____ de 20__.

RAZÃO SOCIAL / CNPJ / NOME DO REPRESENTANTE LEGAL / ASSINATURA



Ministério da Saúde - MS				
Secretaria de Atenção à Saúde				
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS				
Filtros utilizados:				
Situação do Procedimento:	Publicado			
Consultar:	Todos			
Grupo:	05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células			
Código	Procedimento	Valor Ambulatorial	Valor Hospitalar	Valor Total
0501010017	COLETA DE SANGUE EM HEMOCENTRO P/ EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE (CADASTRO DE DOADOR NO REDOME)	R\$ 27,50	R\$ -	R\$ 27,50
0501010025	IDENTIFICACAO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 150,00	R\$ -	R\$ 150,00
0501010033	IDENTIFICACAO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 225,00	R\$ -	R\$ 225,00
0501010041	IDENTIFICACAO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 3A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 650,00	R\$ -	R\$ 650,00
0501010050	IDENTIFICACAO DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 375,00	R\$ -	R\$ 375,00
0501010068	IDENTIFICACAO DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 650,00	R\$ -	R\$ 650,00
0501010076	IDENTIFICACAO DE DOADOR VOLUNTARIO DE CELULA TRONCOHEMATOPOETICA CADASTRADOS NO REDOME/INCA - COMPLEMENTACAO DA 1ª FASE	R\$ 225,00	R\$ -	R\$ 225,00
0501010084	IDENTIFICACAO DE DOADOR VOLUNTARIO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICA DE DOADORES CADASTRADOS NO REDOME/INCA- COMPLEMENTACAO DA 2ª FASE	R\$ 150,00	R\$ -	R\$ 150,00
0501010092	CONFIRMACAO DE TIPIFICACAO DE DOADOR DE MEDULA OSSEA OU DE OUTROS PRECURSORES HEMATOPOETICO - 3ª FASE	R\$ 1.300,00	R\$ -	R\$ 1.300,00
0501020012	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE	R\$ 375,00	R\$ -	R\$ 375,00
0501020020	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE	R\$ 650,00	R\$ -	R\$ 650,00
0501020039	CONFIRMAÇÃO DE TIPIFICAÇÃO DE RECEPTOR DE MEDULA OSSEA OU DE OUTROS PRECURSORES HEMATOPOETICOS - 3ª FASE	R\$ 1.300,00	R\$ -	R\$ 1.300,00
0501030018	COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOIETICAS DE MEDULA OSSEA P/ TRANSPLANTE	R\$ 48.000,00	R\$ -	R\$ 48.000,00
0501030026	FORNECIMENTO, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE CORDAO UMBILICAL P/ TRANSPLANTE	R\$ 26.000,00	R\$ -	R\$ 26.000,00
0501030034	FORNECIMENTO, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE INTERNACIONAL DE LINFOCITOS DE DOADOR NAO APARENTADO P/ TRANSPLANTE	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ 10.000,00



0501030042	IDENTIFICACAO INTERNACIONAL DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 400,00	R\$ -	R\$ 400,00
0501030050	IDENTIFICACAO INTERNACIONAL DE DOADOR NAO APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 1.200,00	R\$ -	R\$ 1.200,00
0501030069	COLETA E ACONDICIONAMENTO DE MEDULA OSSEA NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO OU DE DOADOR APARENTADO OU NAO APARENTADO	R\$ -	R\$ 4.922,47	R\$ 4.922,47
0501030077	MOBILIZACAO, COLETA E ACONDICIONAMENTO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO OU DE DOADOR APARENTADO OU NAO APARENTADO	R\$ 2.461,24	R\$ -	R\$ 2.461,24
0501030085	TRANSPORTE DE MEDULA OSSEA OU DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL DE DOADOR NAO APARENTADO	R\$ 1.000,00	R\$ -	R\$ 1.000,00
0501030093	PROCESSAMENTO DE CRIOPRESEVAÇÃO DE MEDULA OSSEA OU DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO	R\$ 2.000,00	R\$ -	R\$ 2.000,00
0501030107	FORNECIMENTO E ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE NO BRASIL DE LINFOCITOS DE DOADOR NAO APARENTADO	R\$ 3.461,24	R\$ -	R\$ 3.461,24
0501030115	COLETA, IDENTIFICACAO, TESTES DE SEGURANCA, PROCESSAMENTO, ARMAZENAGEM E FORNECIMENTO DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE CORDAO UMBILICAL E PLACENTARIO	R\$ 3.411,18	R\$ -	R\$ 3.411,18
0501030123	TRANSPORTE DE UNIDADE DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE DE CORDAO UMBILICAL E PLACENTARIO NO BRASIL	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ 2.200,00
0501040013	AUTO-PROVA CRUZADA EM RECEPTOR DE RIM (AUTO CROSS-MATCH)	R\$ 45,51	R\$ -	R\$ 45,51
0501040021	IDENTIFICACAO DE DOADOR FALECIDO DE RIM / PANCREAS E RIM-PANCREAS	R\$ 350,00	R\$ 350,00	R\$ 700,00
0501040030	IDENTIFICACAO DE DOADOR VIVO DE RIM 1A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 150,00	R\$ -	R\$ 150,00
0501040048	IDENTIFICACAO DE DOADOR VIVO DE RIM 2A FASE (POR DOADOR TIPADO)	R\$ 200,00	R\$ -	R\$ 200,00
0501040056	PROVA CRUZADA EM DOADOR VIVO CONTRA LINFOCITOS T OU B C/ ABSORCAO DE PLAQUETAS (CROSS MATCH)	R\$ 75,85	R\$ -	R\$ 75,85
0501040064	PROVAS CRUZADAS EM DOADOR FALECIDO (CROSS MATCH)	R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$ 600,00
0501040072	PROVAS CRUZADAS EM DOADOR VIVO DE RIM (CROSS MATCH)	R\$ 300,00	R\$ -	R\$ 300,00
0501050019	AVALIACAO DE REATIVIDADE DO RECEPTOR CONTRA PAINEL DE CLASSE I OU CLASSE II (MINIMO 30 INFÓCITOS)	R\$ 180,00	R\$ -	R\$ 180,00
0501050027	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE RIM / PANCREAS E RIM-PANCREAS	R\$ 350,00	R\$ -	R\$ 350,00
0501050035	AVALIACAO DE REATIVIDADE CONTRA PAINEL-CLASSE I OU CLASSE II (MÍNIMO 30 LINFÓCITOS)	R\$ 180,00	R\$ -	R\$ 180,00
0501050043	EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES	R\$ 340,20	R\$ -	R\$ 340,20
0501060014	ANGIOGRAFIA CEREBRAL P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA (4 VASOS)	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0501060022	CINTILOGRAFIA RADIOISOTOPICA CEREBRAL P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0501060030	ECO DOPPLER COLORIDO CEREBRAL P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA	R\$ -	R\$ -	R\$ -



0501060049	ELETRONECFALOGRAMA P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0501060057	EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	R\$ -	R\$ 600,00	R\$ 600,00
0501070010	SOROLOGIA DE POSSIVEL DOADOR DE CORNEA E ESCLERA	R\$ 60,00	R\$ -	R\$ 60,00
0501070028	SOROLOGIA DE POSSIVEL DOADOR DE ORGAO OU TECIDO EXCETO CORNEA	R\$ 186,00	R\$ 186,00	R\$ 372,00
0501070036	TIPAGEM SANGUINEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLOGICOS EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS	R\$ -	R\$ 15,00	R\$ 15,00
0501070044	EXAMES PARA A INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORACAO	R\$ 2.468,83	R\$ -	R\$ 2.468,83
0501070052	EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FIGADO	R\$ 318,52	R\$ -	R\$ 318,52
0501070060	EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE PÂNCREAS, PULMÃO OU RIM	R\$ 1.165,11	R\$ -	R\$ 1.165,11
0501070079	EXAMES PARA INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE CONJUGADO DE PANCREAS E RIM	R\$ 1.901,59	R\$ -	R\$ 1.901,59
0501070087	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE RIM, FIGADO OU PULMÃO - 1ª FASE.	R\$ 184,50	R\$ -	R\$ 184,50
0501070095	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE FIGADO-COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.	R\$ 257,85	R\$ -	R\$ 257,85
0501070109	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE RIM- COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.	R\$ 598,02	R\$ -	R\$ 598,02
0501070117	EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NO DOADOR VIVO DE PULMÃO-COMPLEMENTAÇÃO DA 1ª FASE.	R\$ 221,82	R\$ -	R\$ 221,82
0501080015	BIOPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO	R\$ 35,00	R\$ 35,00	R\$ 70,00
0501080023	CONTAGEM DE CD4/CD3 EM PACIENTE TRANSPLANTADO	R\$ 75,00	R\$ 75,00	R\$ 150,00
0501080031	DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	R\$ 52,33	R\$ 52,33	R\$ 104,66
0501080040	DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	R\$ 52,33	R\$ 52,33	R\$ 104,66
0501080058	DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	R\$ 52,33	R\$ 52,33	R\$ 104,66
0501080066	EXAMES DE RADIOLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 50,00
0501080074	EXAMES MICROBIOLÓGICOS EM PACIENTE TRANSPLANTADO	R\$ 15,00	R\$ 15,00	R\$ 30,00
0501080082	SOROLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO	R\$ -	R\$ 20,00	R\$ 20,00
0501080090	ULTRASSONOGRÁFIA DE ORGAO TRANSPLANTADO	R\$ 12,00	R\$ 12,00	R\$ 24,00
0501080104	DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	R\$ 52,33	R\$ 52,33	R\$ 104,66
0502010010	AVALIACAO CLINICA DE MORTE ENCEFALICA EM MAIOR DE 2 ANOS	R\$ -	R\$ 215,00	R\$ 215,00
0502010029	AVALIAÇÃO CLINICA DE MORTE ENCEFÁLICA EM MENOR DE 2 ANOS	R\$ -	R\$ 275,00	R\$ 275,00
0503010014	AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0503010022	AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS REALIZADAS POR EQUIPE DE OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAUDE	R\$ -	R\$ -	R\$ -



Somos todos
PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde

0503020010	HEPATITOMIA PARCIAL P/ TRANSPLANTE (DOADOR VIVO)	R\$ -	R\$ 7.384,00	R\$ 7.384,00
0503020028	NEFROURETERECTOMIA UNILATERAL P/ TRANSPLANTE	R\$ -	R\$ 2.123,60	R\$ 2.123,60
0503030015	MANUTENCAO HEMODINAMICA DE POSSIVEL DOADOR E TAXA DE SALA P/ RETIRADA DE ORGAOS	R\$ -	R\$ 900,00	R\$ 900,00
0503030023	RETIRADA DE CORAÇÃO (PARA TRANSPLANTE)	R\$ -	R\$ 1.170,00	R\$ 1.170,00
0503030031	RETIRADA DE CORACAO P/ PROCESSAMENTO DE VALVULA / TUBO VALVADO P/ TRANSPLANTE	R\$ -	R\$ 260,00	R\$ 260,00
0503030040	RETIRADA DE FÍGADO (PARA TRANSPLANTE)	R\$ -	R\$ 2.340,00	R\$ 2.340,00
0503030058	RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI / BILATERAL (P/ TRANSPLANTE)	R\$ 322,38	R\$ 322,38	R\$ 644,76
0503030066	RETIRADA DE PÂNCREAS (PARA TRANSPLANTE)	R\$ -	R\$ 2.340,00	R\$ 2.340,00
0503030074	RETIRADA DE PULMÕES (PARA TRANSPLANTE)	R\$ -	R\$ 2.340,00	R\$ 2.340,00
0503030082	RETIRADA UNI / BILATERAL DE RIM (PARA TRANSPLANTE) - DOADOR FALECIDO	R\$ -	R\$ 1.170,00	R\$ 1.170,00
0503030090	RETIRADA DE TECIDO ÓSTEO -FASCIO-CONDRO-LIGAMENTOSO	R\$ -	R\$ 1.170,00	R\$ 1.170,00
0503030104	RETIRADA DE PELE PARA TRANSPLANTE	R\$ -	R\$ 1.170,00	R\$ 1.170,00
0503040010	COORDENACAO DE SALA CIRURGICA P/ RETIRADA DE ORGAOS E TECIDOS P/ TRANSPLANTE	R\$ -	R\$ 400,00	R\$ 400,00
0503040029	DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ORGAOS	R\$ -	R\$ 900,00	R\$ 900,00
0503040037	DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ORGAOS - INTERMUNICIPAL	R\$ -	R\$ 450,00	R\$ 450,00
0503040045	DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE PROVÁVEL DOADOR DE ÓRGÃOS	R\$ -	R\$ 508,63	R\$ 508,63
0503040053	ENTREVISTA FAMILIAR P/ DOAÇÃO DE ORGAOS DE DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA	R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
0503040061	ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS DE DOADORES COM CORAÇÃO PARADO	R\$ 420,00	R\$ 420,00	R\$ 840,00
0503040088	CAPTAÇÃO DE ÓRGÃO EFETIVAMENTE TRANSPLANTADO	R\$ -	R\$ 260,00	R\$ 260,00
0504010018	CONTAGEM DE CELULAS ENDOTELIAIS DA CORNEA	R\$ 64,80	R\$ 64,80	R\$ 129,60
0504010026	PROCESSAMENTO DE CORNEA / ESCLERA	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0504010034	SEPARACAO E AVALIACAO BIOMICROSCOPICA DA CORNEA	R\$ 367,20	R\$ 367,20	R\$ 734,40
0504020013	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (05-25 GR)	R\$ -	R\$ 290,00	R\$ 290,00
0504020021	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (101-200 GR)	R\$ -	R\$ 1.550,00	R\$ 1.550,00
0504020030	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (201-300 GR)	R\$ -	R\$ 2.210,00	R\$ 2.210,00
0504020048	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (26-50 GR)	R\$ -	R\$ 590,00	R\$ 590,00
0504020056	PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO (51-100 GR)	R\$ -	R\$ 1.140,00	R\$ 1.140,00

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB

CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3211-9000



Somos todos
PARAÍBA

Governo do Estado

0504030022	PROCESSAMENTO DE PELE EM GLICEROL PARA ADULTO	R\$ -	R\$ 3.691,50	R\$ 3.691,50
0504040014	PROCESSAMENTO DE PELE EM GLICEROL (ATÉ 1000 CM ²) PARA ADULTO	R\$ 259,13	R\$ -	R\$ 259,13
0504040022	PROCESSAMENTO DE PELE EM GLICEROL (ATÉ 500 CM ²) INFANTIL	R\$ 259,13	R\$ -	R\$ 259,13
0505010011	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA - APARENTADO	R\$ -	R\$ 54.939,27	R\$ 54.939,27
0505010020	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA - NÃO APARENTADO	R\$ -	R\$ 71.602,25	R\$ 71.602,25
0505010038	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL DE APARENTADO	R\$ -	R\$ 58.372,97	R\$ 58.372,97
0505010046	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL DE NÃO APARENTADO	R\$ -	R\$ 71.602,25	R\$ 71.602,25
0505010054	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO - APARENTADO	R\$ -	R\$ 54.939,27	R\$ 54.939,27
0505010062	TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO - NÃO APARENTADO	R\$ -	R\$ 71.602,25	R\$ 71.602,25
0505010070	TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA OSSEA -	R\$ -	R\$ 22.968,78	R\$ 22.968,78
0505010089	TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO -	R\$ -	R\$ 22.968,78	R\$ 22.968,78
0505010097	TRANSPLANTE DE CORNEA	R\$ 2.070,00	R\$ 2.070,00	R\$ 4.140,00
0505010100	TRANSPLANTE DE CORNEA (EM CIRURGIAS COMBINADAS)	R\$ 1.129,30	R\$ 1.129,30	R\$ 2.258,60
0505010119	TRANSPLANTE DE CORNEA (EM REOPERACOES)	R\$ 1.129,30	R\$ 1.129,30	R\$ 2.258,60
0505010127	TRANSPLANTE DE ESCLERA	R\$ 776,80	R\$ 776,80	R\$ 1.553,60
0505020017	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0505020025	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR VIVO	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0505020033	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM	R\$ -	R\$ -	R\$ -
0505020041	TRANSPLANTE DE CORACAO	R\$ -	R\$ 37.052,69	R\$ 37.052,69
0505020050	TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	R\$ -	R\$ 68.838,89	R\$ 68.838,89
0505020068	TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGAO DE DOADOR VIVO)	R\$ -	R\$ 68.803,27	R\$ 68.803,27
0505020076	TRANSPLANTE DE PANCREAS	R\$ -	R\$ 38.093,98	R\$ 38.093,98
0505020084	TRANSPLANTE DE PULMAO UNILATERAL	R\$ -	R\$ 44.485,10	R\$ 44.485,10
0505020092	TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	R\$ -	R\$ 27.622,67	R\$ 27.622,67
0505020106	TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)	R\$ -	R\$ 21.238,82	R\$ 21.238,82
0505020114	TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM	R\$ -	R\$ 54.986,45	R\$ 54.986,45

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB

CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3211-9000



Somos todos
PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO

0505620122	TRANSPLANTE DE PULMÃO BILATERAL	R\$ -	R\$ 64.434,67	R\$ 64.434,67
0506010015	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE CORNEA	R\$ 115,00	R\$ -	R\$ 115,00
0506010023	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS	R\$ 135,00	R\$ -	R\$ 135,00
0506010031	ACOMPANHAMENTO DE DOADOR VIVO POS-DOAÇÃO DE FIGADO, PULMAO OU RIM	R\$ 135,00	R\$ -	R\$ 135,00
0506010040	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	R\$ 135,00	R\$ -	R\$ 135,00
0506010058	AValiação DO POSSÍVEL DOADOR FALECIDO DE ORGÃOS OU TECIDOS PARA TRANSPLANTES	R\$ 215,00	R\$ 215,00	R\$ 430,00
0506020010	INTERCORRENCIA POS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS - NAO APARENTADO (HOSPITAL DIA)	R\$ -	R\$ 135,00	R\$ 135,00
0506020029	INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS (HOSPITAL DIA)	R\$ -	R\$ 135,00	R\$ 135,00
0506020037	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE APARENTADO (HOSPITAL DIA)	R\$ -	R\$ 135,00	R\$ 135,00
0506020045	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS / CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS	R\$ -	R\$ 135,00	R\$ 135,00
0506020053	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE RIM - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	R\$ -	R\$ 118,05	R\$ 118,05
0506020061	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE DE CORAÇÃO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	R\$ -	R\$ 205,84	R\$ 205,84
0506020070	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS TRANSPLANTE DE PULMÃO UNI/BILATERAL - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	R\$ -	R\$ 357,97	R\$ 357,97
0506020088	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE SIMULTANEO DE RIM/PÂNCREAS OU PÂNCREAS ISOLADO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	R\$ -	R\$ 305,48	R\$ 305,48
0506020096	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE DE FIGADO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	R\$ -	R\$ 382,44	R\$ 382,44
0506020100	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	R\$ -	R\$ 397,79	R\$ 397,79
0506020118	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE AUTOLÓGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	R\$ -	R\$ 127,60	R\$ 127,60

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB

CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3211-9000



ANEXO IV: MINUTA DE CONTRATO

Processo nº

CONTRATO nº

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI FIRMAM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA E O (A) SENHOR (A) _____, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE, EM CONFORMIDADE COM A LEI 8.666/93 E LEI nº 8.080/90.

CLÁUSULA PRIMEIRA – PRÊAMBULO DAS PARTES, DO FUNDAMENTO E OBJETO DO CONTRATO.

1.1. DAS PARTES

Pelo presente instrumento, de um lado a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 08.778.268/0001-60, com sede na Av. Dom Pedro II, n. 1.826, Torre, João Pessoa-PB, CEP: 58.044-440, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, portador da carteira de identidade nº XXXXXXXXXXXXXXXX e CPF XXXXXXXXXXXXXXXX, e de outro, -----, com sede estabelecida na cidade de -----, inscrito no CNPJ sob



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNES nº----- doravante denominado **CONTRATADA**, neste ato representado pelo representante legal -----
-----, portador da carteira de identidade nº ----- e CPF nº -----
----, resolvem firmar o presente Termo, mediante as cláusulas e condições:

1.2. DO FUNDAMENTO

Este Contrato decorre da autorização do Senhor Secretário de Estado da Saúde, conforme Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, como previsto no art. 25, caput, e suas alterações posteriores, bem como Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

1.3. DO OBJETO

O presente contrato tem por finalidade o Chamamento Público, para CREDENCIAMENTO de prestadores de serviços médicos especializadas na efetivação de AÇÕES E PROCEDIMENTOS REFERENTES À CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE, para a realização de procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos realizados no Estado da Paraíba, descritos no Grupo 05 da Tabela SIGTAP/SUS, incluindo o manejo pré-operatório, intra operatório e pós-operatório, no processo de captação e transplante dos órgãos relacionados seja de doadores vivos e de doadores mortos, em caráter complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado da Paraíba.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PAGAMENTO E DA DOTAÇÃO

2.1. TETO FINANCEIRO

O Teto Financeiro corresponde ao montante máximo mensal permitido ao prestador para execução dos serviços, podendo a produção atingir valor inferior, e nunca superior a este valor.

O valor mensal do Teto Financeiro para este contrato será de até R\$ _____, totalizando o valor global deste contrato em R\$ _____, apurado mediante a aplicação dos critérios técnicos descritos no Edital de Chamada Pública nº ____/2021, sendo considerada infração a este contrato e passível de penalidades a extrapolação do valor acima definido.



Os valores de referência à prestação dos serviços serão os da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde e poderão ser reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde. O(s) prestador(es) contratado(s) deverá(ão) utilizar o Sistema SIA e SIH do Sistema Único de Saúde para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após processamento e liberação pelo Ministério da Saúde (FAEC).

2.2. DA DOTAÇÃO

A despesa decorrente deste Contrato correrá à conta dos recursos provenientes do RECURSO FEDERAL – FAEC E MAC, dotação orçamentária nº _____, reserva orçamentária nº _____.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

3.1. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura e conforme as disposições contidas nos respectivos instrumentos, sua duração poderá ser prorrogada, condicionada a verificação da real necessidade e vantagem para a Administração na continuidade do contrato nos termos do Art. 57 da lei 8.666/93.

CLÁUSULA QUARTA – DAS ATRIBUIÇÕES

4.1. Das obrigações da Contratante (SES/PB)

- 4.1.1. Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor, forma e prazos ajustados;
- 4.1.2. Convocar a CONTRATADA via e-mail ou telefone, para sanar possíveis irregularidades ocorridas na execução do presente contrato;
- 4.1.3. Realizar pagamento mediante comprovação de produção apresentada;
- 4.1.4. Observar para que, durante a vigência do presente contrato, sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, bem assim, a compatibilidade com as obrigações assumidas, inclusive com solicitação de novas certidões ou documentos vencidos;



4.1.5. Fiscalizar o serviço credenciado por intermédio de técnicos de seu quadro e executar, mediante comunicado prévio, visita técnica para comprovar a capacidade instalada e/ou a correta execução dos serviços.

4.2. Das obrigações do Contratado (Credenciado)

- 4.2.1. Realizar procedimentos conforme pactuação neste contrato;
- 4.2.2. Garantir da integridade física dos pacientes durante o procedimento, protegendo-os de situações de risco;
- 4.2.3. Garantir a igualdade de tratamento sem quaisquer discriminações;
- 4.2.4. Realizar, dentro das instalações da unidade, as avaliações clínicas para diagnóstico de morte encefálica, devendo a mesma preencher toda documentação necessária para comprovação da mesma;
- 4.2.5. Preencher todos os campos obrigatórios nos impressos (Prontuários), inclusive o código do procedimento;
- 4.2.6. Comunicar à CET diagnóstico de morte encefálica para acompanhamento do protocolo;
- 4.2.7. Dar entrevista aos meios de comunicação, se necessário;
- 4.2.8. Atender de maneira humanizada conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS.
- 4.2.9. Apresentar à SES/PB, em até 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato, o plano de trabalho referente ao cumprimento das metas estabelecidas para a unidade.
- 4.2.10. Encaminhar mensalmente à SES/PB o relatório das atividades desenvolvidas, com número de óbitos ocorridos na unidade hospitalar.
- 4.2.11. Cultivar assiduidade e a pontualidade no cumprimento das metas estabelecidas para a unidade.
- 4.2.12. Registrar em impresso próprio e no prontuário da unidade, todos os procedimentos realizados referentes ao processo doação / transplantes.
- 4.2.13. Manter sigilo dos dados referentes ao doador.
- 4.2.14. É de responsabilidade da CONTRATADA a utilização de pessoal para execução do objeto da presente contratação, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício,

cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a CONTRATANTE.

4.2.15. Assumir plena responsabilidade técnica pela execução do objeto do presente contrato, respondendo, com exclusividade, junto ao Conselho Regional de Medicina e demais órgãos pertinentes, ficando a CONTRATANTE exonerada de qualquer responsabilidade.

4.2.16. Comunicar todos os óbitos com coração parado para a CNCDOPB / CET.

4.2.17. Capacitar equipes multiprofissionais para a identificação de potencial doador de órgãos e tecidos, manter equipe médica capacitada para realização de diagnóstico de morte encefálica.

4.2.18. Prover meios dentro do âmbito hospitalar para realização do exame complementar para diagnóstico de morte encefálica, de preferência na beira do leito.

4.2.19. Respeitar todos os aspectos éticos e legais, de acordo estabelecido na legislação brasileira.

4.2.20. Esclarecer ao responsável legal pelo paciente sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos e justificar ao mesmo, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional à execução dos procedimentos previstos neste contrato.

4.2.21. Responsabilizar se, no caso de Hospital transplantador, pela realização dos exames necessários ao pré transplante, para inclusão dos pacientes em lista, bem como pelos exames necessários ao transplante e ao pós transplante.

4.2.22. 5.16. Dispor, no caso de Hospital transplantador, de equipes cirúrgicas, que deverão estar disponíveis em tempo integral, inclusive finais de semana e feriados, para realização das captações dos órgãos e tecidos, de acordo com sua habilitação junto ao SNT.

CLÁUSULA QUINTA - DAS VEDAÇÕES

5.1 É VEDADO desvio de função de pessoa admitida nas condições contratadas, sob pena de nulidade do ato com a conseqüente responsabilidade da autoridade que permitir ou autorizar tal distorção funcional, nos termos do art. 17 da Lei nº 5.391/91.



5.2. É vedada a cobrança ao paciente ou familiar por quaisquer serviços quer seja da equipe multiprofissional, serviços ou material pertinentes à assistência.

5.3 Os serviços serão remunerados com base nos valores da Tabela Unificada de Procedimentos SUS/SIGTAP de abertura do Credenciamento, ficando expressamente vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela de remuneração adotada.

CLÁUSULA SEXTA- DO INADIMPLEMENTO

6.1. O inadimplemento de cláusula ou condição estabelecida neste Contrato, por parte da CONTRATADA, assegurará à CONTRATANTE o direito de rescindi-lo, mediante notificação prévia de, no mínimo, trinta (30) dias, com prova de recebimento.

6.2. A rescisão poderá ocorrer nas seguintes formas:

- a) Pedido;
- b) Critério da administração, quando o admitido não corresponder ou desempenhar insatisfatoriamente as atribuições que lhe forem confiadas.

6.3. Além de outras hipóteses expressamente previstas no artigo 78 da Lei nº. 8.666/93 constituem motivos para a rescisão deste Contrato:

- a) Incorrer em responsabilidade;
- b) Ausentar-se injustificadamente do serviço por mais de 15 (quinze) dias consecutivos, caracterizando o abandono de função;
- c) Faltar ao serviço, sem causa justificada, por mais de trinta (30) dias interpolados, nos casos de contratos com prazo máximo de doze (12) meses.
- d) Realizar procedimento em desacordo com as normas e orientações do SUS;

CLÁUSULA SÉTIMA - DA APROVAÇÃO E DISPENSA DE LICITAÇÃO



O presente Contrato terá validade depois de aprovado pelos órgãos competentes.

7.2 A realização de licitação e a prestação de garantia foram dispensadas com base no Artigo 24, Inciso VIII, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA - DO REGIME DE TRABALHO

8.1. O (A) contratado (a) se submeterá ao cumprimento do Cronograma elaborado, com as datas, horários e os pacientes que estarão previamente agendados e informados da realização do procedimento.

8.2. O local e horário de trabalho da prestação do serviço, será fornecido de acordo com o Cronograma.

CLÁUSULA NONA – DAS DECLARAÇÕES INICIAIS

9.1. O (A) CONTRATADO (A), além dos dados concernentes à sua individualização, constantes do preâmbulo DECLARA que não é detentor de cargo, emprego ou função pública.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO REGIME DISCIPLINAR

10.1. O (A) CONTRATADO (A) se obriga a cumprir com disciplina, zelo, dedicação, competência, as determinações do CONTRATANTE, respondendo civil, penal e administrativamente por ações dolosas ou que configurem negligência, imprudência ou imperícia.

10.2. Constatada a falta e a lesão ao interesse público, o contrato será rescindido, assegurando-se, contudo ao CONTRATADO o direito ao contraditório e à ampla defesa.



10.5. A vigência do presente contrato fica condicionada ao período em que perdurem os motivos objetos de sua origem, ressalvada, no entanto, às partes, a faculdade de rescindi-lo a qualquer época, se, dessa forma, recomendarem às conveniências de interesse particular e/ou de natureza administrativa, financeira ou legal, bastando que à parte que assim desejar proceder, notifique a outra da intenção, sem que, face ao caráter precário da contratação, esta decisão obrigue ressarcimento a título indenizatório ou outros, por prejuízos porventura alegados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA EXTINÇÃO

11.1. O contrato ora firmado poderá ser extinto a qualquer tempo, sem direito a indenizações, verificadas quaisquer das hipóteses no §2º do art. 12 da Lei nº 5.391/91.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO

12.1. O foro da Capital do Estado da Paraíba será competente para dirimir as controvérsias oriundas do presente contrato.

E por estarem assim acordados, as partes firmam o presente instrumento de Contrato, assinado em (3) três vias, o qual depois de lido e achado conforme, vai assinado pelos pactuantes.

João Pessoa, ____/____/2021.

Geraldo Antônio de Medeiros
SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

1. Nome: _____

CNPJ-MF nº:

2. Nome: _____

CNPJ-MF nº