



TERMO DE CONTRATO 015/CRSO/2024

PROCESSO: 6018.2024/0008391-8

PREGÃO ELETRONICO: Nº 90007/CRSO/2024

OBJETO: Prestação de serviços de locação de aparelhos CPAP - (Continuous Positive Airway Pressure) automático para atendimento a usuários portadores de Apnéia Obstrutiva do Sono - (AOS) residentes na área de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste - (CRSO), de acordo com as especificações e condições constantes do Anexo I do Edital.

CONTRATANTE: PMSP/SMS/COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE

CONTRATADA: AIR LIQUIDE BRASIL LTDA - Filial: Presidente Wilson (PW), inscrita no CNPJ/MF nº 00.331.788/0023-24.

VALOR TOTAL ESTIMADO DO CONTRATO: R\$ 1.374.000,00 (um milhão trezentos e setenta e quatro mil reais).

DOTAÇÃO A SER ONERADA: 84.27.10.301.3003.2.520.3.3.90.39.00 – Fonte de Recurso: 1.500.9001.0.

NOTA DE EMPENHO: 152.498/2024

Termo de Contrato que entre si celebram o **Município de São Paulo**, por meio da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste, e a empresa **AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**, - Filial: Presidente Wilson (PW), inscrita no CNPJ/MF nº 00.331.788/0023-24.



Na **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE**, situada à Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, nº 519- Pinheiros - Município de São Paulo, a Prefeitura da Cidade de São Paulo, através da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste, inscrita no CNPJ sob o nº 46.392.148/0022-44, representada, pela Coordenadora Sra. **REGIANE DE SANTANA PIVA**, com a competência delegada pelo Decreto Municipal nº 59.685, de 13 de agosto de 2020, e de acordo com a Portaria SMS.G nº 727, de 06 de agosto de 2018, a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE**, e a empresa **AIR LIQUIDE BRASIL LTDA**, com sede na Avenida Presidente Wilson, 5874, Vila Carioca – São Paulo – Cep: 04.220.002, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob nº 00.331.788/0023-24, neste ato representada por seu representante legal Sra. **RENATA MUNIZ MARANHÃO**, Gerente Comercial Nacional, portadora do RG nº 25.608.200-5, inscrita no CPF sob o nº 269.713.858-70, adiante simplesmente designada **CONTRATADA**, nos termos da autorização contida nos despachos de autorização (documentos SEI nº 114113903 e 115065544), do processo citado na epígrafe, têm entre si, justo e acordado o presente contrato, na conformidade das condições e cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação de serviços de locação de aparelhos **CPAP - (Continuous Positive Airway Pressure)** automático para atendimento a usuários portadores de **Apnéia Obstrutiva do Sono - (AOS)** residentes na área de abrangência da **Coordenadoria Regional de Saúde Oeste - (CRSO)**, de acordo com as especificações e condições constantes do Anexo I do Edital.

1.2 Deverão ser observadas as especificações e condições de prestação de serviços constantes do Termo de Referência – Anexo I, parte integrante do edital.

CLÁUSULA SEGUNDA

DOS LOCAIS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 A prestação dos serviços será executada para atendimento de usuários da **Coordenadoria Regional de Saúde Oeste**, atendendo as **Supervisões Técnicas de Saúde de Lapa Pinheiros e Butantã**.

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO CONTRATUAL

3.1 O prazo de execução do contrato terá duração de 30 (trinta) meses, de 05/12/2024 (inclusive) a 05/06/2027, prorrogável por até 10 (dez) anos, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021, e do artigo 116 do Decreto Municipal n.º 62.100, de 2022, desde que haja concordância das partes, o contratado haja cumprido satisfatoriamente suas obrigações, bem como a pesquisa prévia revele que os preços são compatíveis com os de mercado.

3.1.1 Caso a Contratada não tenha interesse na prorrogação do ajuste deverá comunicar este fato por escrito à Contratante, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias da data de término do prazo contratual, sob pena de incidência de penalidade contratual.

3.1.2 Na ausência de expressa oposição, e observadas as exigências contidas nos incisos I e II do artigo 116 do Decreto Municipal n.º 62.100/22, o ajuste será prorrogado, mediante despacho da autoridade competente.

3.1.3 A não prorrogação do prazo de vigência contratual, por conveniência da Administração, não gerará à Contratada o direito a qualquer espécie de indenização.

3.1.4 Não obstante o prazo estipulado no subitem 3.1, a vigência contratual nos exercícios subsequentes ao da assinatura do contrato estará sujeita à condição resolutiva, consubstanciada na existência de recursos aprovados nas respectivas Leis Orçamentárias de cada exercício, para atender as respectivas despesas.

CLÁUSULA QUARTA
DO PREÇO, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E REAJUSTE

4.1 O valor total estimado da presente contratação para o período de 30 (trinta) meses é de **R\$ 1.374.000 (um milhão trezentos e setenta e quatro mil reais)**.

4.1.1 O valor mensal estimado da presente contratação é de **R\$ 45.800,00 (quarenta e cinco mil e oitocentos reais)**, correspondendo à remuneração dos seguintes itens:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	V. UNIT.	V. TOTAL MÊS
1	Continuous Positive Airway - CPAP	1	400	R\$ 114,50	R\$ 45.800,00

4.2 Todos os custos e despesas necessários à correta execução do ajuste estão inclusos no preço, inclusive os referentes às despesas trabalhistas, previdenciárias, impostos, taxas, emolumentos, em conformidade com o estatuído no Edital e seus Anexos, constituindo a única remuneração devida pela CONTRATANTE à CONTRATADA.

4.3 Para fazer frente às despesas do Contrato, foi emitida a nota de empenho nº 152.498/2024, no valor de **R\$ 39.694,00 (trinta e nove mil seiscientos e noventa e quatro reais)**, onerando a dotação orçamentária nº 84.27.10.301.3003.2.520.3.3.90.39.00 – Fonte de Recurso: 1.500.9001.0. do orçamento vigente, respeitado o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações do orçamento próprio.

4.4 Os preços contratuais serão reajustados, observada a **periodicidade anual** que terá como termo inicial a data do orçamento estimado, desde que não ultrapasse o valor praticado no mercado.

4.4.1 O índice de reajuste será o Índice de Preços ao Consumidor – IPC, apurado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, válido no momento da aplicação do reajuste, nos termos da Portaria SF n.º 389/17, bem como Decreto Municipal nº 57.580/17.

4.4.1.1 Eventuais diferenças entre o índice geral de inflação efetivo e aquele acordado na cláusula 4.4.1 não geram, por si só, direito ao reequilíbrio econômico-financeiro do contrato.

4.4.2 Fica vedado qualquer novo reajuste pelo prazo de 1 (um) ano.

4.5 Será aplicada compensação financeira, nos termos da Portaria SF nº 05, de 05 de janeiro de 2012, quando houver atraso no pagamento dos valores devidos, por culpa exclusiva da Contratante, observada a necessidade de se apurar a responsabilidade do servidor que deu causa ao atraso no pagamento, nos termos legais.

4.6 As hipóteses excepcionais ou de revisão de preços serão tratadas de acordo com a legislação vigente e exigirão detida análise econômica para avaliação de eventual desequilíbrio econômico-financeiro do contrato.

4.7 Fica ressalvada a possibilidade de alteração da metodologia de reajuste, atualização ou compensação financeira desde que sobrevenham normas federais e/ou municipais que as autorizem.

CLÁUSULA QUINTA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1 São obrigações da **CONTRATADA**:

- a)** Executar regularmente o objeto deste ajuste, respondendo perante a Contratante pela fiel e integral realização dos serviços contratados;
- b)** Garantir total qualidade dos serviços contratados;

- c) Executar todos os serviços objeto do presente contrato, obedecendo as especificações e obrigações descritas no Termo de Referência, ANEXO I do Edital de Licitação, que precedeu este ajuste e faz parte integrante do presente instrumento;
- d) Fornecer mão de obra necessária, devidamente selecionada para o atendimento do presente contrato, verificando a aptidão profissional, antecedentes pessoais, saúde física e mental e todas as informações necessárias, de forma a garantir uma perfeita qualidade e eficiência dos serviços prestados;
- e) Arcar fiel e regularmente com todas as obrigações trabalhistas dos empregados, quando for o caso, que participem da execução do objeto contratual;
- f) Enviar à Administração e manter atualizado o rol de todos os funcionários que participem da execução do objeto contratual, quando requisitado pela **CONTRATANTE**;
- g) Responsabilizar-se pela segurança do trabalho de seus empregados, adotando as precauções necessárias à execução dos serviços, fornecendo os equipamentos de proteção individual (EPI) exigidos pela legislação, respondendo por eventuais indenizações decorrentes de acidentes de trabalho, cabendo-lhe comunicar à **CONTRATANTE** a ocorrência de tais fatos;
- h) Responder por todos os encargos e obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, acidentária, fiscal, administrativa, civil e comercial, resultantes da prestação dos serviços;
- i) Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- j) Responder por todo e qualquer dano que venha a ser causado por seus empregados e prepostos, à **CONTRATANTE** ou a terceiros, podendo ser descontado do pagamento a ser efetuado, o valor do prejuízo apurado;
- k) Manter, durante o prazo de execução do Contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- l) Compete a **CONTRATADA** implantar de forma adequada a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços de forma a obter uma operação correta e eficaz, realizando os serviços de forma meticulosa e constante;
- m) Compete a **CONTRATADA** assumir a responsabilidade técnica pela execução dos serviços, observando sempre critérios de eficiência, eficácia e efetividade, de acordo com as determinações deste **Termo de Referência** e **Termo de Contrato**;
- n) A **CONTRATADA** deverá realizar treinamentos/capacitação com os fisioterapeutas e outros profissionais das unidades de saúde que acompanham os usuários cadastrados sem ônus para a **CONTRATANTE**;
- o) Manter durante toda a execução do contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, em compatibilidade com as obrigações assumidas;
- p) Cumprir, obrigatoriamente, as normas legais vigentes de segurança e medicina do trabalho;
- q) Garantir que todos os insumos necessários à prestação de serviço disponibilizado pela **CONTRATADA** atendam a normatização da **ANVISA** e **ABNT**;

r) No caso do profissional fisioterapeuta, a empresa que ganhar o certame deverá ainda apresentar **Declaração de Regularidade do registro no CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional)** do profissional e Comprovação do Vínculo do mesmo com a empresa;

s) A **CONTRATADA** manterá seus funcionários devidamente uniformizados e com crachás de identificação autenticado;

t) Todas as despesas com os profissionais executores dos serviços contratados ficarão sob exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**, assim como os danos ou prejuízos impostos a **CONTRATANTE** e/ou a terceiros, resultante de atos ou demissões dos seus empregados quando no desempenho das atividades ora **CONTRATADA**;

u) Os atendimentos de **ROTINA** devem ser realizados das 08 às 21 horas de segunda a sexta feira;

v) Na **URGÊNCIA**, os atendimentos poderão ser realizados em qualquer dia ou horário, desde que devidamente justificados com a apresentação do relatório de chamadas, onde se confirma a solicitação do usuário;

x) Apresentar **CONFORME PERIODICIDADE** determinada em contrato, à **CONTRATANTE** os documentos, relatórios e demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato, obedecendo às diretrizes da **CONTRATANTE**;

y) A **CONTRATADA** prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela **CONTRATANTE**, cujas reclamações obriga-se a atender prontamente.

5.2 A **CONTRATADA** não poderá subcontratar, ceder ou transferir o objeto do Contrato, no todo ou em parte, a terceiros, sob pena de rescisão.

CLÁUSULA SEXTA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

6.1 A **CONTRATANTE** se compromete a executar todas as obrigações contidas no Termo de Referência – Anexo I do Edital, cabendo-lhe especialmente:

a) Cumprir e exigir o cumprimento das obrigações deste Contrato e das disposições legais que a regem;

b) Realizar o acompanhamento do presente contrato, comunicando à **CONTRATADA** as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas;

c) Proporcionar todas as condições necessárias à boa execução dos serviços contratados, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança de Administração e ou endereço de cobrança;

d) Exercer a fiscalização dos serviços, indicando, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual, inclusive no que tange a mão de obra que o integra, acompanhando a sua presença, fornecimento dos materiais, manutenção e etc, realizando a supervisão das atividades desenvolvidas pela contratada e efetivando avaliação periódica;

e) Fornecer à **CONTRATADA** qualquer tipo de informação interna essencial à realização dos serviços contratados;

f) Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com o estabelecido no presente contrato;

g) Aplicar as penalidades previstas neste contrato, em caso de descumprimento pela **CONTRATADA** de quaisquer cláusulas estabelecidas;

h) Exigir da Contratada, a qualquer tempo, a comprovação das condições requeridas para a contratação;

i) Indicar e formalizar o(s) responsável(is) pela fiscalização do contrato, a quem competirá o acompanhamento dos serviços, nos termos do Decreto Municipal nº 62.100/2022;

j) Atestar mensalmente a execução e a qualidade dos serviços prestados, indicando qualquer ocorrência havida no período, se for o caso, em processo próprio, onde será juntada a Nota Fiscal Fatura a ser apresentada pela **CONTRATADA**, para fins de pagamento;

k) Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de funcionário da contratada que estiver sem crachá, que embarçar ou dificultar a fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente, bem assim a substituição de equipamentos, que não se apresentarem em boas condições de operação ou estiverem em desacordo com as especificações técnicas;

l) Verificar a adequação da prestação do serviço que deverá ser realizado com base nos critérios previstos neste **Termo de Referência**;

m) Acompanhar e controlar as informações fornecidas pela **CONTRATADA** através do relatório apresentado mensalmente com os dados de identificação do usuário (nome, endereço, telefone); diagnóstico do usuário; especialidade do médico solicitante e nome da unidade da origem da solicitação do equipamento.

6.2 A fiscalização dos serviços pelo Contratante não exime, nem diminui a completa responsabilidade da Contratada, por qualquer inobservância ou omissão às cláusulas contratuais.

6.3 A Contratante poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar vistoria dos equipamentos e verificar o cumprimento de normas preestabelecidas no edital/contrato.



CLÁUSULA SETIMA

DO PAGAMENTO

7.1 O prazo de pagamento será de 30 (trinta) dias, a contar da data da entrega de cada nota fiscal ou nota fiscal fatura, bem como as demais documentações exigidas nos itens subsequentes.

7.1.1 Caso venha ocorrer a necessidade de providências complementares por parte da contratada, a fluência do prazo será interrompida, reiniciando-se a sua contagem a partir da data em que estas forem cumpridas.

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

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

7.2.1 No caso de prestadores de serviço com sede ou domicílio fora do Município de São Paulo, poderá ser apresentada prova de inscrição no CPOM – Cadastro de Empresas Fora do Município, da Secretaria Municipal de Finanças, nos termos dos artigos 9º-A E 9º-B da Lei Municipal nº 13.701/2003, com a redação alterada pela Portaria nº 124/22, com redação da Lei Municipal nº 14.042/05 e artigo 68 do Regulamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, aprovado pelo Decreto Municipal nº 50.896/09.

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

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

7.4 A Contratada deverá apresentar, a cada pedido de pagamento, os documentos a seguir discriminados, para verificação de sua regularidade fiscal perante os órgãos competentes:

a) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – F.G.T.S., fornecido pela Caixa Econômica Federal;

b) Certidão Negativa de Débitos relativa às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros – CND – ou outra equivalente na forma da lei;

- c)** Certidão negativa de débitos de tributos mobiliários do Município de São Paulo;
- d)** Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);
- e)** Nota Fiscal ou Nota Fiscal Fatura devidamente atestada;
- f)** Folha de Medição detalhada comprovando a quantidade do serviço produzida ou executada, quando for o caso, no período a que se refere o pagamento;
- g)** Folha de Medição detalhada comprovando a execução das obras, quando for o caso, no período a que se refere o pagamento;
- h)** E demais documentos que a Administração entender necessário.

7.4.1 Serão aceitas como prova de regularidade, certidões positivas com efeito de negativas e certidões positivas que noticiem em seu corpo que os débitos estão judicialmente garantidos ou com sua exigibilidade suspensa.

7.5 Por ocasião de cada pagamento, serão feitas as retenções eventualmente devidas em função da legislação tributária.

7.6 A não apresentação de certidões negativas de débito, ou na forma prevista no subitem 7.4.1, não impede o pagamento, porém será objeto de aplicação de penalidade ou rescisão contratual, conforme o caso.

7.7 O pagamento será efetuado por crédito em conta corrente, no BANCO DO BRASIL S/A, conforme estabelecido no Decreto nº 51.197/2010, publicado no DOC do dia 22 de janeiro de 2010.

7.8 Fica ressalvada qualquer alteração por parte da Secretaria Municipal de Finanças, quanto às normas referentes ao pagamento de fornecedores.

CLÁUSULA OITAVA

DO CONTRATO E DA EXTINÇÃO

8.1 O presente contrato é regido pelas disposições da Lei Federal nº 14.133/21, do Decreto Municipal nº 62.100/2022, Decreto Municipal nº 56.475/2015 e da Complementar nº 123/2006, alterada pela Lei Complementar nº 147/2014, e das demais normas complementares aplicáveis

8.2 O ajuste poderá ser alterado nas hipóteses previstas no artigo 137 da Lei Federal 14.133/21.

8.3 A CONTRATANTE se reserva o direito de promover a redução ou acréscimo do ajuste, nos termos do art. 125 da Lei Federal 14.133/21.

8.4 O contrato se extingue quando vencido o prazo nele estipulado, independentemente de terem sido cumpridas ou não as obrigações de ambas as partes contraentes.

8.5. O contrato pode ser extinto antes do prazo nele fixado, sem ônus para o contratante, quando esta não dispuser de créditos orçamentários para sua continuidade ou quando entender que o contrato não mais lhe oferece vantagem.

8.6. O contrato pode ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos motivos previstos no [artigo 137 da Lei nº 14.133/21](#), bem como amigavelmente, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

8.6.1. Nesta hipótese, aplicam-se também os [artigos 138 e 139](#) da mesma Lei.

CLÁUSULA NONA

DA EXECUÇÃO E RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS

9.1 A execução dos serviços será feita conforme o Termo de Referência, Anexo I do Edital da licitação que precedeu este ajuste, e dele faz parte integrante para todos os fins.

9.2 A execução dos serviços objeto deste contrato deverá ser atestada pelo responsável pela fiscalização, pela CONTRATANTE, atestado esse que deverá acompanhar os documentos para fins de pagamento conforme Cláusula Sétima.

9.2.1 A fiscalização será exercida de acordo com o Decreto Municipal nº 62.100/2022.

9.3 O objeto contratual será recebido consoante as disposições do artigo 140, da Lei Federal nº 14.133/21 e demais normas municipais pertinentes.

9.4 O objeto contratual será recebido mensalmente mediante relatório de medição dos serviços executados no mês, emitido pela Contratada, sendo tal relatório submetido à fiscalização da Contratante, que, após conferência, atestará se os serviços foram prestados a contento, atestado esse que deverá ser acompanhado de fatura ou nota-fiscal-fatura, bem como da cópia reprográfica da nota de empenho, para fins de pagamento.

9.5 Havendo inexecução de serviços, o valor respectivo será descontado da importância mensal devida à Contratada, sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis, observados os trâmites legais e os princípios do contraditório e ampla defesa.

9.5.1 O recebimento e aceite do objeto pela CONTRATANTE não exclui a responsabilidade civil da CONTRATADA por vícios de quantidade ou qualidade dos serviços, materiais ou disparidades com as especificações estabelecidas no Anexo I, verificadas posteriormente.

CLÁUSULA DÉCIMA
DAS PENALIDADES

10.1 Com fundamento no artigo 156, incisos I a IV, da Lei nº 14.133/21, a contratada poderá ser apenada, isoladamente, ou juntamente com as multas definidas no item 10.2, com as seguintes penalidades:

- a)** advertência;
- b)** impedimento de licitar e contratar; ou
- c)** declaração de inidoneidade para licitar ou contratar;

10.1.1 Na aplicação das sanções serão considerados a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes, os danos que dela provierem para a Administração Pública e a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

10.1.2 A falha na execução do contrato, para fins de aplicação do quanto previsto no item 10.1, estará configurada quando a CONTRATADA se enquadrar em pelo menos uma das situações previstas na Tabela 3 abaixo, respeitada a graduação de infrações conforme a Tabela 1 deste item, e alcançar o total de 100 (cem) pontos, cumulativamente.

Tabela 1

GRAU DA INFRAÇÃO	PONTOS DA INFRAÇÃO
1	2
2	3
3	4
4	5
5	8
6	10

10.1.2.1 Os pontos serão computados a partir da aplicação da penalidade, com prazo de depuração de 12 (doze) meses.

10.1.2.2 Sendo a infração objeto de recurso administrativo, os pontos correspondentes ficarão suspensos até o seu julgamento e, sendo mantida a penalidade, serão computados, observado o prazo de 12 (doze) meses, a contar da data da aplicação da penalidade.

10.3 A CONTRATADA estará sujeita às seguintes penalidades pecuniárias:

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

10.3.1.1 No caso de atraso por período superior a 10 (dez) dias, poderá ser promovida, a critério exclusivo da contratante, a rescisão contratual, por culpa da contratada, aplicando-se a pena de multa de 20% (vinte por cento) do valor total do Contrato, além da possibilidade de aplicação da pena de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública, pelo prazo máximo de 03 (três) anos.

10.3.2 Multa por inexecução parcial do contrato: 20% (vinte por cento), sobre o valor mensal da parcela não executada, além da possibilidade de aplicação da pena de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública, pelo prazo máximo de 03 (três) anos.

10.3.3 Multa por inexecução total do contrato: 30% (trinta por cento) sobre o valor total do contrato, além da possibilidade de aplicação da pena de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública, pelo prazo máximo de 03 (três) anos.

10.3.4 Pelo descumprimento das obrigações contratuais, a Administração aplicará multas conforme a graduação estabelecida nas tabelas seguintes:

Tabela 2

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% do valor mensal do contrato
2	0,4% do valor mensal do contrato
3	0,8% do valor mensal do contrato
4	1,6% do valor mensal do contrato
5	3,2% do valor mensal do contrato
6	4,0% do valor mensal do contrato

Tabela 3

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU	INCIDÊNCIA
1	Permitir a presença de empregado não uniformizado ou com uniforme manchado, sujo, mal apresentado e/ou sem crachá.	1	Por empregado e por ocorrência
2	Manter empregado sem qualificação para a execução dos serviços.	1	Por empregado e por dia
3	Executar serviço incompleto, paliativo, provisório como por caráter permanente, ou deixar de providenciar recomposição complementar.	2	Por ocorrência

4	Fornecer informação falsa de serviço ou substituição de material licitado por outro de qualidade inferior.	2	Por ocorrência
5	Suspender ou interromper, salvo por motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais.	6	Por dia e por tarefa designada
6	Destruir ou danificar documentos por culpa ou dolo de seus agentes.	3	Por ocorrência
7	Utilizar as dependências da CONTRATANTE para fins diversos do objeto do contrato.	5	Por ocorrência
8	Recusar-se a executar serviço determinado pela FISCALIZAÇÃO, sem motivo justificado.	5	Por ocorrência
9	Permitir situação que crie a possibilidade de causar ou que cause dano físico, lesão corporal ou consequências letais.	6	Por ocorrência
10	Retirar das dependências da CONTRATANTE quaisquer equipamentos ou materiais, previstos em contrato, sem autorização prévia do responsável.	1	Por item e por ocorrência
11	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia da CONTRATANTE.	4	Por empregado e por dia

Para os itens a seguir, deixar de:

12	Substituir empregado que tenha conduta inconveniente ou incompatível com suas atribuições.	2	Por empregado e por dia
13	Manter a documentação de habilitação atualizada.	1	Por item e por ocorrência
14	Cumprir horário estabelecido pelo contrato ou determinado pela FISCALIZAÇÃO.	1	Por ocorrência
15	Cumprir determinação formal ou instrução complementar da FISCALIZAÇÃO.	2	Por ocorrência
16	Efetuar a reposição de empregados faltosos.	2	Por ocorrência
17	Efetuar o pagamento de salários, vales-transporte, vales-refeição, seguros, encargos fiscais e sociais, bem como arcar com quaisquer despesas diretas e/ou indiretas relacionadas à execução do contrato nas datas avençadas.	6	Por mês
18	Manter sede, filial ou escritório de atendimento na cidade local de prestação dos serviços.	1	Por ocorrência e por dia
19	Apresentar, quando solicitado, documentação fiscal, trabalhista, previdenciária e outros documentos necessários à comprovação do cumprimento dos demais encargos trabalhistas.	2	Por ocorrência e por dia
20	Entregar ou entregar com atraso ou incompleta a documentação exigida na cláusula referente às condições de pagamento.	1	Por ocorrência e por dia
21	Apresentar notas fiscais discriminando preço e quantidade de todos os materiais utilizados mensalmente, indicando marca, quantidade total e quantidade unitária (volume, peso etc.).	4	Por ocorrência
22	Entregar ou entregar com atraso os esclarecimentos formais solicitados para sanar as inconsistências ou dúvidas suscitadas durante a análise da documentação exigida por força do contrato.	2	Por ocorrência e por dia
23	Manter em estoque equipamentos discriminados em contrato.	2	Por item e por dia

24	Fornecer EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) aos seus empregados e de impor penalidades àqueles que se negarem a usá-los.	2	Por empregado e por ocorrência
25	Cumprir quaisquer dos itens do contrato e seus anexos não previstos nesta tabela de multas	1	Por item e por ocorrência
26	Cumprir quaisquer dos itens do contrato e seus anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pela unidade fiscalizadora.	2	Por item e por ocorrência
27	Substituir os equipamentos que apresentarem defeitos e/ou apresentarem rendimento insatisfatório em até 48 horas, contadas da comunicação da contratante.	2	Por dia
28	Cumprir o programa periódico de manutenção preventiva determinada em contrato.	3	Por item e por ocorrência

10.3.4.1 A Contratante, por conveniência e oportunidade, poderá converter a multa pecuniária, não superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais), em advertência, uma única vez a cada 6 (seis) meses, a contar da data da conversão da aplicação da penalidade, mantendo-se o cômputo de pontos.

10.3.5 Se, por qualquer meio, independentemente da existência de ação judicial, chegar ao conhecimento do gestor do contrato uma situação de inadimplemento com relação às obrigações trabalhistas, tais como salários, vale-transporte, vale-refeição, seguros, entre outros, previstos em lei ou instrumento normativo da categoria e constantes na planilha de composição de custo, caberá a autoridade apurá-la e, se o caso, garantido o contraditório, aplicar à contratada multa de 20% (vinte por cento), sobre o valor da parcela não executada, pelo descumprimento de obrigação contratual e, persistindo a situação, o contrato será rescindido.

10.3.6 Havendo comunicação de desinteresse da CONTRATADA em prorrogar o contrato após o prazo previsto no item 3.1.1 deste Contrato, estará sujeita à multa de:

- a)** 5% (cinco por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação entre o 60º e o 89º dia antes do término do contrato;
- b)** 10% (dez por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação entre o 20º e o 59º dia antes do vencimento do contrato;
- c)** 15% (quinze por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação a partir do 19º dia antes do vencimento do contrato até o seu termo.

10.3.6.1 A aplicação da multa não ilide a aplicação das demais sanções previstas no item 10.1, independentemente da ocorrência de prejuízo decorrente da descontinuidade da prestação de serviço imposto à Administração.

10.4 O valor da multa poderá ser descontado das faturas devidas à CONTRATADA.

10.4.1 Se o valor a ser pago à CONTRATADA não for suficiente para cobrir o valor da multa, a diferença será descontada da garantia contratual, quando exigida.

10.4.2 Se os valores das faturas e da garantia forem insuficientes, fica a CONTRATADA obrigada a recolher a importância devida no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da comunicação oficial.

10.4.3 Esgotados os meios administrativos para cobrança do valor devido pela CONTRATADA à CONTRATANTE, este será encaminhado para inscrição em dívida ativa.

10.4.4 Caso o valor da garantia seja utilizado no todo ou em parte para o pagamento da multa, esta deve ser complementada no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contado da solicitação da CONTRATANTE.

10.5 Caso haja rescisão, a mesma atrai os efeitos previstos no artigo 139, incisos I e IV, da Lei Federal nº 14.133/21.

10.6 Das decisões de aplicação de penalidade, caberá recurso nos termos dos artigos 166 e 167 da Lei Federal nº 14.133/21, observados os prazos nele fixados.

10.6.1 No ato do oferecimento de recurso deverá ser recolhido o preço público devido, nos termos do que dispõe o artigo 17 do Decreto nº 51.714/2010.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

DA GARANTIA

11.1 Para execução deste contrato, será prestada garantia no valor de R\$ 68.700,00 (sessenta e oito mil e setecentos reais), correspondente ao importe de **5% (cinco inteiros por cento)** do valor total do contrato, nos termos do artigo 96, § 1º, da Lei Federal nº 14.133/21, observado o quanto disposto na Portaria SF nº 122/2009.

11.1.1 Sempre que o valor contratual for aumentado ou o contrato tiver sua vigência prorrogada, a contratada será convocada a reforçar a garantia, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, de forma a que corresponda sempre a mesma percentagem estabelecida.

11.1.1.1 O não cumprimento do disposto na cláusula supra, ensejará aplicação da penalidade estabelecida na cláusula 10.2 deste contrato.

11.1.2 A garantia exigida pela Administração poderá ser utilizada para satisfazer débitos decorrentes da execução do contrato, inclusive nos termos da Orientação Normativa 2/12 – PGM, e/ou de multas aplicadas à empresa contratada.

11.1.3 A garantia contratual será devolvida após a lavratura do Termo de Recebimento Definitivo dos serviços, mediante requerimento da Contratada, que deverá vir acompanhado de comprovação, contemporânea, da inexistência de ações distribuídas na Justiça do Trabalho que possam implicar na responsabilidade subsidiária do ente público, condicionante de sua liberação, nos termos da Orientação Normativa 2/12 – PGM.

11.1.4 A garantia poderá ser substituída, mediante requerimento da interessada, respeitadas as modalidades referidas no artigo 96, §1º, da Lei Federal nº 14.133/21.



11.2 A validade da garantia prestada, em seguro-garantia ou fiança bancária, deverá ter validade mínima de 60 (sessenta) dias, além do prazo estimado para encerramento do contrato, por força da Orientação Normativa nº 2/2012 da PGM.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 Nenhuma tolerância das partes quanto à falta de cumprimento de qualquer das cláusulas deste contrato poderá ser entendida como aceitação, novação ou precedente.

12.2 Todas as comunicações, avisos ou pedidos, sempre por escrito, concernentes ao cumprimento do presente contrato, serão dirigidos aos seguintes endereços:

CONTRATANTE:

GESTORES

Ana Neuma de Oliveira – RF: 783.196.0 - Telefone: 5128-1465/3078-0683

Renata Leitão Morales – RF: 636.935.9 - Telefone: 5128-1465/3078-0683

Paulo Daniel Bambiolakis – RF: 919.768.1-1 - Telefone: 5128-1465/3078-0683

FISCAIS

Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros - Ana Patrícia Carneiro Gonçalves Bezerra - RF: 775.122.2 – Telefone: 5128-1524/3071-2800 Falar com Gisele Oliveira de Andrade;

Supervisão Técnica de Saúde Butantã - Victor di Donato Marques, RF 821.040.3– Telefone: 11 5193-0187 Falar com Rosemar Rodrigues Cabral;

CONTRATADA:

Cristiane de Castro Chagas Ribeiro, portadora do RG n.º 9.216.385 e do CPF/MF n.º 040.887.616-69 – Telefone: 11 99714-7721; e-mail: cristiane.ribeiro@airliquide.com.

12.3 Fica ressalvada a possibilidade de alteração das condições contratuais em face da superveniência de normas federais e/ou municipais que as autorizem.

12.4 Fica a CONTRATADA ciente de que a assinatura deste termo de contrato indica que tem pleno conhecimento dos elementos nele constantes, bem como de todas as condições gerais e peculiares de seu objeto, não podendo invocar qualquer desconhecimento quanto aos mesmos, como elemento impeditivo do perfeito cumprimento de seu objeto.

12.5 A Administração reserva-se o direito de executar através de outras contratadas, nos mesmos locais, serviços distintos dos abrangidos na presente contratação.

12.6 A Contratada deverá comunicar a Contratante toda e qualquer alteração nos dados cadastrais, para atualização, sendo sua obrigação manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

12.7 No ato da assinatura deste instrumento foram apresentados todos os documentos exigidos no edital.

12.8 Ficam fazendo parte integrante deste instrumento, para todos os efeitos legais, o edital da licitação que deu origem à contratação, com seus Anexos, Proposta da contratada (documento SEI nº 114109377), Termo de Julgamento (documento SEI nº 114111661) e Termo de Homologação do Pregão (documento SEI nº 114111818) e a ata da sessão pública do pregão do processo administrativo nº 6018.2024/0008391-8.

12.9 O presente ajuste, o recebimento de seu objeto, suas alterações e rescisão obedecerão a o Decreto Municipal n.º 62.100/22, Lei Federal nº 14.133/21 e demais normas pertinentes, aplicáveis à execução dos serviços e especialmente aos casos omissos.

12.10 Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

DO FORO

13.1 Fica eleito o foro desta Comarca para todo e qualquer procedimento judicial oriundo deste Contrato, que não possa ser composto pela conciliação, conforme art. 151 da Lei nº 14.133/2021, com expressa renúncia de qualquer outro foro, por mais especial ou privilegiado que seja ou venha a ser.



E para firmeza e validade de tudo quanto ficou estabelecido, lavrou-se o presente termo de contrato, em 03 (três) vias de igual teor, o qual depois de lido e achado conforme, vai assinado e rubricado pelas partes contratantes e duas testemunhas presentes ao ato.

São Paulo, 04 de dezembro de 2024.

REGIANE DE
SANTANA
PIVA:15372466820

Assinado de forma digital por
REGIANE DE SANTANA
PIVA:15372466820
Dados: 2024.12.05 08:33:07 -03'00'

REGIANE DE SANTANA PIVA
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE
CONTRATANTE



Documento assinado digitalmente
RENATA MUNIZ BARRETO MARANHÃO
Data: 04/12/2024 14:57:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

RENATA MUNIZ MARANHÃO
AIR LIQUIDE BRASIL - FILIAL: PRESIDENTE WILSON (PW)
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

PAULO
DANIEL
BAMBIOLAKIS
:40252135830

Assinado de forma
digital por PAULO
DANIEL
BAMBIOLAKIS:4025213
5830
Dados: 2024.12.04
14:08:01 -03'00'

RENATA LEITAO
MORALES:1257
3254852

Assinado de forma
digital por RENATA
LEITAO
MORALES:12573254852
Dados: 2024.12.04
14:08:54 -03'00'

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Contratação de empresa especializada para prestação de serviço de locação de aparelhos **CPAP - (Continuous Positive Airway Pressure)** automático para atendimento a usuários portadores de **Apnéia Obstrutiva do Sono - (AOS)** residentes na área de abrangência da **Coordenadoria Regional de Saúde Oeste - (CRSO)**.

2. JUSTIFICATIVA

Justifica-se a abertura deste processo licitatório para contratação de empresa especializada para prestação de serviços de locação de CPAP, por se tratar de serviço contínuo e essencial aos usuários cadastrados no atual programa de **ODP (Oxigênio terapia Domiciliar Prolongada)** da Coordenadoria Oeste, quando da alta médica de uso do oxigênio e mantendo apenas o uso do aparelho CPAP, para atendimento de novas demandas para o uso de CPAP exclusivo e atender a eventuais demandas judiciais.

A AOS tem sido associada a efeitos adversos cardiovasculares, aumentando o risco de infarto agudo do miocárdio, morte cardiovascular e acidente vascular cerebral.

A terapêutica domiciliar com o CPAP proporciona a melhora do organismo do usuário, diminuição dos óbitos e das internações hospitalares durante seu uso.

O equipamento proposto no descritivo técnico deve estar disponível com a tecnologia de armazenamento de dados em nuvem e assistência de forma remota, o que vai contribuir para o monitoramento dos usuários, assim como garantir a qualidade de atendimento.

3. TIPO DE USUÁRIO: ALTO RISCO DE APNÉIA

- 3.1.** A dispensação do CPAP seguirá o **Protocolo para liberação de CPAP** instituído pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo vigente.

- Presença de Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) grave (**índice de apneia-hipopneia >30/h no exame de polissonografia noturna ou poligrafia tipo III ou IV**) associada à pneumopatia hipoxêmica;
- Presença de AOS grave sem pneumopatia associada, (índice de apneia-hipopneia >30/h, diagnosticada por polissonografia noturna ou poligrafia tipo III ou IV) com ou sem doença cardiovascular, e/ou com hipoxemia diurna, e/ou com sinais clínicos de cor pulmonale e/ou policitemia (Htc ≥ 55%);

4. DESCRITIVO TÉCNICO - ESPECIFICAÇÕES

Para fins deste Termo de Referência fica assim padronizado o equipamento **Continuous Positive Airway Pressure – CPAP**, equipamento para pressão positiva contínua nas vias aéreas: **CPAP AUTOMÁTICO** – Sistema de Terapia do Sono.

CPAP	APARELHO DE PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA DAS VIAS AÉREAS COM AJUSTE AUTOMÁTICO DE PRESSÃO
INTERVALO OU FAIXA DE PRESSÃO	4 A 20 CM H2O, COM ALÍVIO DE PRESSÃO.
NÍVEL DE RUÍDO	FAIXA DE 23 A 30 dba – OPERAÇÃO SILENCIOSA
TEMPO DE RAMPA	0 A 45 MIN. (INCREMENTO DE 5 MIN.)
FILTRO DE AR	FILTRO ESPECÍFICO PARA EQUIPAMENTOS RESPIRATÓRIOS; BACTERIOLÓGICO, ULTRAFINO - TROCA DE FILTROS INTERNOS TRIMESTRAL OU ANTES DESTA PRAZO CASO APRESENTE MUITA SUJIDADE SEM ÔNUS A CONTRATANTE.
TUBO DE AR	TRAQUEIA FLEXÍVEL, COMPATÍVEL COM O EQUIPAMENTO DE NO MÍNIMO 1,8 METROS, APROXIMADAMENTE. VIDA ÚTIL EM MÉDIA DE 6 MESES.
CÂMERA DE ÁGUA	LAVÁVEL, CAPACIDADE DE ÁGUA DE NO MÍNIMO 260 ML. VIDA ÚTIL EM MÉDIA DE 6 MESES.

UMIDIFICADOR	UMIDIFICAÇÃO INTEGRADA AQUECIDA OU ACOPLADA
MÁSCARA - ADULTO OU PEDIÁTRICA	MÁSCARA NASAL OU FACIAL (P ou M ou G) E PEDIÁTRICAS CONFORME NECESSIDADE E ADAPTAÇÃO DO USUÁRIO, SUPERIOR COM SUPORTE DE APOIO PARA MELHORAR A FIXAÇÃO, OU AINDA PARA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. O APOIO DE TESTA DEVE SER REGULÁVEL PROPORCIONANDO MELHOR O ENCAIXE DA MÁSCARA IMPEDINDO ESCAPE DE AR; OBS: MÁSCARA PRONGA: EM CASO DE SOLICITAÇÃO MEDICA DO USO DE UMA MÁSCARA ESPECIFICA PARA A UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO, MEDIANTE A CONDIÇÃO CLINICA DO USUARIO, CABE A EMPRESA CONTRADA FORNECER A MÁSCARA SEM ÔNUS A CONTRATANTE.
	ANATÔMICO; SEM REBARBAS; NÃO ESTÉRIL; REUTILIZÁVEL; ALMOFADA EM SILICONE/GEL; COM SISTEMA DE FIXAR NA CABEÇA DE 03 OU 04 APOIOS; CONSTITUÍDO DE DISPOSITIVO DE EXPIRAÇÃO INTEGRADO, OU NÃO, COM SUBSTITUIÇÃO NO MÍNIMO DE 180 DIAS OU QUANDO HOUVER SINAIS DE AVARIAS, SEM ÔNUS A CONTRATANTE.
TEMPERATURA	OPERAÇÃO DE +5 A ~40°C / TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE - 15 A ~ 70°C
ARMAZENAGEM DE DADOS	CARTÃO DE MEMÓRIA DE NO MÍNIMO 01 (UM) GB - RECURSO DE ARMAZENAMENTO DE DADOS PARA ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO. O EQUIPAMENTO DEVE POSSUIR CONECTIVIDADE PARA TRANSMISSÃO AUTOMÁTICA DE DADOS E MONITORAMENTO REMOTO.

DETECÇÃO AVANÇADA	DETECÇÃO DE EVENTOS RESPIRATÓRIOS: ✓ IAH - ÍNDICE DE APNEIA-HIPOPNEIA ✓ LF - LIMITAÇÃO DE FLUXO, ✓ RONCO, ✓ VAZAMENTO / FUGA, ✓ AC - APNEIA CENTRAL = CSA (CENTRAL SLEEP APNEIA) ✓ AO - APNEIA OBSTRUTIVA, ✓ AI – ÍNDICE DE APNÉIA ✓ HI - HIPOPNÉIA, ✓ CSR - PERIODIC BREATHING (PB) - Cheyne-Stokes = RP - RESPIRAÇÃO PERIÓDICA ✓ (DESEJÁVEL) RERA - RERA: “RESPIRATORY-EFFORT RELATED AROUSAL” – DESPERTAR ASSOCIADO AO ESFORÇO RESPIRATÓRIO ✓ O EQUIPAMENTO DEVE POSSUIR CONECTIVIDADE PARA TRANSMISSÃO DE DADOS PARA A NUVEM E TELEMONITORAMENTO OU SIMILAR.
CONFIGURAÇÃO DO DISPOSITIVO	CALIBRAGEM FINA DE PRESSÃO, LED’S ILUMINADOS, CABO DE CONEXÃO DIRETA.
REQUISITOS ELÉTRICOS	BI VOLT, FONTE E CABO DE ENERGIA.
MANUAL OPERACIONAL	EM PORTUGUÊS
OBSERVAÇÃO	O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR: MARCA, FABRICANTE E PROCEDÊNCIA, COM GARANTIA DE 01 (UM) ANO. SENDO INCLUSO OS DESCARTAVEIS NECESSÁRIOS PARA A UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO PELO USUÁRIO.
	EQUIPAMENTO E ACESSÓRIOS DEVEM SE REGISTRADOS NA ANVISA E SEGUIR AS NORMATIZAÇÕES DA ABNT.
	O PRODUTO DEVERÁ ATENDER A LEI Nº 8078/90 (CODIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR) E AS DEMAIS LEGISLAÇÕES VIGENTES.

5. QUANTITATIVO FÍSICO ESTIMADO

O quantitativo físico é de até 175 equipamentos/mês, para atendimento de usuários da **Coordenadoria Regional de Saúde Oeste**, atendendo as **Supervisões Técnicas de Saúde de Lapa Pinheiros e Butantã**.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
01	Continuous Positive Airway Pressure - CPAP	01	175

6. TELEMONTITORAMENTO

- 6.1. A empresa **CONTRATADA** deverá se certificar que o equipamento locado possuir conectividade para transmissão de dados e monitoramento remoto, sem necessitar estar conectado ao WiFi, que permita a **Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) – Coordenadoria Regional de Saúde Oeste (CRS - Oeste)** a ter total acesso aos dados dos usuários, para que seja acompanhado e monitorado o uso do equipamento, a critério da instituição e sem ônus para a **CONTRATANTE**.
- 6.2. Cabe a empresa **CONTRATADA** apresentar relatórios mensais das visitas a residência dos usuários, e apresentar os relatórios emitidos pelos equipamentos, dentro dos padrões técnicos estabelecidos, que serão encaminhados ao fiscal do contrato, dentro dos padrões técnicos estabelecidos.
- 6.3. A empresa **CONTRATADA** deve se certificar do funcionamento correto da realização de transmissão de dados (telemonitoramento), em caso de defeitos ou mau funcionamento na transmissão de dados, a **CONTRATADA** deve realizar a substituição ou a reparação do equipamento, sem custo adicional a **CONTRATANTE**.

7. FLUXO - ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DO USUÁRIOS AOS GRAVE (FLUXO ADMINISTRATIVO)

- 7.1. Este contrato, por orientação da **Secretaria Municipal de Saúde**, estará atendendo os usuários conforme já informado no “Item 3 –TIPO DE

USUÁRIO: ALTO RISCO DE APNÉIA”, portanto a “**entrada**” do usuário será por onde essa demanda chegar.

7.2. A Unidade Básica de Saúde informa ao usuário os documentos necessários:

- Polissonografia atualizada até 12 meses, que comprova a Apnéia do Obstrutiva do Sono – AOS grave.
- Cópia do comprovante de endereço, cartão SUS, CPF e RG, folha de rosto preenchida com letra legível.
- A **pressão ideal no CPAP** que corrige as apneias deve ser titulada durante o exame de polissonografia noturna e deve ser anotada pelo médico no pedido de CPAP se necessário.
- A Unidade, ao receber a documentação do usuário, preenche a **Ordem de Fornecimento** e a encaminha juntamente com a documentação pessoal do usuário para o núcleo autorizador da Supervisão Técnica de Saúde.
- O **Núcleo Autorizador** preenche a **ficha de solicitação do aparelho**
- O **Núcleo Autorizador** envia para a empresa a **ficha de solicitação do aparelho** e a cópia da **Ordem de Fornecimento** (padrão da empresa)
- A partir desta solicitação a empresa terá até 05 (cinco) dias corridos para entregar o equipamento ao usuário, e orientar quanto o uso e conservação do equipamento.
- A **Supervisão Técnica de Saúde** informa **CRS-Oeste** que já fez a solicitação do equipamento e acessórios à empresa contratada;
- A **Supervisão Técnica de Saúde** informa à **CRS- Oeste** quando da exclusão do usuário, informando inclusive o número da ordem de fornecimento inicial;

8. IMPRESSOS A SEREM UTILIZADOS

8.1. **A CONTRATADA** deverá apresentar impressos próprios para cada **TIPO DE ATENDIMENTO** a ser executado, para validação do **CONTRATANTE**, sejam eles:

- Solicitação do serviço de locação;
- Termo de Responsabilidade da guarda/devolução do equipamento;
- Implantação do Equipamento;
- Exclusão / Retirada do Equipamento;
- Orientação do usuário, cuidador, familiar ou responsável.
- Visita Técnica – Inicial, Preventiva, Corretiva.
- Telemonitoramento.

9. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. A prestação dos serviços será executada pela empresa especializada em serviços de locação de aparelhos **CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)** automáticos, através da solicitação das Unidades Básicas de Saúde e autorização do núcleo autorizador das duas Supervisões de Saúde Lapa/ Pinheiros e Butantã. O mesmo deverá ser prestado ao usuário residente no município de São Paulo no território da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste.

9.2. **A CONTRATADA** deverá realizar treinamentos quanto ao manuseio dos equipamentos e as condições ideais de higiene, garantindo assim toda a segurança e conforto aos nossos usuários.

9.3. Os aparelhos deverão ser instalados nas residências, onde deverá ser realizada a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, com reposição de peças, acessórios edescartáveis.

9.4. Cabe a **CONTRATADA** certificar que o equipamento, deve possuir conectividade para transmissão de dados e monitoramento remoto, que permita a **Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Coordenadoria de Saúde Oeste**

ter total acesso aos dados dos usuários para acompanhamento e monitoramento, a critério da instituição e sem custo adicional para a Prefeitura Municipal de São Paulo.

9.5. A **CONTRATADA** deverá quando solicitada realizar treinamentos/capacitação com os fisioterapeutas e outros profissionais das unidades de saúde que acompanham os usuários cadastrados sem ônus para a **CONTRATANTE**.

9.6. Cabe a **CONTRATADA** certificar que o atendimento técnico deverá ser permanente e disponibilizado através de um telefone 24 horas (de segunda a segunda, inclusive feriados), com profissionais habilitados (fisioterapeutas com registro no Conselho de Classe ativo) para dar o suporte necessário sobre manuseio do equipamento, limpeza da máscara, troca de filtros e outras questões que os nossos usuários tenham dúvida, seja na implantação do equipamento ou durante o período de uso; orientando o usuário, família e cuidadores e garantindo a adaptação e manuseio adequado dos equipamentos, além de identificar o risco e a necessidade de troca dos equipamentos.

9.7. A **CONTRATADA** deverá obedecer a todas as condições expressas nos subitens:

1. Quando forem instalados equipamentos usados, os mesmos devem estar higienizados com todos os filtros novos e em boas condições de uso.
2. Deverá ser colocado no aparelho de forma bem visível informações sobre a empresa como: Nome da Fornecedora, Telefones para contato e nome para contato, sendo que um telefone deverá ser de ligação gratuita 0800 que aceite ligação de celular;

- 9.8. Compete a **CONTRATADA** implantar de forma adequada a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços de forma a obter uma operação correta e eficaz, realizando os serviços de forma meticulosa e constante;
- 9.9. Compete a **CONTRATADA** assumir a responsabilidade técnica pela execução dos serviços, observando sempre critérios de eficiência, eficácia e efetividade, de acordo com as determinações deste Termo de Referência e Termo de Contrato;
1. A **CONTRATADA** deverá fornecer equipamentos em boas condições, acompanhados pelos respectivos manuais de operação, em idioma português, contendo o número de série identificador de cada equipamento.
 2. A **CONTRATADA** compromete-se, sob sua exclusiva responsabilidade, coordenar, supervisionar e executar os serviços prestados, bem como expressamente reconhece e declara que assume as obrigações decorrentes do contrato quanto à instalação, fornecimento, ferramentas, transporte dos equipamentos e mão de obra especializada para execução dos serviços, sem qualquer ônus adicional para a **CONTRATANTE**.
 3. A **CONTRATADA** deverá apresentar o Responsável Técnico, devidamente habilitado e com registro vigente no CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia, conforme Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia.
 4. O funcionário Fisioterapeuta com registro vigente no CREFITO deverá se apresentar devidamente uniformizado e identificado no ato da instalação dos equipamentos, com instrução quanto

ao manuseio, utilização e demais assuntos referentes ao bom uso e funcionamento dos equipamentos.

5. A **CONTRATADA** deverá executar os serviços dentro dos melhores padrões técnicos e nos termos da legislação vigente.
6. A **CONTRATADA**, no ato da retirada ou devolução de qualquer equipamento, deverá emitir um relatório referente a essa retirada ou devolução e entregar ao Responsável Técnico pela Fiscalização dos Serviços.
7. O CPAP só poderá ser retirado com autorização do Núcleo Autorizador da Supervisão Técnica de Saúde. A retirada deve ser feita pela empresa responsável na residência do usuário em até 7 dias úteis. A empresa deverá combinar a retirada com o usuário e informar via e-mail para a Supervisão de Saúde Lapa Pinheiros e Butantã quanto a data e horário da retirada de cada equipamento.
8. No caso de FALECIMENTO do Usuário, a UBS deve informar inicialmente a **CONTRATADA** e colocar em cópia o Núcleo Autorizador mediante apresentação do termo de exclusão;
9. No caso de conhecimento do FALECIMENTO do usuário pela **CONTRATADA**, a mesma deverá comunicar imediatamente a UBS e Núcleo Autorizador para as devidas providências cabíveis.
10. A **CONTRATADA** obriga-se a fornecer todas as peças, componentes, materiais, insumos, e acessórios para o bom funcionamento dos equipamentos locados, com qualidade e dentro do prazo de validade.
11. A **CONTRATADA** na primeira visita na casa do usuário deverá emitir o TR - Termo de Responsabilidade do Usuário e/ou

Responsável para com os equipamentos disponibilizados, quanto aos cuidados preventivos referentes à FURTO, ROUBO, DANOS PROVOCADOS POR MÁ UTILIZAÇÃO, solicitando o ACEITE (assinatura no termo), pelo Usuário e/ou Responsável;

12. A **CONTRATADA** deverá apresentar Relatório das Visitas mensais/ trimestrais e apresentar os relatórios emitidos pelos equipamentos, informando inclusive se os usuários não estão utilizando o equipamento, dentro dos padrões técnicos estabelecidos (Telemonitoramento).
13. A **CONTRATADA** deverá a cada 30 dias, disponibilizar listagem atualizada em meio eletrônico, com todos os equipamentos instalados, números de série, data da instalação e/ou desinstalação, data de manutenção e calibração, endereço da instalação, telefone de contato, etc.
14. Informar mensalmente através de listagem por meio eletrônico cada **Supervisão Técnica de Saúde e CRS DAF** da **CONTRATANTE** relatório com os dados de identificação do usuário (nome, endereço, telefone); data a instalação e/ou desinstalação do equipamento, números de série, data de manutenção e calibração, endereço da instalação, telefone de contato, entre outros itens que podem ser acordados no início do contrato.

10. INICIO DOS SERVIÇOS PARA OS USUÁRIOS ATUALMENTE CADASTRADOS NO PROGRAMA ODP.

- 10.1. O prazo para que a empresa vencedora possa realizar a instalação dos equipamentos para os usuários já cadastrados no Programa de ODP de SMS-SP e em uso exclusivo de CPAP é de 30 (trinta) dias corridos a partir da Ordem de Início do serviço;
- 10.2. O prazo para instalação inicial (30 dias) corridos poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela adjudicatária durante o seu

transcurso, e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Núcleo Autorizador;

11. IMPLANTAÇÃO-EXECUÇÃO DO SERVIÇO PARA USUÁRIOS NOVOS ADMITIDOS PELO NÚCLEO AUTORIZADOR.

- 11.1. A **INSTALAÇÃO** do equipamento para o usuário ingressante deverá ser realizada em até 05 (CINCO) dias, excluindo domingos e feriados contados a partir do recebimento da documentação devidamente autorizada e encaminhada pela **CONTRATANTE**, portanto as implantações podem ser realizadas de segunda à sábado;
- 11.2. A execução dos serviços será iniciada logo depois de solicitada pela contratante, na forma que segue:
1. Instalar os equipamentos nos domicílios dos usuários , através de técnicos capacitados, que darão noções de uso, cuidado e autocuidado ao usuário, cuidador, familiar e/ou responsável.
 2. Apresentar relatório escrito da instalação / treinamento, estes relatórios deverão ser obrigatoriamente visados (assinados) pelo usuário, cuidador, familiar e/ou responsável.

12. REGRAS PARA ENTREGA E RECEBIMENTO DO EQUIPAMENTO

- 12.1. O prazo de entrega começa a vigorar após a confirmação da autorização da liberação do equipamento do **NÚCLEO AUTORIZADOR** das **Supervisões de Saúde Lapa- Pinheiros e Butantã**.
- 12.2. As entregas deverão ser realizadas, em até 5 dias e entre 8:00 e 21:00 horas; de segunda à sábado.
- 12.3. Estão autorizadas a receber o pedido: usuário, cuidador, familiar e/ou responsável.
- 12.4. A **CONTRATADA** se responsabilizará pela entrega dos produtos adquiridos ao usuário, cuidador, familiar e/ou responsável, assim como

apresentar um Termo de Responsabilidade do equipamento (guarda e devolução) a ser assinado pelo usuário.

12.5. A **CONTRATADA** deverá identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, de forma a não serem confundidos com os equipamentos similares de propriedade da contratante e/ou do usuário cadastrado.

12.6. A **CONTRATADA** deverá apresentar ao usuário/cuidador/responsável um informe de orientação de uso, cuidado e autocuidado.

12.7. Em caso de ausência ou na impossibilidade da entrega o equipamento retornará ao Centro de Distribuição. A segunda tentativa de entrega deverá ocorrer no prazo de 24hs à 48h e se não houver êxito a empresa notificará na sequência, o **Núcleo Autorizador**.

12.8. A entrega poderá sofrer atrasos por causas alheias a vontade da empresa, tais como condições climáticas, greves, falhas operacionais dos correios e transportadora, entre outros. Algumas exceções podem interferir no prazo previsto de entrega, dentre elas: - Motivos de força maior (acidentes da natureza, incêndios etc.); - Retenção da remessa por fiscalização do fisco estadual; - Retenção da remessa por autoridades judiciais; - Endereço ou dados incompletos do cliente (destinatário); - Dificuldade no acesso à localidade; - Dificuldade de acesso ao endereço indicado (inclui área de risco).

13. FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS: MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA.

13.1. A **CONTRATADA** terá a responsabilidade de oferecer equipamentos de reposição, sem nenhum custo adicional para a **CONTRATANTE**, caso o que estiver à disposição do usuário apresente defeito, devendo a troca ser realizada em no máximo 48 h da solicitação. O atendimento técnico deverá ser permanente através de um telefone 0800, 24 horas/dia, todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados por profissionais técnicos habilitados.

- 13.2. A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA dos equipamentos locados é de total responsabilidade da **CONTRATADA**, cabendo-lhe manter os mesmos em perfeitas condições de uso, tomando, de imediato, as providências necessárias à correção de eventuais problemas que impeçam o seu adequado funcionamento.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA

- 13.3. Os serviços de manutenção preventiva nos equipamentos locados deverão contemplar a execução de rotinas de testes para verificação, diagnóstico e reconfiguração das facilidades existentes no sistema, devem ser efetuados, por técnicos especializados, ou de acordo com os prazos definido pelo fabricante.
- 13.4. A **CONTRATADA** deverá emitir um relatório dos serviços executados a cada visita, abrangendo os seguintes pontos:
1. Inspeção completa e testes de funcionamento;
 2. Ajuste e calibração de acordo com as normas técnicas de fabricação e do usuário;
 3. Limpeza e lubrificação dos componentes que interferem diretamente no funcionamento do equipamento;
 4. Substituição de peças, acessórios ou componentes, gastos pelo uso ou defeituosos, e que impeçam o bom funcionamento do equipamento sem ônus para a **CONTRATANTE**.
 5. A troca dos acessórios tais como: traqueia e mascaras, deverão ocorrer a cada 6 meses e o filtro de ar deve ser trocado a cada 3 meses, para todos os usuários sem ônus adicional à municipalidade e/ou usuário.
- 13.5. As trocas dos acessórios do CPAP devem ser programadas conforme item 5 acima descrito ou em intervalos de tempo menores, em caso de mau funcionamento ou avaria do componente.
- 13.6. **Calibração e Certificação:** Em complementação a prestação de serviço técnico de manutenção preventiva nos equipamentos locados, deverá ser implantado controle dos riscos provenientes da utilização dos equipamentos

com vistas à minimizar a possibilidade de falhas de desempenho, devendo para isso, estabelecer um programa de calibrações e verificações de parâmetros funcionais com base nas normas específicas de gerência de risco e segurança de Equipamentos Eletromédicos, neste caso específico: NBR-IEC-60601-2-12

>Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de equipamentos para ventilação pulmonar em utilização médica.

MANUTENÇÃO CORRETIVA

- 13.7. A manutenção corretiva nos equipamentos locados tem por finalidade corrigir falhas e defeitos no funcionamento e partes do equipamento, não tendo periodicidade definida.
- 13.8. Atender ao chamado no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, o qual será solicitado por telefone (central de atendimento) ou por escrito (e-mail) com fornecimento de número de Protocolo para acompanhamento.
- 13.9. Diagnosticar e substituir, quando necessário, qualquer peça, acessório ou componente eletrônico ou mecânico que apresentar defeito, sem ônus adicional para a **CONTRATANTE**;
- 13.10. Realizar a substituição definitiva do equipamento por outro com as mesmas características, quando este apresentar defeitos recorrentes ou irreparáveis, sem ônus adicional para a **CONTRATANTE** no prazo de até 48 horas após o diagnóstico técnico da **CONTRATADA** com concordância da **CONTRATANTE**;
- 13.11. Imediatamente após a execução dos serviços, a **CONTRATADA** deverá apresentar a **CONTRATANTE** um relatório de serviços no qual constarão as ocorrências, os serviços executados, inclusive decorrentes de peças, acessórios ou componentes substituídos, que será assinado pelo técnico da **CONTRATADA** e enviado para o **Núcleo Autorizador**, poderá ser enviado por e-mail.

14. FISCALIZAÇÃO – CONTROLE DOS SERVIÇOS

- 14.1. A Empresa deve informar o Núcleo Autorizador de cada supervisão a data da entrega do equipamento e a Unidade Básica de Saúde deve enviar

mensalmente o ateste de avaliação de serviço.

- 14.2. Até o 5º dia útil de cada mês, a Supervisão deve enviar para a **CRS-Oeste - DAF** o ateste de avaliação de serviço de todos os usuários em uso do equipamento da sua região.
- 14.3. Caso a empresa não cumpra o prazo de 48 horas para atender a solicitação de manutenção corretiva, a Supervisão deve ser comunicada para adotar providências junto à empresa.
- 14.4. Se o atendimento não ocorrer, mesmo após providências da Supervisão de Saúde junto a empresa, a Unidade de Saúde informará que os serviços prestados não foram realizados de acordo com as cláusulas contratuais e enviará a Supervisão de Saúde, através de memorando assinado pelo gerente da unidade.
- 14.5. Cabe ao **CONTRATADO** comparecer, sempre que convocado, no prazo de 48h (quarenta e oito horas), para tratar de assuntos relativos à execução do objeto deste Termo de Referência.
- 14.6. A Portaria Nº 002/ CRS-O/2024 norteará o Acompanhamento , fiscalização e controle dos serviços prestados.

15. AS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- 15.1. Fornecer à **CONTRATADA** qualquer tipo de informação interna essencial à realização dos serviços contratados.
- 15.2. Verificar a adequação da prestação do serviço que deverá ser realizado com base nos critérios previstos neste **Termo de Referência**.
- 15.3. Acompanhar e controlar as informações fornecidas pela **CONTRATADA** através do relatório apresentado mensalmente com os dados de identificação do usuário (nome, endereço, telefone); diagnóstico do usuário; especialidade do médico solicitante e nome da unidade da origem da solicitação do equipamento.

16. AS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 16.1. Compete a **CONTRATADA** implantar de forma adequada a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços de forma a obter uma operação correta e eficaz, realizando os serviços de forma meticulosa e constante;
- 16.2. Compete a **CONTRATADA** assumir a responsabilidade técnica pela execução dos serviços, observando sempre critérios de eficiência, eficácia e efetividade, de acordo com as determinações deste **Termo de Referência e Termo de Contrato**;
- 16.3. A **CONTRATADA** deverá realizar treinamentos/capacitação com os fisioterapeutas e outros profissionais das unidades de saúde que acompanham os usuários cadastrados sem ônus para a **CONTRATANTE**.
- 16.4. Manter durante toda a execução do contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, em compatibilidade com as obrigações assumidas;
- 16.5. Cumprir, obrigatoriamente, as normas legais vigentes de segurança e medicina do trabalho
- 16.6. Garantir que todos os insumos necessários à prestação de serviço disponibilizado pela **CONTRATADA** atendam a normatização da **ANVISA** e **ABNT**;
- 16.7. No caso do profissional fisioterapeuta RT, a empresa que ganhar o certame deverá ainda apresentar **Declaração de Regularidade do registro no CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional)** do profissional e Comprovação do Vínculo do mesmo com a empresa.
- 16.8. A **CONTRATADA** manterá seus funcionários devidamente uniformizados, com crachás de identificação autenticado e com Equipamento de Proteção Individual – EPIs;
- 16.9. Todas as despesas com os profissionais executores dos serviços contratados ficarão sob exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**, assim como os danos ou prejuízos impostos a **CONTRATANTE** e/ou a terceiros, resultante de atos ou demissões dos seus empregados quando no desempenho das atividades ora **CONTRATADA**;
- 16.10. Os atendimentos de **ROTINA** devem ser realizados das 08 às 21 horas de segunda a sexta feira;

- 16.11. Na URGÊNCIA, os atendimentos poderão ser realizados em qualquer dia ou horário, desde que devidamente justificados com a apresentação do relatório de chamadas, onde se confirma a solicitação do usuário;
- 16.12. Apresentar **CONFORME PERIODICIDADE** determinada em contrato, à **CONTRATANTE** os documentos, relatórios e demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato, obedecendo às diretrizes da **CONTRATANTE**;
- 16.13. A **CONTRATADA** prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela **CONTRATANTE**, cujas reclamações obriga-se a atender prontamente;

17. DISPOSIÇÕES GERAIS

Trata-se este de um **CONTRATO DE FORNECIMENTO** onde o **CONTRATANTE** deve assegurar o pagamento do preço devido ao prestador do serviço nas condições estabelecidas contratualmente, bem como de fornecer todas as informações e subsídios necessários para nortear a prestação. Ao **CONTRATADO** compete prestar o serviço nas condições estabelecidas, adotar canais de comunicação com o cliente, mantendo-o informado sobre o andamento do trabalho, comunicar qualquer situação que o impossibilite de fornecer o objeto do contrato.

ANEXOS:

1.

12. Adendo: Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas = CPAP

12.1 Critérios do Programa de ODP para dispensar CPAP para doentes com a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS):

I. Presença da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) grave (**Índice de apneia-hipopneia-IAH >30/h no exame de polissonografia noturna ou Índice de dessaturação de oxigênio-IDO > 30**) associada à pneumopatia hipoxêmica;

II. Presença de AOS grave sem pneumopatia associada, diagnosticada por polissonografia noturna (índice de apneia-hipopneia-IAH >30/h), com ou sem doença cardiovascular, e/ou com hipoxemia diurna, e/ou com sinais clínicos de cor pulmonale e/ou policitemia ($Htc \geq 55\%$);

III. A titulação da pressão ideal do CPAP que corrige as apneias deverá ser indicada pela Polissonografia, caso o equipamento de CPAP não seja automatizado;

IV. Os usuários com critérios de indicação de CPAP conforme itens I e/ou II deverão encaminhar para a UBS de referência o relatório do Otorrinolaringologista, Pneumologista, Neurologista ou Cardiologista constando indicação do CPAP juntamente com o resultado da Polissonografia;

V. O Relatório do especialista deverá constar a indicação do CPAP conforme critérios lis usuário deverá apresentar os documentos listados no Anexo 1

VII. O Exame de Polissonografia Noturna será válido por 12 meses a partir da data de realização.

VIII. A UBS de referência encaminhará toda a documentação citada nos itens V, VI e VII para o Núcleo autorizador conforme descrito no Fluxograma I- solicitação de CPAP;

IX. Nos contratos novos de locação de CPAP deverão constar o Telemonitoramento, realização de capacitação e matriciamento dos fisioterapeutas das equipes da APS pelos fisioterapeutas das empresas de locação de CPAP.

X. Todas as empresas contratadas para fornecimento de CPAP deverão fornecer relatórios mensais com os registros diários do IDO (Índice de Dessaturação de Oxigênio) do usuário que permitam a avaliação do uso diário do CPAP;

XI. A renovação do uso do equipamento será anual e dependente dos relatórios mensais fornecidos pelas empresas contratadas com os IDO. Caso o usuário apresente algum critério de exclusão (Ítem XIV) deverá realizar a devolução do aparelho;

XII. O relatório mensal emitido pela empresa contratada com os IDOs deverá ser avaliado mensalmente pelo Fiscal do contrato. Questões administrativas deverão ser encaminhadas para o Núcleo Autorizador. Questões Técnicas deverão ser encaminhadas para a Supervisão Técnica de Saúde (STS);

XIII. O usuário cadastrado no Programa de ODP e em uso de CPAP que deixar de usar ODP **deverá migrar para o contrato de CPAP exclusivo**;

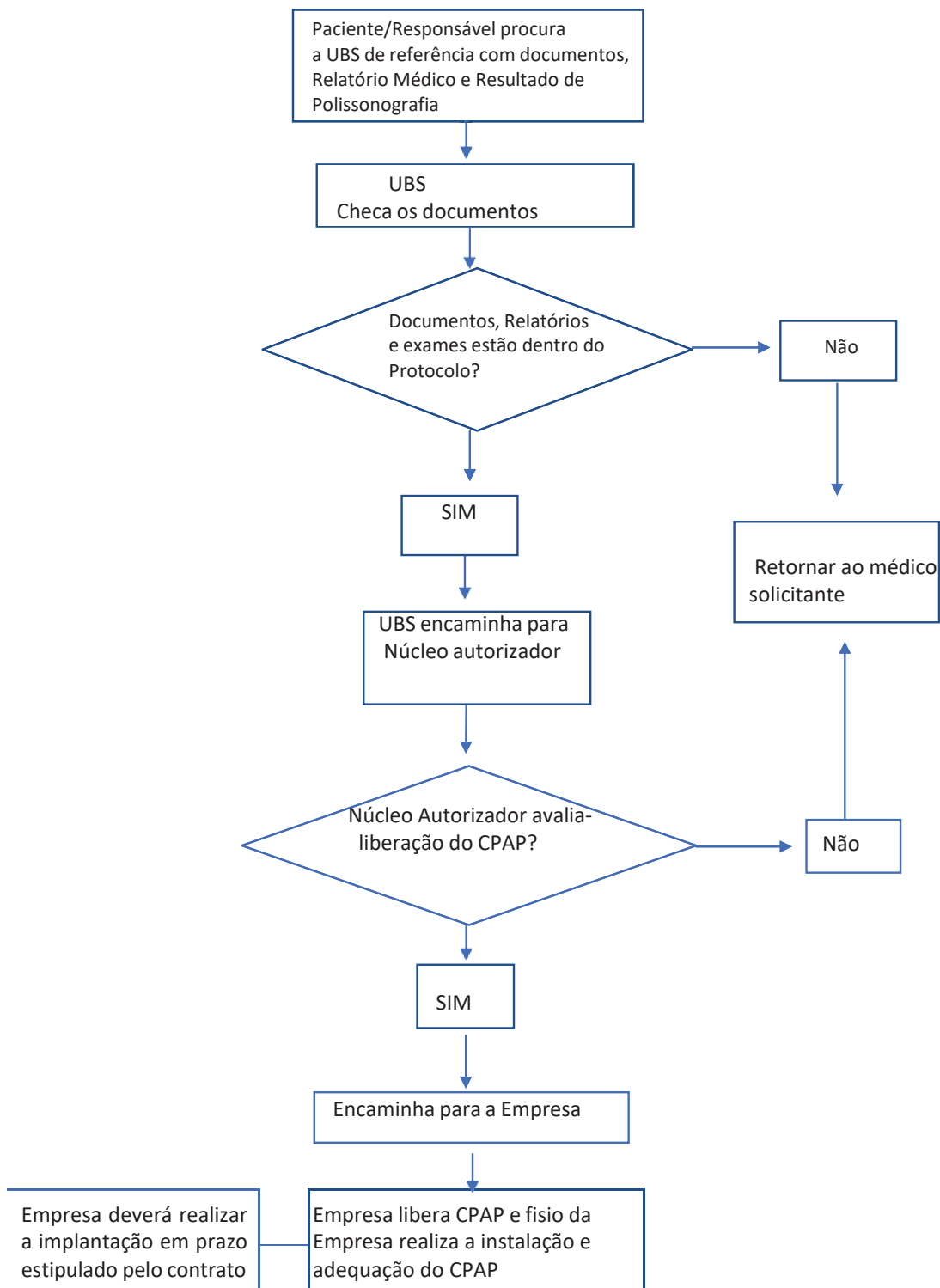
XIV. Critérios de Exclusão da dispensação de CPAP e devolução do aparelho:

- Melhora da AOS: Polissonografia noturna mostrando redução do IAH ou IDO (Índice de Dessaturação de Oxigênio) sem CPAP < 15;
- Suspensão do CPAP pelo médico assistente mediante relatório;
- De acordo com o consenso da SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) é considerada uma adesão adequada o uso de CPAP/APAP por pelo menos 4h/noite por pelo menos 70% das noites. Existe uma relação dose-resposta entre o uso de CPAP e diversos desfechos clínicos com maior benefício para aqueles que usam CPAP por um maior número de h/noite. A não adesão adequada (uso do CPAP menor que 70% das noites e/ou menor que 4h/noite) comprovado por relatório da monitorização da empresa contratada será considerado critério de exclusão e devolução do aparelho.
- Óbito

- Mudança de endereço para outra Coordenadoria/Município/Estado;
- O não atendimento da visita domiciliar realizada pela Unidade Básica de Saúde ou pela empresa fornecedora de CPAP;
- A não apresentação de documentos médicos quando solicitados pelo Núcleo autorizador SMS SP ;
- O não comparecimento às consultas médicas agendadas, referentes ao programa de CPAP, na rede municipal;
- O descumprimento ou inobservância dos compromissos acima estipulados;
- O não acolhimento das orientações para uso correto do CPAP; incluindo a não utilização do equipamento;
- Em caso de internação/ausência o usuário será considerado ativo por um período de 30 dias, e após esse intervalo de tempo deverá ser excluído do Programa de CPAP.
- Ausência de critérios de indicação para CPAP segundo as Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano Atualização 2023 após análise do Serviço de Referência (Núcleo autorizador).

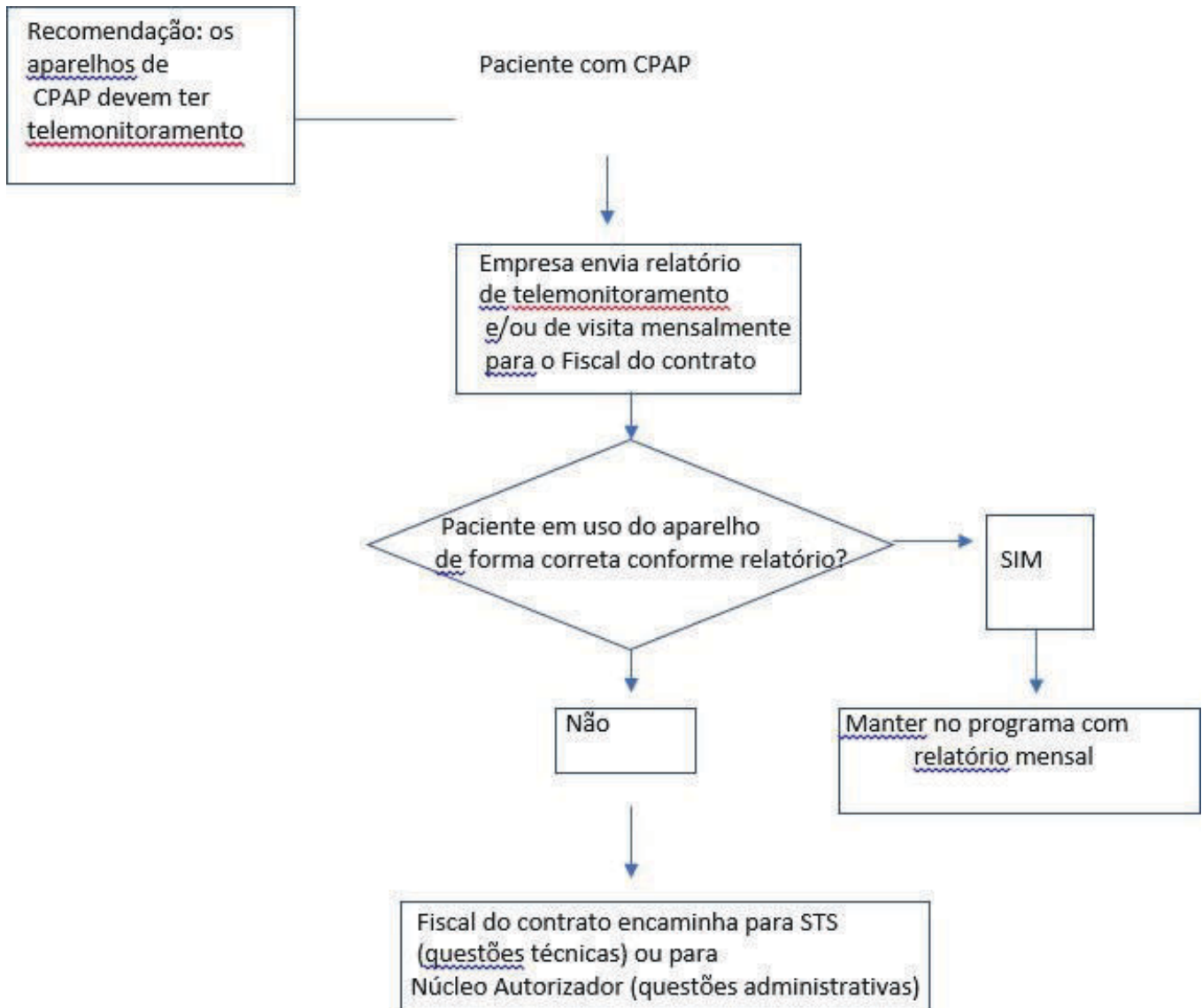
2.

FLUXOGRAMA 1 – SOLICITAÇÃO DE CPAP



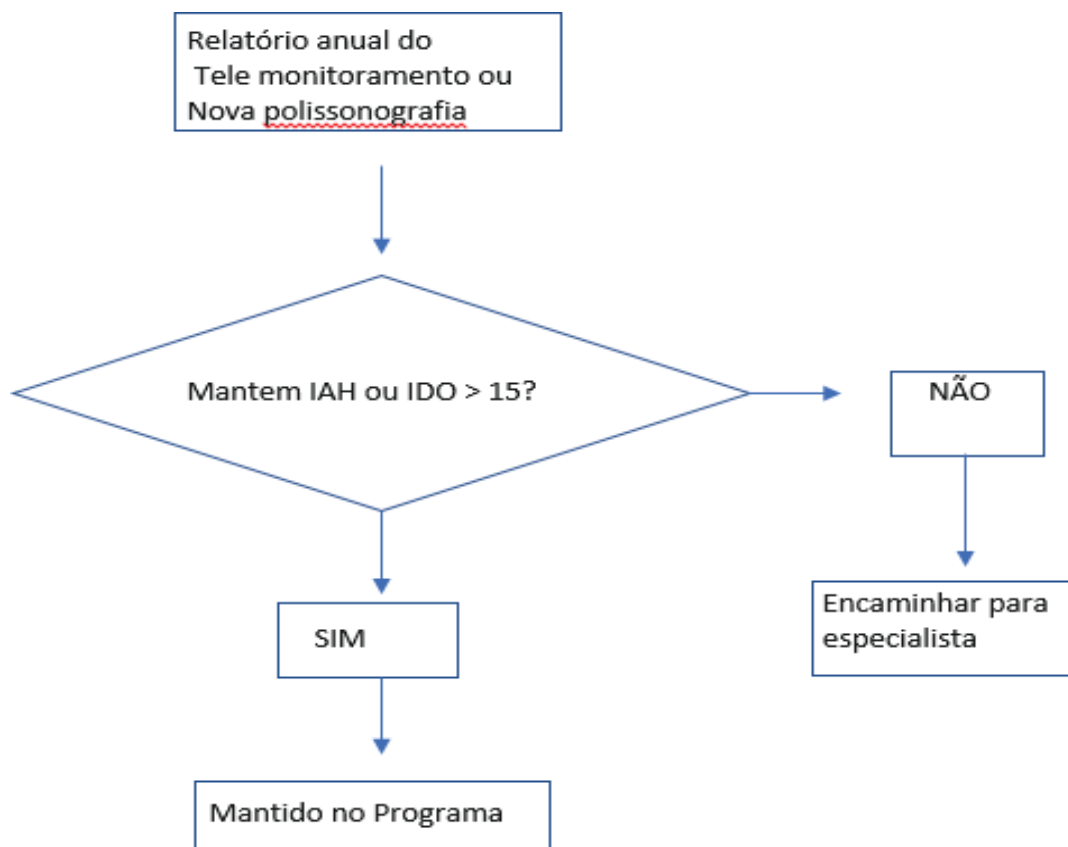
3.

FLUXOGRAMA 2 – ACOMPANHAMENTO DO CPAP



4.

FLUXOGRAMA 3 RENOVAÇÃO ANUAL



5.

ANEXO I- DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE CPAP

- Relatório médico (com CID) do usuário com indicação do CPAP;
- Cópia documentos do usuário (RG, Cartão SUS, CPF);
- Cópia comprovante de endereço ATUALIZADO;
- Cópia documentos do responsável (RG, Cartão SUS, CPF)
- Polissonografia atualizada (1 ano)
- Folha de ROSTO preenchida em letra legível;

6.

Termo de compromisso e adesão CPAP



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



TERMO DE COMPROMISSO E ADESÃO AO "PROGRAMA DE CPAP"

Coordenação Regional de Saúde: _____
Supervisão Técnica de Saúde: _____
Unidade Básica de Saúde: _____

O usuário ou familiar declara estar ciente de que a inscrição no 'Programa de CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)' de Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS SP está condicionada à avaliação da prescrição médica por equipes autorizadas, que seguirão as recomendações das "Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano atualização 2023". Está igualmente ciente de que deve apresentar ao médico responsável pela prescrição as orientações necessárias quanto à solicitação de CPAP junto à SMS SP (Relatório do médico solicitante, formulário para solicitação/renovação de CPAP, exame de Polissonografia para inclusão no programa) recebidas na UBS.

Declaro _____ que _____ o
usuário _____, CPF _____
RG _____, residente _____ à

representado por _____, RG _____, após a devida análise clínica, autorização e inscrição no "Programa de CPAP" da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo está ciente das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário do Programa, e neste sentido COMPROMETE-SE a respeitar as seguintes condições:

1. Autorizar as visitas domiciliares dos profissionais da Unidade Básica de Saúde de referência e dos funcionários da empresa de CPAP contratada, no endereço do beneficiário do Programa;
2. Apresentar, sempre que solicitados pela Unidade Básica de Saúde, os relatórios médicos, exames e/ou outros documentos necessários para admissão/Renovação, acompanhamento ou programação de ações de saúde do beneficiário;
3. Atender as orientações e recomendações da equipe da Unidade Básica de Saúde e da empresa contratada para prestação de serviço quanto ao uso adequado do CPAP;
4. Informar a Unidade Básica de Saúde de referência sobre problemas no atendimento prestado pela contratada;
5. Informar a Unidade Básica de Saúde de referência, com antecedência de no mínimo 04 dias e no máximo de 10 dias, a mudança de endereço residencial dentro do Município de São Paulo, de modo a não causar interrupção do uso do CPAP, pois a mudança de local de residência poderá implicar em troca de aparelho por mudança na empresa fornecedora;
6. Quando a mudança for para outro município ou estado, o usuário/familiar deve entrar em contato com a secretaria municipal ou estadual de saúde do novo endereço de residência, através de sua rede de atendimento para solicitar a inclusão em um programa local de fornecimento de CPAP, pois este Programa de CPAP atende apenas residentes do município de São Paulo;
7. Informar a Unidade Básica de Saúde de referência, no prazo máximo de 72 horas, a internação hospitalar ou o óbito do beneficiário do Programa de CPAP;
8. De acordo com o Termo de Responsabilidade assinado com a empresa o usuário deverá:
 - 8.1 Guardar e conservar os equipamentos fornecidos pela empresa contratada, devendo ser prontamente devolvidos a esta, quando do encerramento do tratamento, sob pena de responsabilidade criminal;
 - 8.2 Providenciar Boletim de Ocorrência em caso de perda, furto ou roubo de equipamento disponibilizado, ou de parte dele.

Compromissos do usuário /familiar mediante a prestação:

() Estou ciente de que cessado o tratamento a mim conferido (uso de CPAP) e após exclusão, alta do Programa de CPAP, ou transferência de endereço para outra Coordenadoria Regional de Saúde sou OBRIGADO a DEVOLVER todos os equipamentos e Acessórios por mim utilizados, DEVENDO permitir que a empresa retire de meu domicílio todos os equipamentos e acessórios referentes ao CPAP caso o tratamento seja suspenso pelo médico responsável, ou em caso de desligamento administrativo por descumprimento dos compromissos assumidos na inclusão no Programa de CPAP, sob pena de ação judicial.

- () Estou ciente de que deverei comparecer às consultas eventualmente agendadas pela Unidade Básica de Saúde com os médicos da rede municipal, independentemente de estar sendo acompanhado na rede municipal, estadual, universitária, da saúde suplementar ou particularmente.
- () Estou ciente de que serão realizadas visitas domiciliares mensais, em dias e horários diferentes, por parte da Unidade Básica de Saúde e/ou da empresa fornecedora do CPAP para reavaliação do meu caso;
- () Estou ciente de que as condições apresentadas neste Termo têm o objetivo de garantir que o tratamento com o uso do CPAP possa ser realizado com segurança para mim e meus familiares;
- () Estou ciente de que minha necessidade de uso de CPAP pode sofrer modificações de acordo com a prescrição médica e relatórios do telemonitoramento, incluindo a possibilidade de suspensão do tratamento, quando não mais houver critérios de indicação de CPAP conforme as Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano atualização 2023.
- () A não comunicação de mudança de endereço de domicílio previamente poderá implicar em exclusão do Programa;
- () Estou ciente de que a não concordância com a assinatura deste Termo de Compromisso e Adesão poderá acarretar na não autorização da instalação dos equipamentos de CPAP.
- () Estou ciente de que são critérios de exclusão do Programa de CPAP:
1. A mudança de endereço para outro Coordenadoria / Município / Estado;
 2. O não atendimento da visita domiciliar por parte da Unidade Básica de Saúde ou da empresa fornecedora de CPAP;
 3. A não apresentação de documentos médicos quando solicitados pelo Núcleo autorizador SMS SP;
 4. O não comparecimento às consultas médicas agendadas, referentes ao programa de CPAP, na rede municipal;
 5. O não acolhimento das orientações para uso correto do CPAP (mediante relatório da empresa sobre a inobservância das orientações quanto ao uso correto do CPAP incluindo a não utilização do equipamento);
 6. Em caso de internação/ausência o usuário será considerado ativo por um período de 30 dias, e após esse intervalo de tempo deverá ser excluído do Programa de CPAP.
 7. Ausência de critérios de indicação para CPAP segundo as Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano Atualização 2023 após análise do Serviço de Referência (Núcleo autorizador).
 8. O descumprimento ou inobservância dos compromissos acima estipulados;

São Paulo, ___/___/___

Assinatura do (a) compromissário (a): _____

Local e data: _____

Assinatura do familiar/responsável: _____

Local e data: _____

Assinatura do servidor responsável pelas orientações: _____

Unidade Básica de saúde: _____ STS: _____

Observação: Nos casos de mudança de endereço para outra Coordenadoria Regional de Saúde no Município de São Paulo haverá a exclusão do cadastro na UBS de origem após o cadastro na UBS de destino na outra CRS.



Formulario de solicitação CPAP



1. IDENTIFICAÇÃO	
CRS/STS:	
UBS:	
NOME DO USUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:
CARTÃO SUS:	
Nº JDE NOS CASOS DE RENOVAÇÃO:	
ENDEREÇO PARA ENTREGA:	
BAIRRO:	CEP
TELEFONE 1:	TELEFONE 1:
NOME DO FAMILIAR/RESPONSÁVEL DO USUÁRIO:	
CPF:	
TELEFONE:	
2. NOME DO PROFISSIONAL DA UBS RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:	
3. CPAP PRESSÃO: _____ CM H ₂ O	
MODELO DO CIRCUITO: () ADULTO () INFANTIL	
MODELO DA MÁSCARA: () NASAL () ORONASAL () FACIAL	
TAMANHO DA MÁSCARA: () P () M () G	
NO BREAK () SIM	
PESO DO USUÁRIO KG: _____	
Caso o usuário necessite de algum outro acessório favor informar abaixo para verificação se o contrato contempla ou não.	
Outros: _____	

4. DADOS RELEVANTES PARA O AUTORIZADOR(CID E COMORBIDADES):	

5. USUÁRIO HOSPITALIZADO () SIM () NÃO	
NOME DO HOSPITAL:	

São Paulo, / /

8.

4. Formulário de exclusão CPAP

Prefeitura da Cidade de São Paulo



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde



SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE USUÁRIO DO PROGRAMA CPAP

1. IDENTIFICAÇÃO	
CRS/STS:	
UBS:	
NOME DO USUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:
CARTÃO SUS:	
Nº DE CADASTRO NOS CASOS DE RENOVAÇÃO:	
ENDEREÇO PARA ENTREGA:	
BAIRRO:	CEP
TELEFONE 1:	TELEFONE 1:
NOME DO FAMILIAR/RESPONSÁVEL DO USUÁRIO:	
CPF:	
TELEFONE 1:	TELEFONE 2:

6. NOME DO PROFISSIONAL DA UBS RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: TELEFONE DE CONTATO DA UBS:

7. MOTIVO DA EXCLUSÃO(CONFORME ÍTEM XII DO ADENDO SOBRE CPAP – DIRETRIZES PULMÃO PAULISTANO E ODP: ☐ Melhora da AOS ☐ Suspensão do CPAP pelo médico assistente ☐ Adesão inadequada ao uso conforme consenso da SBPT ☐ Óbito

São Paulo, / /

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO