

ANEXO I
TERMO DE COMPROMISSO DE COFINANCIAMENTO DO PROCEDIMENTO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (HEMODIÁLISE) E CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Pelo presente Termo de Compromisso, de um lado a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com endereço na Rua México 128 - 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, inscrita no CNPJ nº 42.498.717/0001-55, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Edmar Santos e do outro lado o Município _____, representado pelo Sr(a) _____, CPF nº _____, Secretário Municipal de Saúde, e o estabelecimento de Serviços de Diálise, neste ato qualificado como prestador do serviço, _____, com endereço na _____, CEP _____, inscrito no CNPJ nº _____, CNES nº _____ neste ato representado pelo(a) Sr(a) _____, CPF nº _____ na condição de _____ com legítimos poderes de representação resolvem, nos termos da Resolução SES Nº XXX, celebrar o presente Termo nas seguintes condições:

- O pagamento dos recursos oriundos do presente cofinanciamento será realizado após avaliação do alcance de metas do município aderente.
 - O repasse ocorrerá mediante transferência do Fundo Estadual de Saúde - FES ao Fundo Municipal de Saúde - FMS, na conta corrente do Banco Bradesco, informada neste ato.
 - A Unidade de Diálise declara, neste ato, que cumprirá todas as exigências dispostas no inciso III, do art. 7º, da Resolução que instituiu o cofinanciamento de terapia renal substitutiva (hemodiálise) e confecção de fístula arteriovenosa (fav) no estado do Rio de Janeiro.
 - A Secretaria Municipal de Saúde está ciente de que o não atendimento das obrigações implicará no cancelamento da adesão, bem como em outras penalidades previstas na legislação vigente.
- E, por estarem de acordo com o presente termo e condições nele estabelecidas, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, a fim de gerar efeitos jurídicos e legais.
Rio de Janeiro - RJ, ____ de _____ de 2019.

DIRETOR TÉCNICO/ADMINISTRATIVO DO PRESTADOR DO SERVIÇO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO II
DOCUMENTOS PARA ADESÃO E PAGAMENTO MENSAL

- DOCUMENTOS PARA ADESÃO:**
- Termo de Compromisso original assinado pelo gestor municipal de saúde. Cada prestador deverá assinar 01 termo de compromisso juntamente com o gestor municipal. Por exemplo, SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE com 03 prestadores de TRS aptos a aderir ao Termo de Compromisso, a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE deverá assinar 01 Termo por prestador.
 - Cópia dos contratos entre o prestador de TRS e a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE aderente.
 - Cópias das comprovações dos pagamentos a favor do prestador referentes às três últimas competências.
 - Ofício informando o número da conta corrente e agência bancária, do Banco Bradesco, vinculado ao CNPJ do Fundo Municipal de Saúde.

- DOCUMENTOS PARA PAGAMENTO:**
- Cópia da comprovação do último pagamento a favor do prestador.
 - Caso haja recusa do paciente para preencher a vaga oferecida pelo Sistema TRS, o prestador deverá apresentar, mensalmente, o termo de recusa assinado pelo paciente.
 - Lista de pacientes, com respectivos CNS e data de realização das FAV devidamente assinadas pelo responsável técnico pelo serviço e o print da tela do TRS com a autorização da FAV.
 - Formulários de encaminhamento ou recusa (nos casos de negativa do paciente), de inscrição na fila do transplante.
 - Bases de dados das APAC mensalmente, até o dia 20 do mês posterior a realização da hemodiálise enviado pelo MS-BBS (Ministério da Saúde – Bulletin Bord System).

ANEXO III
Fórmula de Cálculo dos Indicadores

INDICADOR	RESULTADO	FONTE	META
I - Percentual de ocupação das vagas definidas em contrato.	$\frac{\text{Nº de vagas ofertadas para o SUS}}{\text{Nº de vagas SUS cadastradas contratadas}} \times 100$	Sistema Estadual de Regulação TRS e Contrato com o Prestador	90%
II - Percentual de pacientes com confecção de fístula artério venosa realizadas em 60 dias.	$\frac{\text{Nº de pacientes autorizados no sistema TRS em 60 dias}}{\text{Nº de FAV realizadas em 60 dias}} \times 100$	APAC enviadas pelo Sistema MSbbs/Datasus e lista de pacientes que realizaram a FAV assinadas pelo médico responsável e Lista de pacientes com a data de autorização no sistema TRS, para realização da FAV	100%
III - Percentual de pacientes novos para o serviço de referência de transplante	$\frac{\text{Nº de pacientes novos encaminhados para o serviço de referência de transplante}}{\text{Nº de pacientes novos inscritos no mês corrente}} \times 100$	Relatório de envio do paciente para transplante e/ou recusa nos casos de negativa do paciente, digitalizados e por meio eletrônico via sistema MSbbs/Datasus, enviadas pela Secretaria Municipal de Saúde gestora do prestador. Espelho de sistema TRS com nº de pacientes agendado	100% dos pacientes novos inscritos no PET.

ANEXO IV
OS LIMITES MÁXIMOS DE REPASSE PARA AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E RESPECTIVOS PRESTADORES BENEFICIADOS

REGIÃO	Nº PACIENTES *	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO - NOME	VALOR TOTAL PARA HEMODIÁLISE MENSAL	VALOR TOTAL POR FAV MENSAL	VALOR TOTAL MENSAL	VALOR ANUAL
METROPOLITANA I	258	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA NEFROCLIN	R\$ 180.800,00	R\$ 7.740,00	R\$ 188.340,00	R\$ 2.260.080,00
	270	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA SÃO BENEDITO	R\$ 189.000,00	R\$ 8.100,00	R\$ 197.100,00	R\$ 2.365.200,00
	210	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA RENALCOR	R\$ 147.000,00	R\$ 6.300,00	R\$ 153.300,00	R\$ 1.839.600,00
	180	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA CDR BOTAFOGO	R\$ 126.000,00	R\$ 5.400,00	R\$ 131.400,00	R\$ 1.578.800,00
	138	RIO DE JANEIRO	PRONEPHRON	R\$ 96.800,00	R\$ 4.140,00	R\$ 100.740,00	R\$ 1.208.880,00
	210	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA UNIRIM	R\$ 147.000,00	R\$ 6.300,00	R\$ 153.300,00	R\$ 1.839.600,00
	300	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA CLINEF	R\$ 210.000,00	R\$ 9.000,00	R\$ 219.000,00	R\$ 2.628.000,00
	216	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA PRODOCTOR	R\$ 151.200,00	R\$ 6.480,00	R\$ 157.680,00	R\$ 1.892.160,00
	414	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA GAMEN	R\$ 289.800,00	R\$ 12.420,00	R\$ 302.220,00	R\$ 3.626.640,00
	84	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA CDR SEMIU	R\$ 58.800,00	R\$ 2.520,00	R\$ 61.320,00	R\$ 735.840,00
	222	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA RENAL VIDA	R\$ 155.400,00	R\$ 6.660,00	R\$ 162.060,00	R\$ 1.944.720,00
	180	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA CDR CASCADURA	R\$ 126.000,00	R\$ 5.400,00	R\$ 131.400,00	R\$ 1.578.800,00
	30	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA CDR TAQUARA	R\$ 21.000,00	R\$ 900,00	R\$ 21.900,00	R\$ 262.800,00
	210	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA CDR ANIL	R\$ 147.000,00	R\$ 6.300,00	R\$ 153.300,00	R\$ 1.839.600,00
	180	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA RENAL VIDA BARRA	R\$ 126.000,00	R\$ 5.400,00	R\$ 131.400,00	R\$ 1.578.800,00
	300	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA CIN	R\$ 210.000,00	R\$ 9.000,00	R\$ 219.000,00	R\$ 2.628.000,00
	210	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA RENALVIDA CAMPO GRANDE	R\$ 147.000,00	R\$ 6.300,00	R\$ 153.300,00	R\$ 1.839.600,00
	210	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA SANTEL CAMPO GRANDE	R\$ 147.000,00	R\$ 6.300,00	R\$ 153.300,00	R\$ 1.839.600,00
114	RIO DE JANEIRO	CLÍNICA SANTEL SANTA CRUZ	R\$ 79.800,00	R\$ 3.420,00	R\$ 83.220,00	R\$ 998.640,00	
METROPOLITANA I	480	BELFORD ROXO	INSTITUTO NEFROLÓGICO DE BELFORD ROXO	R\$ 336.000,00	R\$ 14.400,00	R\$ 350.400,00	R\$ 4.204.800,00
	222	BELFORD ROXO	CLÍNICA RENALFORD	R\$ 155.400,00	R\$ 6.660,00	R\$ 162.060,00	R\$ 1.944.720,00
	204	DUQUE DE CAXIAS	SOCIEDADE MÉDICA STA CECÍLIA (PRONTO CÁRDIO)	R\$ 142.800,00	R\$ 6.120,00	R\$ 148.920,00	R\$ 1.787.040,00
	162	DUQUE DE CAXIAS	CLÍNICA RENALDUC	R\$ 113.400,00	R\$ 4.860,00	R\$ 118.260,00	R\$ 1.419.120,00
	174	DUQUE DE CAXIAS	CLÍNICA SEGUMED	R\$ 121.800,00	R\$ 5.220,00	R\$ 127.020,00	R\$ 1.524.240,00
	222	JAPERI	CLÍNICA JAPERI CENTRO NEFROLÓGICO	R\$ 155.400,00	R\$ 6.660,00	R\$ 162.060,00	R\$ 1.944.720,00
	192	MAGÉ	CLÍNICA CENEFRO	R\$ 134.400,00	R\$ 5.760,00	R\$ 140.160,00	R\$ 1.681.920,00
	156	NILÓPOLIS	CLÍNICA HEMODINIL	R\$ 109.200,00	R\$ 4.680,00	R\$ 113.880,00	R\$ 1.366.560,00
	132	NOVA IGUAÇU	CLÍNICA CDR NOVA IGUAÇU	R\$ 92.400,00	R\$ 3.960,00	R\$ 96.360,00	R\$ 1.156.320,00
	204	NOVA IGUAÇU	CLÍNICA RENALCOR	R\$ 142.800,00	R\$ 6.120,00	R\$ 148.920,00	R\$ 1.787.040,00
204	QUEIMADOS	INSTITUTO NEFROLÓGICO DE QUEIMADOS	R\$ 142.800,00	R\$ 6.120,00	R\$ 148.920,00	R\$ 1.787.040,00	