

**MINUTA DE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023**

O ESTADO DE SÃO PAULO, por intermédio da SECRETARIA DA SAÚDE, torna público o presente **Edital de Chamamento Público**, para seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, previamente qualificada como **Organização Social – OS** no âmbito do Estado de São Paulo interessada na celebração de Convênio visando ao **Gerenciamento de 20 (vinte) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto**, no âmbito do **Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osíris Florindo Coelho**, conforme dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis federais nºs 8.080/90, 8.142/90 e 8.666/93, o Decreto estadual nº 66.173/2021, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, nos termos e condições estabelecidos no presente instrumento.

Oportuno mencionar que a sessão pública de abertura dos envelopes dar-se-á no dia **24/11/2023** às **09h00** hs, no **Auditório do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osíris Florindo Coelho, localizado na Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Correa - Ferraz**

**Visita técnica:** Agendamento prévio através do telefone: **(11) 4674-8438**.

**Período para realização:** **13 /11 /2023**a **23/11/2023** no horário das **09:00 às 16:00hs**.

## **1. OBJETO:**

**1.1.** O presente Chamamento Público tem por objeto a seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, previamente qualificada como Organização Social – OS, para celebração de Convênio, visando ao **Gerenciamento de 20 (vinte) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto**, no âmbito do **Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osíris Florindo Coelho**, de acordo com Termo de Referência - **ANEXO I-A**, cláusulas e condições do presente edital.

## **2. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:**

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos “Dr. Osíris Florindo Coelho”**

Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com)

**2.1.** Em consonância com os Princípios da Publicidade e da Isonomia, poderão participar deste Chamamento Público todas as entidades privadas, sem fins lucrativos e qualificadas como Organização Social de Saúde nos termos da Lei Complementar nº 846/1998, interessadas no certame, que em seu Estatuto tenham previstos objetivos na área da saúde e que satisfaçam plenamente todos os termos e condições deste Edital.

**2.2. Vedações.** Não será admitida a participação, neste Chamamento Público, de entidades privadas, sem fins lucrativos, qualificadas como OS:

**2.2.1.** Que estejam com o direito de licitar e contratar temporariamente suspenso, ou que tenham sido impedidas de licitar e contratar com a Administração Pública estadual, direta e indireta, com base no artigo 87, inciso III, da Lei Federal nº 8.666/1993;

**2.2.2.** Que tenham sido declaradas inidôneas pela Administração Pública federal, estadual ou municipal, nos termos do artigo 87, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/1993;

**2.2.3.** Que tenham sido proibidas de contratar com o Poder Público em razão de condenação por ato de improbidade administrativa, nos termos do artigo 1º, parágrafos 6º e 7º, e artigo 12, ambos da Lei Federal nº 8.429/1992<sup>1</sup>;

**2.2.4.** Que tenham sido declaradas inidôneas para contratar com a Administração Pública pelo Plenário do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, nos termos do artigo 108 da Lei Complementar Estadual nº 709/1993<sup>2</sup>;

**2.2.5.** Que estejam proibidas de participar de licitação ou de celebrar contratação em decorrência do efeito de sanção registrada no Cadastro Nacional de Empresas Punidas - CNEP (artigo 22 da Lei Federal nº 12.846/2013), ou no Cadastro Estadual de Empresas Punidas – CEEP (artigo 37 do Decreto Estadual nº 67.301/2022);

**2.2.6.** Que possuam vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista com a autoridade competente, com a Comissão de Julgamento, o subscritor do edital ou algum dos membros da respectiva equipe de apoio, nos termos do artigo 9º da Lei Federal nº 8.666/1993.

**2.3.** A Entidade interessada deverá examinar todas as disposições deste Edital e seus Anexos, implicando a apresentação de documentação e respectivas propostas na aceitação incondicional dos termos deste instrumento convocatório.

### **3. – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

**3.1.** Os documentos de HABILITAÇÃO, PLANO DE TRABALHO, COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA e PROPOSTA FINANCEIRA - exigidos no presente Chamamento Público - deverão ser apresentados em 02 (dois) envelopes fechados, indevassáveis, distintos e identificados.

**3.2.** Cada um dos ENVELOPES deverá ser identificado conforme modelo de etiquetas contidas no item **4.1 deste edital**, e todos devem ser entregues fechados, até meia hora antes da sessão pública a ser realizada na data indicada no preâmbulo deste Edital e no aviso publicado no Diário Oficial.

**3.3.** Os documentos contidos nos Envelopes I e II poderão ser apresentados em cópia simples.

**3.4.** Os Envelopes I e II deverão ser apresentados separadamente, com todas as folhas rubricadas, inclusive as folhas de separação, com fotos, desenhos ou similares, se houver.

**3.5.** Havendo divergência entre os valores numéricos e aqueles apresentados por extenso nos documentos da proposta apresentada pela Instituição, prevalecerão os últimos.

**3.6.** Não se admitirá a inclusão de documentos ou informação que deveria constar originariamente nos envelopes I e II, exceto se em atendimento às diligências da COMISSÃO DE SELEÇÃO, nos termos do parágrafo 3º do artigo 43 da Lei Federal nº 8.666/93.

**3.7.** Somente serão considerados os PLANOS DE TRABALHO e PROPOSTA FINANCEIRA que abranjam a totalidade do objeto, nos exatos termos deste Edital e respectivos Anexos.

### **4. DO LOCAL E PRAZO DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS:**

**4.1.** Os interessados em participar deste Chamamento Público, deverão entregar a documentação exigida no **SETOR DE PROTOCOLO do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho, na Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Correa**

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos "Dr. Osiris Florindo Coelho"**

Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com) |

- Ferraz, até meia hora antes do início da sessão pública, em envelopes lacrados, devidamente identificados conforme indicado abaixo:

**ENVELOPE I – PLANO DE TRABALHO, COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA e PROPOSTA FINANCEIRA**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho, na Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Correa - Ferraz**

**PROCESSO: 024.00094559/2023-18**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023**

**(Razão Social e endereço da entidade)**

**ENVELOPE II– DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho, na Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Correa - Ferraz**

**PROCESSO: 024.00094559/2023-18**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023**

**(Razão Social e endereço da entidade)**

## **5. DOS DOCUMENTOS DOS ENVELOPES I E II**

### **5.1. DOCUMENTOS DO ENVELOPE I:**

**5.1.1.** No envelope nº I deverão constar o PLANO DE TRABALHO, a COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA e a PROPOSTA FINANCEIRA, bem como os demais documentos hábeis que possibilitem a pontuação, em estrita observância às regras e critérios estabelecidos neste Edital e seus Anexos.

### **5.1.2 – DO PLANO DE TRABALHO**

**5.1.2.1.** O Plano de Trabalho deverá ser elaborado, conforme modelo constante do **ANEXO IX**, bem como estar de acordo com o conteúdo do Termo de Referência do **ANEXO I-A** deste edital, discriminando:

- a) as atividades assistenciais e os serviços de saúde;
- b) os indicadores a serem observados e metas a serem alcançadas;

**5.1.2.2.** O Plano de Trabalho da Instituição deverá ser apresentado em uma única via impressa, ter todas as suas folhas rubricadas e, ao final, ser datado e assinado por quem detenha poderes de representação da Entidade, na forma de seus atos constitutivos, devidamente identificado. Deve ser redigido em língua portuguesa (salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente), com clareza, **limitado em 30 folhas**, sem encadernação.

### **5.1.3. – COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA**

**5.1.3.1.** A proponente deverá apresentar atestado(s) de bom desempenho anterior em convênio ou contrato da mesma natureza e porte, fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que especifique(m) em seu objeto necessariamente os tipos de serviços realizados, com indicações das quantidades e prazo de duração, datas de início e término e local da prestação dos serviços;

**5.1.3.2.** Entende-se por mesma natureza e porte, atestado(s) de serviços similares ao objeto deste Chamamento que demonstre(m) que a Instituição prestou serviços correspondentes a 50% (cinquenta) por cento do objeto deste Chamamento.

**5.1.3.3.** A comprovação a que se refere o item 5.1.3.2. poderá ser efetuada pelo somatório das quantidades realizadas em tantos convênios ou contratos quanto dispuser a Instituição;

**5.1.3.4.** O(s) atestado(s) deverá(ão) conter a identificação da pessoa jurídica emitente e a identificação do signatário. Caso não conste do(s) atestado(s) telefone para contato, a proponente deverá apresentar também documento que informe telefone ou qualquer outro meio de contato com o emitente do(s) atestado(s).

**5.1.3.5.** A qualificação da equipe técnica se dará através da apresentação de ou certificado de formação, declaração ou atestado de capacidade técnica constando experiência.

**5.1.3.6.** A apresentação de Currículo Lattes poderá ocorrer desde que conjuntamente seja apresentado o comprovante de vínculo, que poderá ser através do: contrato de trabalho assinada na Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, contrato de

prestação de serviço, livro ou ficha de registro do empregado, contrato social, termo de compromisso, nomeação ou designação do qual conste cargo ou função técnica em Ata de Assembleia e/ou Ato administrativo.

#### **5.1.4. – DA PROPOSTA FINANCEIRA**

**5.1.4.1.** A Entidade deverá apresentar proposta financeira contendo **o detalhamento dos custos unitários**, bem como o número estimado de profissionais a serem contratados, com os respectivos cargos, salários, especificados individualmente, conforme modelo constante no Anexo I-B e Anexo I-B.1.

**5.1.4.2.** No valor total da proposta deverão estar inclusas todas as despesas diretas (inclusive valores referentes aos provisionamentos de férias e décimo terceiro salário, dissídios e benefícios) e indiretas para execução dos serviços.

**5.1.4.3.** A proposta deverá ser expressa em algarismo e por extenso (em reais), com identificação e assinatura do representante legal.

**5.1.4.4.** A proposta terá prazo de validade de **180 (cento e oitenta) dias**, independente de constar expressamente tal informação ou constar prazo divergente.

**5.1.4.5.** A apresentação da proposta implicará na plena e integral aceitação, por parte da Entidade, das condições estabelecidas neste edital e seus anexos, que passarão a integrar o convênio como se transcritas, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e/ou da execução do convênio.

**5.1.4.6.** A proponente deverá arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros, mas que sejam previsíveis em seu ramo de atividade, tais como aumentos de custo de mão de obra decorrentes de negociação coletiva ou de dissídio coletivo de trabalho.

**5.1.4.7.** A proposta financeira não poderá ultrapassar **o valor referencial total de R\$ 13.186.559,16 (treze milhões, cento e oitenta e seis mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e dezesseis centavos)** correspondente ao valor total das despesas de custeio para 12 (doze) meses de execução do objeto do convênio.

**5.1.4.8.** Serão desclassificadas as propostas:

- a) que apresentem preço superior ao especificado no item 5.1.4.7;

**b)** cujo plano de trabalho não apresente compreensão do objeto, e/ou esteja em desacordo com as exigências e condições estabelecidas ao Termo de Referência - **Anexo I-A** do Edital.

## **5.2. – DOS DOCUMENTOS DO ENVELOPE II**

### **5.2.1. HABILITACAO JURÍDICA:**

**a)** Estatuto social atualizado devidamente registrado em cartório, com as respectivas alterações, caso existam;

**b)** ata de eleição de sua atual diretoria em exercício;

**c)** Registro Geral (R.G.) e Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) dos responsáveis legais pela instituição, conforme estabelecido no estatuto social;

**d)** Declaração emitida pela instituição atestando que atende ao inciso XXXIII, art.7º da Constituição Federal – proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo a condição de aprendiz, a partir de catorze anos, conforme modelo do **ANEXO II**.

### **5.2.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:**

**a)** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);

**b)** Certificado de regularidade de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF-FGTS);

**c)** Certidão negativa, ou positiva com efeitos de negativa, de débitos trabalhistas (CNDT);

**d)** Certidão negativa, ou positiva com efeitos de negativa, de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;

**e)** Certidão emitida pela Fazenda Municipal da sede ou domicílio da proponente que comprove a regularidade de débitos tributários relativos ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN;

**f)** Certidão negativa de débitos relativa a tributos estaduais;

**g)** Certidão de Utilidade Pública;

**5.2.2.1.** A entidade que se considerar isenta ou imune de tributos relacionados ao objeto do convênio, cuja regularidade fiscal seja exigida no presente Edital, deverá comprovar

tal condição mediante a apresentação de declaração emitida pela correspondente Fazenda do domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

### **5.2.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:**

- a)** Declaração exarada por contador devidamente registrado no Conselho da categoria profissional, de que a instituição detém escrituração contábil regular e que goza de boa saúde financeira;
- b)** Declaração firmada pelo representante legal da Entidade de que a mesma possui patrimônio próprio, nos termos da Lei nº 10.201/99, conforme modelo do **ANEXO X**.
- c)** Declaração firmada pelo representante legal da Entidade de que apresentará, por ocasião da celebração do convênio, certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis da entidade, conforme modelo do **ANEXO XIV**;

### **5.2.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:**

- a)** Registro da Entidade em Associação ou Conselho Profissional competente, em plena validade;
- b)** Registro do Responsável Técnico em Associação ou Conselho Profissional competente, em plena validade;
- c)** Declaração (**modelo no ANEXO III**) firmada pelo representante legal da Entidade de que representantes, diretores, administradores ou dirigentes não ocupam cargo ou função de confiança, chefia ou assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- d)** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – **CNES**;
- e)** Declaração (**modelo no ANEXO IV**), firmada pelo representante legal da instituição, de que:
  - e.1)** conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com o disposto na minuta de Convênio, e que estão de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamento disponibilizado pela Secretaria da Saúde;
  - e.2)** tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela Secretaria da Saúde e segundo as regras do Conselho Nacional de Saúde,



inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais;

**f)** Declaração firmada pelo representante legal da instituição de que apresentará, por oportunidade da celebração do convênio, a relação do corpo clínico e demais profissionais de saúde, acompanhada da ficha cadastral dos profissionais (conforme modelo no ANEXO V), preenchida com o respectivo número do Conselho de Classe, carga horária e a qualificação completa dos responsáveis pelas respectivas categorias;

**g)** Declaração **firmada pelo representante legal da instituição** de que a entidade não está impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria com órgãos públicos, conforme modelo no **ANEXO XI**;

**h)** Declaração atualizada firmada pelo representante legal da instituição acerca da existência, ou não, no quadro diretivo da entidade, de agentes políticos de poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da administração pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade conforme modelo no **ANEXO XII**;

#### **5.2.5. OUTRAS COMPROVAÇÕES:**

**a)** Declaração firmada pelo representante legal da instituição de que apresentará, no momento da assinatura do convênio, os dados de conta bancária específica para recebimento dos recursos repassados em razão do convênio – **ANEXO VI**;

**b)** Declaração firmada pelo representante legal da instituição de que atende às normas relativas à saúde e segurança do trabalho, em virtude das disposições do parágrafo único, art. 117, Constituição do Estado – **ANEXO XV**;

**c)** Declaração firmada pelo representante legal da instituição de que apresentará, no momento da assinatura do convênio, cópia do Certificado de Regularidade Cadastral da Entidade – CRCE;

**d)** Certificado de realização da visita técnica que será fornecido pelo Diretor de Divisão Médica

conforme **ANEXO XIII\_A**;

**d.1)** Poderão ser feitas tantas visitas técnicas quantas cada interessado considerar necessário. Cada visita deverá ser agendada por e-mail **dchrfv@gmail.com** ou pelo telefone **(11) 4674-8438** e poderá ser realizada até o dia imediatamente anterior à abertura da sessão pública, no período das **09h00 às 16h00** horas;

**d.2)** A visita técnica tem por objetivo conhecer as condições locais para a execução do objeto, permitindo aos interessados verificar localmente as informações que julgarem necessárias para a elaboração da sua proposta, de acordo com o que o próprio interessado julgar conveniente;

**d.3)** Competirá a cada interessado, quando da visita técnica, fazer-se acompanhar dos técnicos e especialistas que entender suficientes para colher as informações necessárias à elaboração da sua proposta;

**d.4)** As prospecções, investigações técnicas, ou quaisquer outros procedimentos que impliquem interferências no local em que serão prestados os serviços deverão ser previamente informadas e autorizadas pela Administração;

**d.5)** O interessado não poderá pleitear modificações nos preços, nos prazos ou nas condições do convênio, tampouco alegar quaisquer prejuízos ou reivindicar quaisquer benefícios sob a invocação de insuficiência de dados ou de informações sobre o local em que serão executados os serviços objeto do chamamento;

**d.6)** O interessado que optar pela não realização da visita técnica deverá, para participar do certame, apresentar declaração afirmando que tinha ciência da possibilidade de fazê-la, mas que, ciente dos riscos e consequências envolvidos, optou por formular a proposta sem realizar a visita técnica que lhe havia sido facultada, conforme o modelo constante do **ANEXO XIII- B** do Edital.

### **5.3. DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE OS DOCUMENTOS DOS ENVELOPES I E II**

**5.3.1.** As certidões apresentadas em atendimento ao presente Edital que não possuam prazo de vigência estipulado em lei específica ou expresso em seu corpo **terão validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.**

**5.3.2.** A Comissão de Seleção ou Autoridade Superior, a seu critério, poderá promover diligência em qualquer fase, com base no artigo 43, §3º da Lei Federal nº 8.666/93, para esclarecer dúvidas ou confirmar o teor das declarações solicitadas neste Edital e das comprovações de qualificação econômico-financeira e de qualificação técnica, para atestar a veracidade de quaisquer documentos apresentados, ou solicitar informações sobre a qualidade dos serviços prestados pela Entidade nos locais indicados para fins de comprovação experiência.

**5.3.3.** A Comissão de Seleção se reserva ao direito de exigir, a qualquer tempo, a apresentação do documento original para cotejo com sua cópia.

**5.3.4.** As Entidades são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos a serem apresentados.

**5.3.5.** A constatação, a qualquer tempo, de declaração falsa ou a adulteração dos documentos apresentados ensejará a aplicação da penalidade de suspensão temporária do direito de ajustar com a Administração Pública pelo prazo da lei, bem como de proposta à autoridade competente de aplicação da pena de inidoneidade, independentemente da adoção de medidas tendentes à aplicação das sanções civis e penais cabíveis.

**5.3.6.** A ausência de quaisquer documentos do item 5.1. deste Edital inviabilizará a continuidade da Entidade no presente Chamamento Público, prejudicando, dessa forma, a sua participação quanto às demais fases.

**5.3.7.** Todos os documentos expedidos pela Entidade deverão ser subscritos por seu representante legal ou por seu procurador legalmente instituído.

**5.3.8.** Os documentos dos envelopes I e II poderão ser apresentados em cópia simples.

**5.3.9.** Será considerada inabilitada a Entidade que deixar de apresentar quaisquer dos documentos exigidos no item **5.2 deste EDITAL**.

**5.3.10.** As Entidades assumem todos os custos de preparação e apresentação dos Envelopes I e II, e a Secretaria da Saúde não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do presente Chamamento Público.

## **6. DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO**

**6.1.** O PLANO DE TRABALHO, a COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA e a PROPOSTA FINANCEIRA serão analisados e pontuados de acordo com os critérios estabelecidos na sequência, considerando-se vencedora a Entidade que obtiver a maior pontuação total.

### **A) COMPREENSÃO DO OBJETO DO CONVENIO – TOTAL DE PONTOS: 20**

A proponente deverá desenvolver Plano de Trabalho sob a forma de texto, apresentando um diagnóstico das necessidades do **HOSPITAL REGIONAL FERRAZ DE VASCONCELOS – DR. OSÍRIS FLORINDO COELHO** em relação ao objeto do presente chamamento, demonstrando a compreensão acerca do volume de produção física de ações a serem executadas, bem como da implantação de metas de garantia de segurança da assistência prestada aos usuários do SUS atendidos pela Unidade, no qual serão verificados os itens abaixo:

<b>REQUISITOS</b>		
<p>(I) Clareza na descrição do objeto a ser executado.</p> <p>(II) Pertinência entre a Planilha Orçamentária apresentada e o objeto deste Edital previsto no item 1.</p> <p>(III) A indicação do público-alvo e dos resultados esperados de acordo com Termo de Referência</p> <p>(IV) Discriminação dos Custos Indiretos com respectivos valores e cálculo de Rateio</p>		
PONTOS	PONTOS	
Apresentou consonância em 4 requisitos	20	
Apresentou consonância em 3 requisitos	10	
Apresentou consonância em até 2 requisitos	05	
Não apresentou consonância	0	
<b>B) DA QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE COORDENAÇÃO DO PROJETO – TOTAL DE PONTOS:</b>		
<b>30</b>		
<b>Responsável Técnico Médico Especializado ou similar</b>	Qualificação e experiências comprovadas na atividade principal por menos de 12 meses	0
	Qualificação e experiências comprovadas na atividade principal entre 1 e 5 anos	05
	Qualificação e experiências comprovadas na atividade principal superior a 5 anos	10
<b>Responsável Técnico/Supervisão Técnica de Enfermagem Especializada</b>	Qualificação e experiências comprovadas na atividade principal por menos de 12 meses	0
	Qualificação e experiências comprovadas na atividade principal entre 1 e 5 anos	05
	Qualificação e experiências comprovadas na atividade principal superior a 5 anos	10
<b>Certificação de Titulação da Equipe Médico Assistencial</b>	Apresentação de Certificação de Título de Especialista ou Residência	10

	Médica nas especialidades do objeto em mais de 50% dos contratados/prestadores	
	Apresentação de Certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades do objeto entre 25% e 50% dos contratados/prestadores	05
	Apresentação de Certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades do objeto abaixo de 25% dos contratados/prestadores	0
<b>C) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE GERENCIAMENTO DE UTI ADULTO - TOTAL DE PONTOS: 20</b>		
	<b>ITEM</b>	<b>PONTOS</b>
	Não comprovar experiência em prestação de serviços de <b>gerenciamento de UTI Adulto</b> , ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses, de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	0
	Comprovar experiência entre 12 (doze) meses e 2 (dois) anos em prestação de serviços de <b>gerenciamento de UTI Adulto</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	05
	Comprovar experiência entre 2 (dois) e menos de 5 (cinco) anos prestação de serviços de <b>gerenciamento de UTI Adulto</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	10
	Comprovar experiência de 5 (cinco) anos ou mais em prestação de serviços de <b>gerenciamento de UTI Adulto</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	20
<b>D) PROPOSTA DE PREÇO – TOTAL DE PONTOS: 30</b>		
	<b>ITEM</b>	<b>PONTOS</b>
	Proposta de preço até 5% abaixo do valor referencial	5
	Proposta de preço até 10% abaixo do valor referencial	10
	Proposta de preço até 15% abaixo do valor referencial	20
	Proposta de preço de 15% ou mais, abaixo do valor referencial	30

**Obs:** caso haja subtração de algum campo da planilha deverá ser readequada a pontuação

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos "Dr. Osiris Florindo Coelho"**

Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com)

## **6.2. METODOLOGIA DE JULGAMENTO**

Para a obtenção da pontuação final serão observados os seguintes critérios:

- (a) Somatória dos pontos obtidos em cada critério de pontuação, que resultará em ordem classificatória.
- (b) Será classificada para a etapa de habilitação a entidade que obtiver melhor classificação.
- (c) Em caso de empate ficto, será classificada a entidade que apresentar menor valor.
- (d) Caso a entidade obtenha zero pontos em qualquer um dos critérios de A a D acima descritos será imediatamente desqualificada e não poderá continuar sua participação no processo seletivo.

## **7 – DOS PROCEDIMENTOS DA SESSÃO PÚBLICA**

### **7.1 - DO CREDENCIAMENTO**

**7.1.1.** A Sessão de Abertura deste Chamamento Público será realizada em 24/11/2023 às 09H00, Auditório do Hospital Regional Ferraz de Vasconcelos Dr Osiris Florindo Coelho, procedendo-se ao Credenciamento dos representantes das Entidades com capacidade jurídica comprovada para atuar em nome da proponente, por meio da apresentação (fora dos envelopes) dos seguintes documentos:

- a)** Documento de identidade na forma da lei, com fotografia;
- b)** Estatuto da entidade ou instrumento legal de sua formação, comprovando a representação da Entidade e os poderes para representá-la, acompanhada da ata da assembleia de eleição do dirigente, em ambos os casos autenticada em cartório ou apresentada junto com o documento original, para permitir que a Comissão de Seleção ateste sua autenticidade.

**7.1.2.** Caso o representante da Entidade não seja seu representante estatutário ou legal, o credenciamento será feito por intermédio de procuração, mediante instrumento público ou particular. Nesse caso, o representante também entregará à Comissão de Seleção, cópia autenticada em cartório do ato que estabelece a representação da

entidade, em que constem os nomes dos representantes ou dirigentes com poderes para a constituição de mandatários.

**7.1.3.** A ausência do documento hábil de representação não impedirá o representante de participar deste Chamamento Público, mas ficará impedido de rubricar documentos e praticar qualquer ato durante a sessão pública.

**7.1.4.** A documentação apresentada na primeira sessão de credenciamento e recepção dos envelopes nº I e II, possibilita o representante a participar das demais sessões. Na hipótese de sua substituição no decorrer deste Chamamento Público, deverá ser apresentado novo credenciamento.

**7.1.5.** Caso a Entidade não pretenda fazer-se representar na Sessão de abertura, poderá encaminhar os envelopes I e II por meio de portador, diretamente à Comissão de Seleção, **até meia hora antes do início da sessão pública.**

**7.1.6.** A sessão pública de abertura dos envelopes poderá ser assistida por qualquer pessoa, mas somente serão permitidas a participação e a manifestação dos representantes credenciados das Entidades, vedada a interferência de assistentes ou de quaisquer outras pessoas que não estejam devidamente credenciados.

**7.1.7.** É vedada a representação de mais de uma Entidade por uma mesma pessoa.

**7.1.8.** Será permitido somente o credenciamento de 01 (um) representante para cada Entidade participante.

**7.1.9.** Os documentos de representação das Entidades serão retidos pela Comissão de Seleção e juntados ao processo do CHAMAMENTO PÚBLICO.

## **7.2. DA ABERTURA DO ENVELOPE I E CLASSIFICAÇÃO**

**7.2.1.** Na data marcada neste Edital a Comissão de Seleção procederá à abertura do Envelope I – PLANO DE TRABALHO, COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA e PROPOSTA FINANCEIRA, e os documentos deverão ser rubricados pela Comissão de Seleção e pelos representantes credenciados das Entidades presentes à sessão.

**7.2.2.** A Comissão de Seleção terá o **prazo de até 03 (três) dias úteis** para analisar o conteúdo do Envelope I.

**7.2.3.** Durante o período de análise, as Entidades, através dos seus representantes ou outros interessados, deverão abster-se de entrar em contato com a Comissão de Seleção para tratar de assuntos vinculados aos documentos do Envelope I, sob pena comprometer o sigilo e a imparcialidade no julgamento da Comissão.

**7.2.4.** Será considerada vencedora a Entidade que obtiver a maior pontuação final, de acordo com os critérios estabelecidos no **item 6** deste Edital.

**7.2.5.** Na hipótese de ocorrência de empate entre duas ou mais Entidades, para o desempate será considerada vencedora a Entidade que tiver apresentado proposta financeira de menor valor.

**7.2.6.** O anúncio da Entidade vencedora se dará em nova Sessão Pública, cuja data será comunicada através de publicação em Diário Oficial do Estado.

**7.2.7.** Após o anúncio da Entidade vencedora a Comissão de Seleção procederá à abertura do Envelope II, apenas da Entidade vencedora desta fase.

### **7.3. DA ABERTURA DO ENVELOPE II**

**7.3.1.** – Na data marcada, a Comissão de Seleção procederá à abertura do Envelope II – HABILITAÇÃO, e os documentos deverão ser rubricados pela Comissão de Seleção e pelos representantes credenciados das Entidades presentes à sessão.

**7.3.2.** A Comissão de Seleção procederá à conferência dos documentos do Envelope II - Habilitação, analisando tão somente o aspecto formal de acordo com as exigências estabelecidas nos itens 5.2 e 5.3 deste EDITAL.

**7.3.3.** Caso seja necessário, a Comissão de Seleção poderá suspender a sessão pública para melhor análise dos documentos de habilitação apresentados, designando nova data para divulgação do resultado em sessão pública, **em prazo não superior a 02 (dois) dias úteis.**

**7.3.4.** Na hipótese de algum documento ter perdido a validade após a entrega do Envelope II, a Comissão de Seleção poderá verificar a validade, mediante consulta a ser efetuada por meio eletrônico nos sites oficiais de expedição do respectivo documento.

**7.3.5.** Essa verificação será certificada pela Comissão de Seleção na Ata da Sessão Pública, devendo ser anexado aos autos o(s) documento(s) obtido(s) por meio eletrônico.

**7.3.6.** Será considerada habilitada a celebrar convênio a Entidade que atender integralmente às condições da habilitação exigidas neste edital, e declarada vencedora do presente Chamamento Público.



**7.3.7.** A Comissão de Seleção submeterá o resultado da avaliação com a indicação da Entidade vencedora ao Diretor da Unidade para ciência, ratificação e publicação no Diário Oficial do Estado.

**7.3.8.** O Envelope II – Habilitação das demais Entidades permanecerá devidamente lacrado e poderá ser retirado após a assinatura do Convênio com a Entidade vencedora, caso houver.

#### **7.4 – DISPOSIÇÕES GERAIS DA SESSÃO PÚBLICA**

**7.4.1.** De cada sessão pública será lavrada ATA circunstanciada dos trabalhos, que deverá ser assinada obrigatoriamente pela Comissão de Seleção e pelos representantes credenciados presentes.

**7.4.2.** Os resultados de cada etapa de avaliação, bem como, da classificação final das propostas, serão comunicados diretamente aos participantes do processo através de Sessão Pública, com posterior publicação no Diário Oficial do Estado.

**7.4.3.** Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização da abertura dos ENVELOPES na data marcada, a sessão pública será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, nos mesmos horários e locais anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicação da Comissão de Seleção em contrário.

#### **8- DO RECURSO ADMINISTRATIVO**

**8.1.** Após a declaração da Entidade vencedora, será facultada às demais Entidades participantes, nos termos da legislação vigente, a interposição de recurso administrativo, sem efeito suspensivo, em face de todas as decisões proferidas pela Comissão de Seleção, **no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da publicação da decisão no Diário Oficial do Estado.**

**8.2.** A interposição de recurso será comunicada às demais Entidades, através de correio eletrônico mediante comprovação do recebimento, que poderão, se assim o desejarem, apresentar contrarrazões ao(s) recurso(s) interposto(s) **no prazo comum de 03 (três) dias úteis contados da intimação do ato.**

**8.3.** Será assegurada às Entidades participantes do procedimento seletivo vista aos autos do processo de Chamamento Público.

**8.4.** Os recursos deverão observar os seguintes requisitos:

- a) ser devidamente fundamentados;

- b) ser assinados por representante legal ou procurador com poderes suficientes;
- c) ser protocolados no mesmo local indicado no preâmbulo deste EDITAL para o recebimento dos envelopes; e
- d) não será admitida a apresentação de documentos ou informações que já deveriam ter sido apresentados nos ENVELOPES I e II e cuja omissão não tenha sido suprida na forma estabelecida neste EDITAL.

**8.5.** Os recursos interpostos fora do prazo ou em local diferente do indicado não serão conhecidos.

**8.6.** A Comissão de Seleção poderá, **no prazo de 2 (dois) dias úteis** contados do recebimento do recurso, reconsiderar e/ou manter sua decisão. Fundamentado, será o presente encaminhado ao Diretor da Unidade para deliberação e posterior publicação em Diário Oficial do Estado de sua decisão, em até 2 (dois) dias úteis.

**8.7.** O acolhimento do(s) recurso(s) interposto(s) importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

## **09 – DA HOMOLOGAÇÃO**

**9.1.** – Após eventual reconsideração da decisão pela Comissão de Seleção, ou após a decisão do(s) recurso(s) pela Diretoria da Unidade da Secretaria a ser beneficiada pelo convênio – nos termos do item 8.6 deste edital, e constatada a regularidade dos atos praticados, o Secretário da Saúde homologará o procedimento de seleção.

**9.1.2.** – O ato de homologação do Secretário da Saúde será devidamente publicado em Diário Oficial do Estado.

## **10 – DA CELEBRAÇÃO DO CONVÊNIO**

**10.1.** Após a homologação do procedimento seletivo pelo Secretário da Saúde, a vencedora será convocada para celebração e assinatura do instrumento do convênio, que será efetivado eletronicamente, através de Sistema Próprio denominado “Sem Papel - Módulo Demandas”, ou outro sistema que vier a substituí-lo.

**10.1.1.** Constitui condição para a celebração do convênio, bem como para a realização dos repasses de recursos dele decorrentes, a inexistência de registros em nome da adjudicatária no “Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos “Dr. Osiris Florindo Coelho”**

Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com) ]

Estaduais – CADIN ESTADUAL”. Esta condição será considerada cumprida se a devedora comprovar que os respectivos registros se encontram suspensos, nos termos do artigo 8º, §§ 1º e 2º da Lei Estadual nº 12.799/2008.

**10.1.2.** Com a finalidade de verificar o eventual descumprimento pelo proponente das condições de participação previstas no item **2.2** deste Edital serão consultados, previamente à celebração do ajuste, os seguintes cadastros:

**10.1.2.1.** Sistema Eletrônico de Aplicação e Registro de Sanções Administrativas – e-Sanções (<http://www.esancoes.sp.gov.br>);

**10.1.2.2.** Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS (<http://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/ceis>);

**10.1.2.3.** Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade – CNIA, do Conselho Nacional de Justiça ([http://www.cnj.jus.br/improbidade\\_adm/consultar\\_requerido.php](http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php)), devendo ser consultados o nome da pessoa jurídica licitante e também de seu sócio majoritário (artigo 12 da Lei Federal nº 8.429/1992);

**10.1.2.4.** Cadastro Nacional de Empresas Punidas - CNEP (<http://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/cnep>);

**10.1.2.5.** Cadastro Estadual de Empresas Punidas – CEEP (<http://www.corregedoria.sp.gov.br/PesquisaCEEP.aspx>);

**10.1.2.6.** Relação de apenados publicada pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (<https://www.tce.sp.gov.br/apenados>).

**10.1.3.** Constitui(em), igualmente, condição(ões) para a celebração do convênio:

**10.1.3.1.** A apresentação do(s) documento(s) que a proponente, à época da apresentação dos envelopes, houver se comprometido a exibir antes da assinatura do ajuste, por meio de declaração específica, caso exigida no Edital;

## **10.2. DO SISTEMA ELETRÔNICO**

**10.2.1.** O Sistema eletrônico foi criado para viabilizar a realização de processos administrativos que tratam da celebração de convênios no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/SP com transferência voluntária de recursos financeiros.

**10.2.2.** Todo o suporte técnico para a utilização do Sistema será dado pela equipe do Grupo de Gestão de Convênios – GGCON, da Secretaria da Saúde.

**10.2.3.** A vencedora terá o prazo máximo de **02 (dois) dias** contados da sua convocação, para inserir a documentação necessária para firmar o convênio, devendo, para tanto:

**10.2.3.1** Proceder ao cadastro dos responsáveis pelas atividades a serem desenvolvidas no sistema, bem como a inclusão de todos os documentos, inclusive a cotação de custos (datado de até 6 meses), referente as rubricas apresentadas na proposta de preço.

**10.2.3.2** Proceder ao preenchimento do Plano de Trabalho, de acordo com o disposto no **Anexo I-A** deste Edital.

**10.2.3.3** O prazo para inserção no sistema poderá ser prorrogado por igual período por solicitação justificada do interessado e aceita pela Administração.

**10.3.** O convênio será assinado com a utilização do sistema eletrônico “Sem Papel - Módulo Demandas”, nos termos da legislação aplicável. O prazo para assinatura poderá ser prorrogado por igual período por solicitação justificada do interessado e aceita pela Administração.

**10.4.** Após a divulgação do resultado final do Chamamento Público, se a proponente declarada vencedora se recusar a assinar o convênio no prazo e condições estabelecidos, ou se perder a qualidade de habilitação antes da assinatura do convênio, a Administração poderá convocar os proponentes remanescentes, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas mesmas condições propostas pelo primeiro classificado, inclusive quanto aos valores, ou revogar o procedimento seletivo, independentemente da cominação prevista no art. 81 da Lei federal nº 8.666/93.

## **11 – DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de **12 (doze)** meses, tendo por termo inicial a data de assinatura.

**11.1.** A Comissão de Seleção selecionará a entidade para a execução do Plano de Trabalho a ser desenvolvido no prazo de 12 (doze) meses, prorrogáveis por até 5 (cinco) anos, nos termos do artigo 10, § 1º, item 3, letra “g” do Decreto estadual nº 66.173, de 26 de outubro de 2021.

## **12 – DOS REPASSES DE RECURSOS**

**12.1.** A forma dos repasses de recursos financeiros encontra-se estipulada na Minuta de Convênio que constitui o **ANEXO VII** deste edital, bem como no **ANEXO I-A** – Termo de Referência.

**12.2.** A entidade vencedora deverá abrir conta bancária no **BANCO DO BRASIL**, específica para execução financeira do Convênio.

**12.3.** Os repasses dos recursos serão efetuados mensalmente, de acordo com o cronograma apresentado no Plano de Trabalho.

## **13 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**13.1.** As prestações de contas referentes aos recursos repassados à entidade por meio do convênio e respectivos termos aditivos deverão tramitar obrigatoriamente pelo **sistema eletrônico “SEI – SISTEMA ELETRONICO DE INFORMAÇÕES”**.

**13.2.** A documentação referente à prestação de contas deverá ser apresentada mensalmente, seguindo as **Instruções nº 01/2020**, atualizadas pelas Resoluções nº 11/2021 e nº 23/2022, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, com as devidas notas fiscais e relatórios de aplicação dos recursos, obedecendo ao estipulado em Plano de Trabalho.

## **14. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**14.1.** Se o objeto do Convênio não for executado de acordo com as cláusulas do instrumento e do ANEXO I-A – Termo de Referência - deste Edital, a Entidade conveniada poderá ser penalizada na forma prevista em lei.

**14.2.** A sanção de que trata o subitem anterior poderá ser aplicada após garantido o exercício de prévia e ampla defesa à conveniada faltosa, e deverá ser registrada no CAUFESP, no “Sistema Eletrônico de Aplicação e Registro de Sanções Administrativas – e-Sanções”, no endereço [www.esancoes.sp.gov.br](http://www.esancoes.sp.gov.br), e também no “Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS”, no endereço <http://www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/ceis>.

**14.3. Conformidade com o marco legal anticorrupção.** A prática de atos que atentem contra o patrimônio público nacional ou estrangeiro, contra princípios da administração

pública, ou que de qualquer forma venham a constituir fraude ou corrupção, durante o procedimento seletivo ou ao longo da execução do convênio, será objeto de instauração de processo administrativo de responsabilização nos termos da Lei Federal nº 12.846/2013 e do Decreto Estadual nº 67.301/2022.

## **15 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

**15.1** - A Administração se reserva o direito de, a qualquer tempo **antes da homologação do procedimento seletivo**, por motivo de interesse público ou exigência legal, devidamente justificados, adiar ou revogar o presente Chamamento Público, sem que isso implique direito à celebração do Convênio ou motivo para que as Entidades participantes pleiteiem qualquer tipo de indenização.

**15.2** – As impugnações e os pedidos de esclarecimentos referentes ao presente Edital serão formulados e entregues no protocolo do **Hospital Regional Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho** até **03 (três) dias úteis** que antecederem à sessão pública. As impugnações e os pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no procedimento seletivo.

**15.2.1.** As impugnações serão decididas pelo subscritor do Edital e os pedidos de esclarecimentos respondidos até o dia útil anterior à data fixada para a abertura da sessão pública.

**15.2.2.** As retificações do presente Edital, por iniciativa da Secretaria da Saúde ou provocadas por eventuais impugnações, serão publicadas no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

**15.2.3** - Ocorrendo qualquer alteração no edital que interfira na elaboração da PROPOSTA FINANCEIRA, será reaberto o prazo para entrega dos Envelopes, com designação de nova data para a realização da Sessão Pública.

**15.2.4** - A Entidade que entregar os Envelopes I e II na data marcada, sem a formulação prévia de pedidos de informações ou esclarecimentos, caracterizará a presunção absoluta de que os elementos fornecidos no Edital são suficientemente claros e precisos para todos os atos a se cumprirem no âmbito participação no Chamamento Público, de maneira que não se admitirão alegações posteriores sobre obscuridades ou contradições deste Edital, cujos termos terão sido aceitos integral e incondicionalmente pela Entidade interessada.

**15.3.** No julgamento das propostas e da habilitação, a Comissão de Seleção poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

**15.3.1.** As falhas passíveis de saneamento na documentação apresentada pelo proponente são aquelas cujo conteúdo retrate situação fática ou jurídica já existente na data da abertura da sessão deste Chamamento Público.

**15.3.2.** O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do proponente, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

**15.4** - Os prazos constantes neste Edital de Chamamento Público que não estiverem especificados, deverão ser contados em dias corridos. Quando vencidos em dia não útil, prorrogam-se para o dia útil subsequente.

**15.5** - Fica eleito o foro da Cidade de São Paulo para dirimir quaisquer dúvidas e questões decorrentes do presente Edital, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**15.6.** - A Conveniada deverá iniciar a execução das atividades objeto do Convênio no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data de assinatura do Instrumento.

**15.7. Anexos.** Integram o presente edital os seguintes anexos:

- **ANEXO I-A** – Termo de Referência;
- **ANEXO I-A.1** – Lista de Equipamentos;
- **ANEXO I-B** - Planilha de Orçamento;
- **ANEXO I-B.1** – Planilha de Custos;
- **ANEXO II** – Situação Regular Perante o Ministério do Trabalho;
- **ANEXO III** – Declaração de Incompatibilidade de Cargos e Funções;
- **ANEXO IV** – Declaração de Ciência dos Termos do Convênio;
- **ANEXO V** – Ficha Cadastral;

- **ANEXO VI** - Declaração de Conta Específica;
- **ANEXO VII** – Minuta de Convênio;
- **ANEXO VIII** – Termo de Ciência e de Notificação;
- **ANEXO IX** – Plano de Trabalho;
- **ANEXO X** – Declaração de Patrimônio;
- **ANEXO XI** – Declaração Negativa de Impedimentos;
- **ANEXO XII** – Declaração Sobre Quadro Diretivo da Instituição;
- **ANEXO XIII-A** – Certificado de Realização de Visita Técnica;
- **ANEXO XIII-B** – Declaração de Opção por não realizar a visita técnica;
- **ANEXO XIV**-Declaração de Certidão do Conselho Regional de Contabilidade– CRC.
- **ANEXO XV** - Declaração de Atendimento ao Ministério da Saúde e Segurança do Trabalho

**15.8.** O Edital está à disposição dos interessados no site do Diário Oficial do Estado no endereço [www.e-negociospublicos.com.br](http://www.e-negociospublicos.com.br), no site da <http://www.saude.sp.gov.br> (editais de chamamento público).

São Paulo, 09 de novembro de 2023.

**Dra. Aline Nogueira Vieira**  
**Diretoria Técnica de Saúde III**



ANEXO I-A  
TERMO DE REFERÊNCIA

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADA NO GERENCIAMENTO DE 20 (VINTE) LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO NO HOSPITAL REGIONAL DE FERRAZ DE VASCONCELOS "DR. OSÍRIS FLORINDO COELHO.**

**1. INTRODUÇÃO**

1.1. O Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos "Dr. Osíris Florindo Coelho", na busca da melhoria do atendimento médico-hospitalar prestado à população SUS do Município de Ferraz de Vasconcelos e Região, e diante da necessidade de assegurar atendimento qualificada e eficiente, propõe a contratação da prestação de serviços especializada no Gerenciamento Técnico e Administrativo de 20 (vinte) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Unidade.

1.2. O Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos é um hospital de porta aberta, com Pronto Socorro 24 horas, 07 (sete) dias por semana, realizando atendimentos de urgência/emergência adultos e pediátricos. Encontra-se inserido no município de Ferraz de Vasconcelos, na região metropolitana da capital paulista, macroregião de Mogi das Cruzes, no estado de São Paulo. Considerado essencial na prestação de atendimento em nível secundário aos municípios da região do Alto Tietê, com área física salubre e adequada para receber os pacientes em situação de urgência e emergência.

1.3. O Hospital é referência para a população do Alto Tietê dentre os quais os Municípios: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Suzano, Suzano, Salesópolis, Biritiba Mirim, Guararema, Santa Isabel e alguns bairros do extremo da Zona Leste, como Itaim Paulista, Guaianases e São Miguel Paulista, perfazendo uma abrangência de 1,6 milhões de habitantes.

1.4. Os pacientes em situação de urgência emergência são oriundos das 13 (treze) Unidades Básicas de Saúde - UBS do município de Ferraz de Vasconcelos, do Serviço de Assistência Especializada - SAE, Caps II, Caps AD, do Ambulatório de Saúde Mental - ASM, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM, do Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, da demanda espontânea da Cidade de Ferraz de Vasconcelos e demais municípios inseridos na Região do Alto Tietê, bem como de regiões circunvizinhas.

**2. OBJETO**

2.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a prestação de serviço especializada no gerenciamento técnico e administrativo de 20 (vinte) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, sendo 18 leitos Convencionais e 02 de

Isolamento, compreendendo todo o atendimento médico, de enfermagem e fisioterápico, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto desta Unidade.

2.2. A celebração do ajuste visa garantir e potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e no atendimento da população, por demanda espontânea, e, também, a oferta de assistência humanizada voltada para resultados, que deverá obedecer aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.3. A gestão ativa dos 20 (vinte) leitos da UTI Adulto obedecerá à normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, ambas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do setor.

### **3. RECURSOS HUMANOS**

As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais estarão formalmente designadas, descritas e divulgadas a todos os que atuarão na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

#### **3.1 Designação formal:**

- ✓ Coordenador médico que deverá ter título de especialista em medicina intensiva para responder pela Unidade de Terapia Intensiva Adulto. O coordenador deverá ser cadastrado no respectivo Conselho de Classe como Responsável Técnico pela UTI.
- ✓ Coordenador enfermeiro de equipe de enfermagem que deverá ser especialista em terapia intensiva adulto ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação em Terapia Intensiva Adulto.
- ✓ Coordenador fisioterapeuta de equipe de fisioterapia que deve ser especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação em Terapia Intensiva Adulto.

3.2. Os médicos diaristas/rotineiro deverão estar disponíveis na razão de 01 (um) para dez leitos ou fração, nos turnos matutinos e vespertinos, possibilitando o acompanhamento da evolução clínica dos pacientes. É imperativo que TODOS que trabalhem na UTI tenham título de especialista em medicina intensiva adulto.

3.3. Os médicos plantonistas (UTI) deverão estar disponíveis na razão mínima de 01 (um) para cada dez leitos ou fração, em cada turno, devendo apresentar certificado de residência médica (MEC) ou título de especialista em: Clínica Médica, Medicina Intensiva, Anestesiologia, Infectologia, Nefrologia, Pneumologia, Cardiologia ou Neurologia.

3.4. Os enfermeiros assistenciais, no mínimo 01 (um) para cada dez leitos ou fração, em cada turno.

3.5. Os técnicos de enfermagem, no mínimo 01 (um) para cada dois leitos ou fração, em cada turno.

Nota 1: Objetivando assegurar a qualidade na assistência prestada na Unidade de Tratamento Intensivo Adulto (UTI), pelo menos 50% (cinquenta por cento) dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) devem apresentar experiência de no mínimo 02 (dois) anos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

3.6. Os fisioterapeutas (UTI), no mínimo 01 (um) para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação.

3.7. Os médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem estarão disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI Adulto, durante todo o horário em que estiverem escalados para atuação nesta Unidade.

Nota 2: As escalas dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, deverão estar afixadas nas áreas de circulação das unidades de atuação (UTI) e deverão ser entregues até o dia 20 do mês anterior à Diretoria Técnica de Divisão Médica e Diretoria Técnica de Enfermagem da Unidade.

3.8. A equipe apresentada acima, de acordo com a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, estará assim dimensionada:

### **3.8.1 Equipe Médica**

✓ 04 (quatro) Médicos plantonistas com jornada diária de 12 (doze) horas, atuando diariamente de segunda a domingo, sendo 02 (dois) das 07h00 às 19h00 e 02 (dois) das 19h00 às 07h00.

✓ 04 (quatro) Médicos diaristas/rotineiro, atuando diariamente de segunda a domingo, sendo 02 (dois) das 07h00 às 11h00 (período matutino) e 02 (dois) das 13h00 às 17h00 (período vespertino).

### **3.8.2 Equipe Enfermagem**

✓ 04 (quatro) Enfermeiros Assistenciais com jornada de 12 horas de segunda a domingo, sendo 02 (dois) das 7h00 às 19h00 e 02 (dois) das 19h00 às 7h00.

✓ 20 (vinte) Técnicos de Enfermagem, que atuarão de segunda a domingo, sendo 10 (dez) das 7h00 às 19h00 e 10 (dez) das 19h00 às 07h00.

Nota 3: Todos os profissionais descritos neste item 3.8.2. deverão ter sua cobertura prevista em termos de absenteísmo sem gerar prejuízos à assistência prestada,

mantendo sempre o efetivo diário descrito e respeitando a RDCnº 07/2010 ou outra que venha sobrepor-la.

### 3.8.3 Equipe de Fisioterapia

✓ 02 (dois) Fisioterapeuta por turno, matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 (dezoito) horas de atuação.

### 3.8.4 Equipe de Fonoaudiologia

✓ 01 (um) fonoaudiólogo por turno, matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 (dezoito) horas de atuação

### 3.8.5 Equipe Auxiliar Administrativo

✓ Escriturário Clínico (Auxiliar Administrativo): 02 (dois) escriturário de segunda a domingo.

Nota 4: Esse profissional terá a função de manter a organização dos prontuários que deverão ser entregues no Setor de Faturamento do Hospital, até, no máximo, 48 horas após a alta do paciente, com check-list de documentos sugerido pela instituição, já conferido e organizado.

## 4. DAS ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO COORDENADOR DA CONVENIADA

- O Coordenador deverá dar assistência aos profissionais da CONVENIADA durante os 07 dias da semana, por 24 horas, e deverá manter integração contínua com os demais profissionais envolvidos no atendimento de seus respectivos locais (UTI Adulto).

- Fazer o gerenciamento da escala médica, através da indicação ou substituição dos médicos que exercerão o plantão;

- Fazer a implantação e o gerenciamento de protocolos propostos pelo HRFV;

- Supervisionar e acompanhar o desempenho dos médicos da UTI , através dos índices definidos no Convênio.

## 5. DAS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR DA CONVENIADA

- O Coordenador deverá dar assistência aos profissionais de enfermagem da CONVENIADA durante os 07 dias da semana, por 24 horas, e deverá manter integração contínua com os demais profissionais envolvidos no atendimento de seus respectivos locais de trabalho.

- Fazer o gerenciamento das escalas de enfermagem através da indicação ou substituição dos enfermeiros/técnicos de enfermagem que exercerão o plantão;

- Fazer a implantação e o gerenciamento de protocolos propostos pelo HRFV;

- Supervisionar e acompanhar o desempenho dos profissionais que atuarão na UTI Adulto, através dos índices definidos no Convênio.

## **6. DAS ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA COORDENADOR DA CONVENIADA**

- O Coordenador deverá dar assistência aos profissionais da CONVENIADA durante os 07 dias da semana, por 24 horas, e deverá manter integração contínua com os demais profissionais envolvidos no atendimento de seus respectivos locais de trabalho.

- Fazer o gerenciamento das escalas de fisioterapeutas através da indicação ou substituição que exercerão o plantão;
- Fazer a implantação e o gerenciamento de protocolos propostos pelo HRFV.
- Supervisionar e acompanhar o desempenho dos profissionais que atuarão na UTI Adulto.

## **7. DO PROCESSO ASSISTENCIAL DE TRABALHO**

7.1. Todo paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva deverá receber assistência integral e multidisciplinar.

7.2. Todo paciente internado na UTI deverá ser avaliado quanto ao seu estado clínico, em todos os turnos, e nas intercorrências clínicas pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, com registro legível, assinado, carimbado e datado em prontuário.

7.3. A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.

7.4. Todo paciente internado na UTI deverá ser avaliado por meio do Sistema de Classificação de Severidade de Doença para a previsão da mortalidade.

7.5. O SAPS III (Simplified Acute Physiology Score) deverá ser o índice prognóstico escolhido para determinação da estimativa de mortalidade na UTI.

7.6. O Médico Coordenador da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua Unidade com a mortalidade geral esperada de acordo com o escore empregado, utilizando um sistema informatizado que permita uma análise comparativa dos dados da sua UTI com UTIs públicas e privadas, que possuem Acreditação Internacional e/ou unidades consideradas Top Performers. O sistema informatizado utilizado deve proporcionar aos médicos e enfermeiros o acompanhamento de dados clínicos na Unidade, monitorar desfechos, gravidade, resultado e avaliação de procedimentos, assim como tempo de permanência na UTI, tempo de uso de ventilação mecânica, taxa de mortalidade ajustada à gravidade dos pacientes, taxas de complicações e de infecção hospitalar, entre outras variáveis.

7.7. A equipe da UTI deverá monitorar os indicadores e manter registros dos eventos sentinela que garantam a qualidade da assistência, tais como: extubação acidental, perda de cateter venoso e lesões por pressão, assim como estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos. Também deverá responder aos protocolos e indicadores sugeridos pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

7.8. As visitas multidisciplinares realizadas com finalidade de melhor atender ao paciente, deverão estar registradas em prontuário juntamente com o Plano de Tratamento de cada paciente.

7.9. Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados para toda a instituição, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes.

7.10. O profissional de enfermagem da CONVENIADA será responsável pela execução de ações assistenciais, procedendo cuidados diretos e indiretos ao paciente e seu familiar, realizando anotações em prontuário de forma completa e concisa, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo COREN.

7.11. A UTI poderá ser utilizada como campo de aprendizado aos graduandos, pós graduandos e nível Técnico dos cursos das áreas de saúde das Instituições de ensino que tenham interesse em realizar parcerias com o Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, não sendo permitido, que nenhuma parceria seja firmada diretamente com a CONVENIADA.

## **8. HUMANIZAÇÃO**

8.1. Considerando que a humanização é uma das políticas prioritárias do Ministério da Saúde, as práticas de atenção e gestão humanizada devem presidir as relações entre paciente e os profissionais que o atenderem objetivando este fim.

8.2. Caberá ao médico da Conveniada o fornecimento de orientações aos familiares e aos usuários, nos horários de visita ou, pela equipe multiprofissional, quando couber. A linguagem deverá ser clara, sobre o estado de saúde e assistência a ser prestada desde a admissão até a alta.

8.3. O responsável legal pelo paciente deve ser informado sobre as condutas clínicas e procedimentos a que o mesmo será submetido.

## **9. PROTOCOLOS CLÍNICOS**

9.1. As diretrizes e protocolos clínicos constituem importante ferramenta para tornar as condutas de assistência aos usuários mais homogênea e de melhor qualidade científica.

9.2. O Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos disporá das suas normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados para que, de comum acordo entre a CONVENIADA e a direção da Instituição, possam ser elaboradas, em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Educação Permanente, a fim de estabelecer novas diretrizes/protocolos e Procedimento Operacional Padrão para a UTI.

9.3. Uma vez estabelecidos estas novas diretrizes/protocolos, serão aprovados e assinados pelos Responsáveis Técnicos – Médico, de Enfermagem e de Fisioterapia da CONVENIADA e CONVENENTE, no prazo não superior a 60 (sessenta dias).

9.4. Serão revisados anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias pela equipe de trabalho envolvida na prestação dos serviços.

9.5. A CONVENIADA deverá estar preparada para sofrer avaliações de Acreditação toda vez que a unidade se disponibilizar a buscar tal credenciamento.

## **10. RECURSOS MATERIAIS**

10.1. Todos os materiais médico-hospitalares e medicamentos, assim como os procedimentos de apoio diagnóstico e propedêutica instrumental, serão fornecidos pelo Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, assim como as dietas enterais e parenterais, seguindo a padronização existente na Unidade.

Nota: Os materiais médico-hospitalares e medicamentos serão padronizados pelo Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos e, portanto, os médicos e as equipes multidisciplinares não poderão solicitar produtos não padronizados.

10.2. O Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos disponibilizará de Ambulância UTI com equipamentos para atender às necessidades de remoção de paciente para outra Unidade Hospitalar, devendo a CONVENIADA solicitar formalmente com antecedência ao Hospital, responsabilizando-se a CONVENIADA no fornecendo equipe médica e de enfermagem necessária para remoção, quando necessário.

10.3. A responsabilidade pela manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos e mobiliários (UTI) cedidos pelo Hospital, conforme relação patrimonial constante do **ANEXO I-A.2 – Lista de Equipamentos**, é da CONVENIADA, sendo que a mesma deverá ser realizada em tempo hábil a não gerar qualquer prejuízo ou perda de continuidade na assistência aos pacientes.

Nota: Deverá ser mantida na Unidade cópias do calendário de manutenções preventivas e o registro das manutenções realizada

10.4. Será disponibilizada à CONVENIADA a relação com a padronização dos medicamentos, insumos e dietas utilizadas pela Unidade. Nos casos de itens necessários e não padronizados, o responsável da CONVENIADA deve encaminhar solicitação através de impresso próprio para inclusão do item junto às equipes de Padronização da Unidade, devendo justificar tecnicamente com relatório a necessidade.

10.5. A CONVENIADA deverá zelar pelo uso adequado dos equipamentos dentro das normas técnicas, atendendo os protocolos institucionais orientados pelo Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar da CONVENENTE.

## **11. RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS**

11.1. A equipe da UTI deverá proceder ao uso racional de antimicrobianos e



insumos, água e luz, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar, Almoxarifado e Laboratório de Microbiologia.

11.2. A CONVENIADA deverá desenvolver ações contínuas de gestão, no sentido de otimizar o tempo de permanência, aumentar o giro de leitos, reduzir a mortalidade e melhorar o desempenho operacional na UTI, bem como seus resultados assistenciais.

11.3. Serão monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da Unidade de Terapia Intensiva, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos.

11.4. Será calculado o Índice de Gravidade/Índice Prognóstico dos usuários internados na Unidade de Terapia Intensiva por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada.

11.5. Devem ser monitorados os indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA.

Nota: Estes dados deverão estar em local de fácil acesso e ser disponibilizados à Vigilância Sanitária durante a inspeção sanitária ou quando solicitado.

11.6. Os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada, tal como o sistema NAS (Nursing Active Score) ou que venha sobrepor em discussão com a equipe técnica da CONVENIADA e da CONVENENTE.

## **12. CADASTRO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

12.1. A CONVENIADA deverá manter cadastro atualizado dos profissionais disponibilizados pela mesma. Estes registros deverão ser colocados à disposição da CONVENENTE quando do início das atividades.

12.2 O cadastro deverá conter:

- Curriculum Vitae do Profissional;
- Foto 3x4;
- Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pelo MEC e Conselho Regional de Classe, quando couber;
- Residência Médica ou Título de Especialista nas especialidades médicas definidas no item 3.3.
- Documentação comprobatória dos profissionais especialistas que respondem ao gerenciamento técnico e administrativo da UTI, obedecendo a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012.



### **13. TRANSPORTE DE PACIENTES**

13.1. O transporte intra-hospitalar do paciente grave é de responsabilidade da CONVENIADA, devendo esse ocorrer com o acompanhamento de um médico e de um enfermeiro.

13.2. Em caso de transporte intra-hospitalar para realização de algum procedimento diagnóstico ou terapêutico, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino.

13.3. O transporte inter-hospitalar de paciente grave é de responsabilidade da CONVENIENTE, devendo este ocorrer com o acompanhamento de médico e enfermeiro da CONVENIADA, seguidos os requisitos constantes na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

13.4. Em caso de transferência inter-hospitalar por alta da UTI, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência, o qual será entregue no local de destino do paciente.

13.5. O relatório de transferência, é de responsabilidade da CONVENIADA, deve conter, no mínimo: I - Dados referentes ao motivo de internação na UTI e diagnósticos de base;

II - Dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo realização de procedimentos invasivos, intercorrências, infecções, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos;

III - Dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários e cuidados administrados antes da transferência, perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrio ácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas.

### **14. RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA**

14.1. Constitui responsabilidade da CONVENIADA:

a) O gerenciamento da escala médica através da indicação ou substituição dos profissionais que executarão o trabalho;

b) A supervisão e acompanhamento do desempenho dos profissionais que atuarão na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos.

c) A implantação e supervisão de protocolos para o atendimento médico assistencial da UTI, definidos pela CONVENIENTE;

- d) A cobertura do atendimento médico 24 horas/dia, sete dias por semana, bem como em casos de catástrofes, objetivando sempre manter o número suficiente de médicos para atendimento a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, ambas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- e) Providenciar a substituição dos profissionais de forma que o atendimento não seja descontinuado;
- f) Zelar pelos equipamentos de propriedade da CONVENIENTE e responder por qualquer dano causado, independente da culpa;
- g) Preencher fichas e emitir relatórios necessários, que fazem parte obrigatória da documentação objeto da prestação do serviço;
- h) Registrar no prontuário do paciente todo o atendimento realizado, objeto da prestação de serviço;
- i) Responder civil, penal e administrativamente por todos os danos causados ao paciente, decorrentes da ação ou omissão na prestação de serviço;
- j) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica nos termos na Resolução CFM 1931/2009 e/ou outra que venha substituí-la;
- k) Cumprir e fazer cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 1802/2006 e/ou outra que venha substituí-la;
- l) Cumprir e fazer cumprir a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, e/ou outra que venha substituí-la;
- m) Toda a Equipe de Trabalho sob responsabilidade da CONVENIADA deve estar adequadamente uniformizada, com o uso de equipamento de uso pessoal, IDENTIFICADA COM CRACHÁ DE FÁCIL IDENTIFICAÇÃO, devendo estabelecer uma linguagem uniforme, integrada e uma postura acolhedora aos usuários que buscam a Assistência;
- n) A CONVENIADA deve instalar controle de acesso e frequência dos seus profissionais, deixando à disposição da CONVENIENTE;
- o) É de responsabilidade da CONVENIADA O FORNECIMENTO DE REFEIÇÃO aos seus profissionais;
- p) A responsabilidade Ética Profissional da CONVENIADA deverá seguir as orientações da Comissão de Ética Médica da CONVENIENTE;
- q) A CONVENIADA deverá designar coordenador médico que a representará nos assuntos relacionados à prestação do serviço objeto do Convênio, inclusive nas reuniões e demais assuntos de interesse da Equipe Médica de trabalho da CONVENIENTE;
- r) A CONVENIADA deverá designar um Coordenador enfermeiro e fisioterapeuta, que a representará nos assuntos relacionados à prestação do serviço objeto do Convênio;

s) As escalas dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, deverão estar afixadas nas áreas de circulação das unidades de atuação (UTI) e deverão ser entregues até o dia 20 do mês anterior à Diretoria de Divisão Médica e Diretoria de Enfermagem do CONVENENTE;

NOTA: Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B, sarampo, caxumba, rubéola e COVID 19 de acordo com a NR32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde estabelecida pela Portaria TÊM/GM nº 485, de 11 de novembro de 2005.

## **15. RESPONSABILIDADES DA CONVENENTE**

### 15.1 São de responsabilidade da CONVENENTE:

- a) Supervisão do atendimento realizado aos pacientes pelos profissionais da CONVENIADA;
- b) Orientar a equipe da CONVENIADA quanto aos protocolos implantados na Unidade;
- c) Disponibilizar equipamentos na UTI em perfeitas condições de utilização;
- d) Disponibilizar materiais de consumo e medicamentos padronizados necessários à prestação de serviços;
- e) Disponibilizar ambulância UTI, se necessário;
- f) Disponibilizar estar médico para a equipe médica e espaço de descompressão para a equipe de enfermagem;
- g) Acompanhar e avaliar os serviços prestados;
- h) Apresentar aos profissionais da CONVENIADA o sistema de gerenciamento assistencial da Unidade.
- i) Os serviços de apoio como: lavanderia, vigilância, limpeza, alimentação para pacientes, gases medicinais, diagnóstico por imagem, exames laboratoriais, serão de responsabilidade do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos.

## **16. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO**

### 16.1. INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA

Nº	INDICADOR	DESCRIÇÃO	META UTI
	Saída	É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), transferência externa, transferência interna ou óbito. (nº de pacientes dia/média de permanência)	Produzir um número >ou = a 90 saídas da UTI

INDICADORES DE REMUNERAÇÃO VARIÁVEL

Nº	INDICADOR	DESCRIÇÃO	METAS (%) UTI	PONTUAÇÃO (%) UTI
01	Taxa de Ocupação	É a relação percentual entre o número de paciente-dia e número total de leito-dia, incluindo os leitos extra e excluindo os leitos-dia bloqueado.	90%	05
02	Média de Permanência (Dias)	É a relação entre o número de pacientes-dia e o número de saídas. Mede o tempo médio que o paciente permanece internado em uma determinada clínica ou na instituição e o resultado é expresso em dias	7	10
03	Paciente-Dia	Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar	547	07
04	Taxa de Mortalidade em UTI	Razão entre o número total de óbitos de pacientes internados na UTI e o número total de altas da UTI.	9%	05

05	Taxa de reinternação em 24 horas	É a relação percentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa ou causas associadas em até 24 horas após a alta da UTI.	<=1%	03
06	Taxa de utilização de Ventilação Mecânica	Razão entre o número de diade VM sob total de paciente/dia	<=35,83%  Referência: Mediana (percentil 50)  – máximo  <u>Aceitável num primeiro momento</u>  CVE 2018  Hospitais Estado de São Paulo	05
07	Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	Razão entre os casos novos de IPCS no período e número de pacientes com CVC/dia no período, multiplicado por 1.000	<=2,80%  Referência:  CVE 2018	05
08	Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)	Razão entre o número de dia de CVC sob total de paciente/dia.	<=53,64%  Referência:  CVE 2018	05
09	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (UTI) relacionada a cateter vesical	Razão entre casos novos de ITU no período e número de pacientes com SVD no período, multiplicado por 1.000	<=1,93%  Referência:  CVE 2018	05

10	Prontuário evoluídos	Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes, em prontuário eletrônico.	100 %	05
11	Reclamação na ouvidoria em número	Número de pacientes/mês dividido pelo número de ouvidoria registrada/mês.	≤ que 1%	05
12	Incidência de queda de paciente	Relação entre o número de quedas e o número de pacientes/dia, multiplicado por 1.000.	0%	05
13	Índice de Lesão por Pressão	Relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 1.000	≤ que 0,5%	05
14	Incidência de erro de medicação	Relação entre o número de erros relacionados à administração de medicamentos e o número de pacientes/dia, multiplicado por 100.	≤ 0,5 Referência: CGH2018	05
15	Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	Relação entre o número de saídas não planejadas de sonda oro/nasogastroenteral e o número de pacientes com sonda oro/nasogastroenteral / dia. multiplicado por 100	1,78 Referência: CQH 2018	05
16	Incidência de flebite	Relação entre o número de casos de flebite em um determinado período e o número de pacientes/dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.	0,24% Referência: CQH2018	05
17	Incidência de perda de cateter venoso central	Relação entre o número de perda de cateter venoso central e o número de pacientes com cateter venoso central, multiplicado por 100.	0,20 Referência: CQH 2018	05

18	Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC)	<p>Relação entre o número de perdas de cateter central de inserção periférica (PICC), multiplicado por 100.</p> <p><math>Taxa = \frac{N^\circ \text{ pacientes } / \text{ dia com CVC/PIC} \times 100}{N^\circ \text{ de perdas.}}</math></p>	0,20	05
			Referência: CQH 2018	
19	Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal.	Relação entre o número de extubação não planejada e o número de paciente intubado/dia, multiplicado por 100.	0,51	05
			Referência: CQH 2018	
<b>Total</b>				<b>100</b>

## 17. INDICADORES PARA MONITORAMENTO

17.1. Os indicadores serão monitorados mensalmente e avaliados trimestralmente, sendo que o não cumprimento das metas resultará em dedução do valor de repasse, que será descontado proporcionalmente ao peso do indicador não alcançado.

17.2. A aceitação dos serviços prestados pela CONVENIADA ficará vinculada a avaliação dos indicadores acima previstos.

17.3. Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes da Unidade e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da CONVENIADA.

## 18. ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS

### 18.1 Reunião com a Direção

As reuniões deverão ocorrer mensalmente, com apresentação dos indicadores e evolução dos índices quantitativos e qualitativos pela CONVENIADA. Na oportunidade serão revistos os processos envolvidos, bem como a validação de fluxos na busca por sinergia entre as unidades intra- hospitalares.

A CONVENIADA deverá ter como base a gestão transparente das suas ações, visando à sustentabilidade econômico-financeira. Por meio de um representante, prestará contas de toda produção assistencial, bem como a empregabilidade dos recursos financeiros recebidos.

## 18.2. Reuniões com o Corpo Clínico

As reuniões para avaliação qualitativa e discussão de casos devem ocorrer mensalmente ou na periodicidade definida pela CONVENIENTE.

Os Coordenadores, Médico, de Enfermagem e Fisioterapia, da CONVENIADA deverão participar das reuniões de corpo clínico e das comissões, a critério do Hospital, contribuindo efetivamente nas soluções para os problemas de ordem médico administrativo, visando analisar e discutir os processos e riscos inerentes às atividades envolvidas.

A avaliação de desempenho será feita segundo os indicadores acima.

## 19. FISCALIZAÇÃO

19.1. A Diretoria Técnica do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos fará, por ocasião do início da gestão das Unidades especificadas, a indicação do Gestor e Fiscalizador do Convênio;

19.2. O Gestor e Fiscalizador de Convênio designados deverão observar, por ocasião de suas atribuições de acompanhamento e fiscalização quanto à execução do Convênio, as determinações estabelecidas neste Termo de Referência e demais cláusulas contratuais. Neste sentido considera-se:

I - Fiscal do Convênio - servidor com perfil administrativo especialmente designado pela administração, com atribuições de acompanhar e controlar o Convênio administrativo. Deverá ter foco na relação jurídica com a CONTRATADA, observando o cumprimento das regras previstas no termo de Convênio e ainda buscar os resultados esperados no ajuste;

II - Gestor do Convênio - servidor com perfil técnico especialmente designado pela administração, com atribuições de acompanhar e controlar in loco a execução do serviço. Deverá ter foco na execução do objeto contratual, atestando os serviços efetivamente realizados, assim como realizar todos os apontamentos necessários relacionados à execução do objeto do convênio;

19.3. São atribuições do Fiscal do Convênio:

I - Acompanhar e administrar o Convênio administrativo para o qual foi nomeado, proporcionando às partes todos os meios legais para o ideal desempenho das atividades;

II - Notificar a CONVENIADA quanto à ocorrência de qualquer fato que gere o descumprimento das cláusulas contratuais, determinando o que for necessário à regularização das falhas observadas, devendo estabelecer prazo para soluções de eventuais pendências;

III - Manter pasta individualizada, para arquivamento de documentos relativos à sua execução, tais como: cópia do convênio, cópias dos termos aditivos, relatórios de execução, cópias de correspondências enviadas e recebidas, inclusive por e-mail, prestação de contas mensais;



IV Analisar mensalmente a prestação de contas dos gastos declarados pela CONVENIADA, notificando, através da autoridade competente, a CONVENIADA para que apresente justificativa sobre qualquer discrepância detectada na análise;

V - Avaliar a condução do convênio e quando necessário, balizado pelas diretrizes contratuais, sugerir métodos de racionalização de atividade e gastos inerentes ao Convênio de sua responsabilidade;

VI - Encaminhar à autoridade competente, sugestão de aplicação de sanção prevista no Convênio, em graduação a gravidade da inexecução, quando o objeto estiver sendo executado de forma irregular, em desacordo com as necessidades administrativas pactuadas;

VII - Manter rotineiramente o gestor ou seu substituto informado sobre a execução do convênio, para que o mesmo tenha condições de acompanhar, controlar e fiscalizar o instrumento contratual de sua responsabilidade, nos eventuais impedimentos do titular;

#### 19.4. São atribuições do Gestor do Convênio:

I - Acompanhar e fiscalizar in loco a execução contratual;

II - Emitir relatórios mensais sobre o acompanhamento do Convênio de sua responsabilidade, discriminando o serviço prestado, locais de execução, quantidade, qualidade do serviço prestado, assim como, demais informações necessárias ao regular acompanhamento pela administração das atividades;

III - Manter o gestor da unidade informado de qualquer ocorrência de irregularidade contratual.

Cláusula de Confidencialidade: As informações sobre dados de desempenho e resultados não poderão ser divulgadas a terceiros estando os infratores sujeitos às penalidades estabelecidas em leis.

## 20. ANÁLISE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

20.1. Nos primeiros 03 meses iniciais da vigência do convênio a CONVENIENTE procederá à análise do cumprimento dos Indicadores de Qualidade e Desempenho pela CONVENIADA.

20.2. Da análise referida no item anterior, poderá resultar na necessidade de repactuação das metas estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro.

## 21. DOS PREÇOS

21.1. A CONVENIADA deverá apresentar seus custos, unitário, mensal e total, compreendendo todo o atendimento multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

21.2. Na composição dos custos ofertados, a CONVENIADA deverá contemplar, dentre outros, o adequado dimensionamento da equipe técnica que será alocada na

execução das atividades a serem desenvolvidas nos 20 leitos de UTI adulto do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos “Dr Osíris Florindo Coelho”.

## **22. REPASSES FINANCEIROS**

22.1. Para efeito de repasse financeiro será considerado os procedimentos efetivamente realizados, devendo ser entendido por procedimento toda saída de paciente da UTI Adulto, considerando o número mínimo de 90 saídas/mês, conforme demonstrado no quadro de Indicadores  
- item 16.1.

22.2. Os repasses financeiros à CONVENIADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

- a) 90% (noventa por cento) do valor total do convênio serão pagos em 12 (doze) parcelas fixas mensais, vinculadas ao cumprimento da meta acima estabelecida.
- b) 10% (Dez por cento) do valor total do convênio serão pagos mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e desempenho, conforme sua valoração estabelecida no quadro de Indicadores.

Nota: A avaliação da parte variável será realizada nos meses subsequentes ao fechamento do trimestre, podendo gerar um ajuste financeiro a menos nas parcelas seguintes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores de qualidade

## **23. DISPOSIÇÕES FINAIS**

As questões que porventura não estiverem contempladas neste Termo de Referência, farão parte do Termo de Convênio.

## **24. LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Os serviços serão prestados no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, sito à Rua Prudente de Moraes, nº 257-Vila Correa, Ferraz de Vasconcelos – SP, CEP 08502-230.

Elaborado por:

**MARIA APARECIDA BARCELOS**

**Diretor de Saúde II – DAT**

**Aprovo o Termo de Referência nos Termos do §1º, Art. 7º da Lei Federal nº 8.666/1993 e inciso II, Art. 4º do Decreto nº 66.173/2021.**

DRA. ALINE NOGUEIRA VIEIRA

Diretor Técnica de Saúde III

**ANEXO I-A.1 – Lista de Equipamentos**

<i>EQUIPAMENTOS</i>	<i>MARCA</i>	<i>PATRIMÔNIO</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34778</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34779</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34780</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34781</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34782</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34783</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34784</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34785</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34786</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34787</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34788</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34789</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34790</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34791</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34792</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34793</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34794</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34795</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34796</i>
<i>Cama Elétrica</i>	<i>D'Aquino</i>	<i>34797</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34542</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34543</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34545</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34546</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34547</i>

<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34548</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifeme</i>	<i>34549</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34550</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34551</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34552</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34553</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34554</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34555</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34556</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34557</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34558</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34559</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34560</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34561</i>
<i>Monitor de Multiparâmetros</i>	<i>Lifemed</i>	<i>34562</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Dixtal</i>	<i>35029</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Dixtal</i>	<i>35030</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Dixtal</i>	<i>35031</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34038</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34980</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34984</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34988</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34991</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34992</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34994</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>34996</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35034</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35035</i>

<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35036</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35037</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35039</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35040</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35041</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35042</i>
<i>Ventilador Pulmonar</i>	<i>Magnamed</i>	<i>35043</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34604</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34606</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34608</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34609</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34612</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34613</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34614</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34621</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34622</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34623</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34625</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34629</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34631</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34633</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34634</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34635</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34637</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34638</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34639</i>
<i>Poltrona Hospitalar</i>	<i>ALFRS</i>	<i>34640</i>
<i>Carro Maca</i>	<i>D' Aquino</i>	<i>34800</i>

<i>Carro Maca</i>	<i>D' Aquino</i>	<i>34801</i>
<i>Cadeira de Rodas</i>	<i>Life</i>	<i>34335</i>
<i>Cadeira de Rodas</i>	<i>Life</i>	<i>34336</i>
<i>Desfibrilador em carro de emergência</i>	<i>Nihon Kohden</i>	<i>34594</i>
<i>Carro de medicamentos</i>		
<i>Televisão 40 polegadas</i>	<i>AOC</i>	<i>33914</i>
<i>03 Microcomputadores</i>		
<i>01 impressora lekmark 360</i>		

## ANEXO I-B – PLANILHA DE ORÇAMENTO

Objeto do Serviço	Quantidade por mês	Valor Unitário	Valor Mensal
Gerenciamento de 20 (vinte) UTI Adulto	20 (vinte) leitos	R\$	R\$
Valor Total XX meses			R\$
Valor total por extenso:			

Validade da proposta (180) dias

(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

**ANEXO I-B.1 – PLANILHA DE CUSTOS**
**PLANILHA DE ORÇAMENTO UTI ADULTO**

DATA:

RAZÃO SOCIAL

:

**EQUIPE MÉDICA - POSTO DE TRABALHO**

SETOR	SERVIÇO	OBSERVAÇÃO O POSTO E HORÁRIO	QUANTIDADE PROFISSIONAIS (A)	VALOR DIÁRIO/ MÊS (B)	SUBTOTAL (C) (AxB)	TOTAL MENSAL (D) (Cx30)	TOTAL 12 MESES (E) (Dx12)
UTI ADULTO	Médico Plantonista Diurno	07:00 às 19:00	2				
	Médico Plantonista Noturno	19:00 às 07:00	2				
	Médico Diarista Matutino	07:00 às 11:00	2				
	Médico Diarista Verpertino	13:00 às 17:00	2				
<b>TOTAL EQUIPE MÉDICA</b>						R\$ -	R\$ -

**EQUIPE ENFERMAGEM - POSTO DE TRABALHO**

SETOR	SERVIÇO	OBSERVAÇÃO O POSTO E HORÁRIO	QUANTIDADE PROFISSIONAIS (A)	VALOR DIÁRIO/ MÊS (B)	SUBTOTAL (C) (AxB)	TOTAL MENSAL (D) (Cx30,5)	TOTAL 12 MESES (E) (Dx12)
UTI ADULTO	Enfermeiro Diurno	07:00 às 19:00	2				
	Enfermeiro Noturno	19:00 às 07:00	2				
	Téc. Enfermagem Diurno	07:00 às 19:00	10				
	Téc. Enfermagem Noturno	19:00 às 07:00	10				
<b>TOTAL EQUIPE ENFERMAGEM</b>						R\$ -	R\$ -

**EQUIPE FISIOTERAPIA - POSTO DE TRABALHO**

SETOR	SERVIÇO	OBSERVAÇÃO O POSTO E HORÁRIO	QUANTIDADE PROFISSIONAIS (A)	VALOR DIÁRIO/ MÊS (B)	SUBTOTAL (C) (AxB)	TOTAL MENSAL (D) (Cx30)	TOTAL 12 MESES (E) (Dx12)
UTI ADULTO	Fisioterapeuta Matutino	6 Horas	2				
	Fisioterapeuta Verpertino	6 Horas	2				
	Fisioterapeuta Noturno	6 Horas	2				
<b>TOTAL EQUIPE FISIOTERAPIA</b>						R\$ -	R\$ -

**EQUIPE FONOAUDIOLOGIA - POSTO DE TRABALHO**
**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos "Dr. Osiris Florindo Coelho"**

 Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com)



SETOR	SERVIÇO	OBSERVAÇÃO DO POSTO E HORÁRIO	QUANTIDADE PROFISSIONAIS (A)	VALOR DIÁRIO/MÊS (B)	SUBTOTAL (C) (AxB)	TOTAL MENSAL (D) (Cx30)	TOTAL 12 MESES (E) (Dx12)
UTI ADULTO	Fonoaudiologia Matutino	6 Horas	2				
	Fonoaudiologia Verpertino	6 Horas	2				
	Fonoaudiologia Noturno	6 Horas	2				
<b>TOTAL EQUIPE FONOAUDIOLOGIA</b>						R\$ -	R\$ -

**EQUIPE ADMINISTRATIVA - POSTO DE TRABALHO**

SETOR	SERVIÇO	OBSERVAÇÃO DO POSTO E HORÁRIO	QUANTIDADE PROFISSIONAIS (A)	VALOR DIÁRIO/MÊS (B)	SUBTOTAL (C) (AxB)	TOTAL MENSAL (D) (Cx30)	TOTAL 12 MESES (E) (Dx12)
UTI ADULTO	Auxiliar Administrativo - segunda a domingo	hor. Administ.	2				
<b>TOTAL EQUIPE ADMINISTRATIVA</b>						R\$ -	R\$ -

**CUSTOS INDIRETOS**

DESCREVER DESPESAS	VALOR MENSAL	VALOR 12 MESES
<b>TOTAL CUSTOS INDIRETOS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

R\$

-

**TOTAL GERAL**

DESCRIÇÃO	TOTAL MENSAL (C)	TOTAL 12 MESES (D)
EQUIPE MÉDICA	R\$ -	R\$ -
EQUIPE ENFERMAGEM	R\$ -	R\$ -
EQUIPE FISIOTERAPIA	R\$ -	R\$ -
EQUIPE FONOAUDIOLOGIA	R\$ -	R\$ -
EQUIPE ADMINISTRATIVA	R\$ -	R\$ -
MANUTENÇÃO R\$		
CUSTOS INDIRETOS		R\$ -
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ -</b>

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição) |

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO REGULAR  
PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO**

**À SECRETARIA DA SAÚDE**

Chamamento Público nº 001/2023

Declaramos, sob as penas da Lei, em atendimento ao previsto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não empregamos menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE DE CARGOS E FUNÇÕES**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do representante legal) \_\_\_\_\_, **declaro**, com base no artigo 26, parágrafo 4º, da Lei Federal nº. 8.080/1990, que não exerço cargo de chefia ou função de confiança, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assumo total e inteira responsabilidade pela declaração acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS TERMOS DO CONVÊNIO

Pelo presente instrumento, \_\_\_\_\_ (nome da instituição) \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede \_\_\_\_\_ (endereço) \_\_\_\_\_, através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO nº XXXXXXXX, cujo objeto é a CELEBRAÇÃO PARA CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, declara, sob as penas da lei, que:

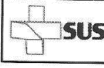
1. Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com o disposto no Convênio, e estão de acordo com o programa de repasse e financeiro disponibilizado pela Secretaria da Saúde.
2. Tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as regras do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Tripartite de Saúde e/ou Comissão Bipartite de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais e seguindo as normas fixadas pela Secretaria da Saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

**ANEXO V**  
**MODELO DE FICHA CADASTRAL**

	<b>FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b> Cadastro de Profissional	Ficha nº 20
<b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b> → INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> <b>2 - IDENTIFICAÇÃO</b> 2.1 - CNES <input type="text"/> 2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>		
<b>34 - DADOS DO PROFISSIONAL</b>		
		CADASTRAMENTO <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> NÃO SUS
<b>34.1 - Dados de Identificação</b>		
34.1.1 - Nome do Profissional <input style="width:100%;" type="text"/>		
34.1.2 - PIS/PASEP <input style="width:20%;" type="text"/>	34.1.3 - CPF <input style="width:20%;" type="text"/>	34.1.4 - Número CNS <input style="width:20%;" type="text"/> 34.1.5 - Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
34.1.6 - Nome da Mãe <input style="width:100%;" type="text"/>		
34.1.7 - Nome do Pai <input style="width:100%;" type="text"/>		
34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional <input style="width:15%;" type="text"/>	34.1.9 - Município de Nascimento <input style="width:30%;" type="text"/>	34.1.10 - Código IBGE do Município <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.11 - UF <input style="width:5%;" type="text"/> 34.1.12 - Raça/Cor <input style="width:10%;" type="text"/>
34.1.13 - Certidão/Tipo <input type="checkbox"/>	34.1.14 - Nome do Cartório <input style="width:80%;" type="text"/>	
34.1.15 - Livro <input style="width:15%;" type="text"/>	34.1.16 - Fls. <input style="width:15%;" type="text"/>	34.1.17 - Termo <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.18 - Data de Emissão <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.19 - Nº Identidade <input style="width:15%;" type="text"/>
34.1.20 - UF <input style="width:5%;" type="text"/>	34.1.21 - Órgão Emissor <input style="width:15%;" type="text"/>	34.1.22 - Data de Emissão <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.23 - Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro
34.1.24 - País de origem (nascimento) <input style="width:15%;" type="text"/>	34.1.25 - Data de Entrada <input style="width:15%;" type="text"/>	34.1.26 - Data de Naturalização <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.27 - Nº da Portaria <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.28 - Nº Título de Eleitor <input style="width:15%;" type="text"/>
34.1.29 - Zona <input style="width:5%;" type="text"/>	34.1.30 - Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	34.1.31 - CTPS Número <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.32 - Série <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.33 - UF <input style="width:5%;" type="text"/> 34.1.34 - Data de Emissão <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.35 - Escolaridade <input style="width:15%;" type="text"/> 34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34.1.37 - Frequente Escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>34.2 - Dados Residenciais</b>		
34.2.1 - Tipo Logradouro <input style="width:20%;" type="text"/>	34.2.2 - Logradouro <input style="width:40%;" type="text"/>	34.2.3 - Número <input style="width:10%;" type="text"/> 34.2.4 - Complemento <input style="width:20%;" type="text"/> 34.2.5 - Bairro/Distrito <input style="width:10%;" type="text"/>
34.2.6 - Município de Residência <input style="width:20%;" type="text"/>	34.2.7 - Código IBGE do Município <input style="width:15%;" type="text"/> 34.2.8 - UF <input style="width:5%;" type="text"/> 34.2.9 - CEP <input style="width:15%;" type="text"/> 34.2.10 - Telefone <input style="width:15%;" type="text"/>	
<b>34.3 - Dados Bancários</b>		
34.3.1 - Banco <input style="width:20%;" type="text"/> Nome <input style="width:20%;" type="text"/>	34.3.2 - Agência <input style="width:20%;" type="text"/> Nome <input style="width:20%;" type="text"/>	34.3.3 - Conta Corrente <input style="width:20%;" type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input style="width:80%;" type="text"/>		Data <input style="width:10%;" type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input style="width:40%;" type="text"/>	Data <input style="width:10%;" type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input style="width:40%;" type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Profissional <input style="width:80%;" type="text"/>		Data <input style="width:10%;" type="text"/>

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE ESPECÍFICA**

Declaro que no momento da assinatura do convênio, será entregue os dados da conta corrente aberta junto ao Banco do Brasil para movimentação específica dos recursos objeto do convênio.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO VII

MINUTA DE CONVÊNIO

Convênio n.º \_\_\_\_\_/2023

Processo nº024.00094559/2023-18

Convênio que entre si celebram o Estado de São Paulo, através da Secretaria da Saúde e \_\_\_\_\_ (**nome da entidade**), visando o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS, com o aporte de recursos financeiros.

Pelo presente instrumento o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representado pelo Secretário da Saúde \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, portador do RG. n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, devidamente autorizado pelo Decreto estadual nº 43.046, de 22 de abril de 1998, doravante denominado SECRETARIA e do outro lado \_\_\_\_\_, C.N.P.J. nº \_\_\_\_\_, com endereço a \_\_\_\_\_, e com estatuto arquivado no \_\_\_\_\_, Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da \_\_\_\_\_, sob n.º \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, neste ato representado por \_\_\_\_\_ (**nome/designação dentro do Estatuto**), \_\_\_\_\_ (**qualificação**), portador do RG. n.º \_\_\_\_\_, CPF. n.º \_\_\_\_\_, doravante denominada CONVENIADA, com fundamento nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal; no artigo 220, parágrafo 4º da Constituição Estadual; nas Leis federais nº. 8.080/90, nº 8.142/90 e nºs 8.666/1993; no Decreto Estadual nº 66.173, de 26/10/2021; na Lei Complementar estadual nº 791/1995; na Lei estadual nº 10.201/1999, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, após o devido procedimento de Chamamento Público nº **001/2023** promovido pela Secretaria da Saúde, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

#### *CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO*

O presente convênio tem por objetivo a conjugação de esforços dos partícipes, por meio da transferência de recursos financeiros da CONVENIENTE para a CONVENIADA destinados a cobrir as despesas com CUSTEIO/ GERENCIAMENTO DE 20 (VINTE) LEITOS DE UTI ADULTO), conforme Plano de Trabalho que integra o presente instrumento como Anexo.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O plano de trabalho poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, por meio de Termo Aditivo, respeitada a legislação vigente e após proposta previamente justificada e parecer técnico favorável do órgão competente e ratificado pelo Secretário da Saúde, vedada a alteração do objeto.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA**

São obrigações da SECRETARIA:

I - repassar os recursos financeiros previstos para a execução do objeto do convênio, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto;

II - publicar, no Diário Oficial do Estado, extrato deste termo e de seus aditivos, contendo, pelo menos, a identificação das partes, o objeto do ajuste, o valor total que será transferido e dados do signatário representante da CONVENIADA;

III - acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos repassados, de acordo com o regulamento de compras da CONVENIADA;

IV - emitir mensalmente relatório técnico de monitoramento de avaliação do convênio;

V - analisar os relatórios financeiros e de resultados;

VI - analisar as prestações de contas encaminhadas pela CONVENIADA de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis;

VII - divulgar pela internet os meios para apresentação de denúncia sobre a aplicação irregular dos recursos transferidos;



VIII - excepcionalmente, mediante justificativa, prorrogar unilateralmente a vigência do instrumento antes do seu término, caso a SECRETARIA der causa ao atraso na liberação dos recursos, limitada a prorrogação ao exato período do atraso, e desde que seja compatível com a execução do objeto do convênio.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA**

São obrigações da entidade CONVENIADA:

I - manter as condições técnicas necessárias ao bom atendimento dos usuários do SUS/SP com zelo pela qualidade das ações e serviços oferecidos, buscando alcançar os resultados pactuados de forma otimizada;

II - alimentar, regularmente, os bancos de dados dos sistemas de informação de interesse do Sistema Único de Saúde – SUS;

III - aplicar os recursos financeiros repassados pela SECRETARIA, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, exclusivamente na execução do objeto do ajuste, na forma prevista no plano de trabalho e de acordo com o regulamento de compras e segundo os princípios relacionados à aplicação de recursos públicos, em especial, da impessoalidade, da economicidade e da razoabilidade;

IV - indicar o(s) nome(s) de responsável(is) pela fiscalização da execução do convênio e manter atualizada a SECRETARIA de qualquer alteração;

V - responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

VI - assegurar as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e à avaliação da execução do objeto do convênio com o fim de permitir e facilitar o acesso de agentes relacionados à fiscalização a todos os documentos relativos à execução do objeto do convênio, prestando-lhes todas e quaisquer informações solicitadas;

VII - apresentar prestações de contas parciais mensalmente e final, de acordo com a Cláusula Sexta deste instrumento, com relatórios de execução do objeto e de execução financeira de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis;

VIII - responsabilizar-se, integral e exclusivamente, pela contratação e pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da SECRETARIA a inadimplência da CONVENIADA em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto do convênio ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;

IX - manter e movimentar os recursos financeiros repassados para a execução do objeto do convênio em uma única, exclusiva e específica conta bancária, isenta de tarifa bancária, aberta junto ao Banco do Brasil;

X- manter registros, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao objeto do convênio, até a publicação de regularidade pelos órgãos competentes, independentemente do prazo legal;

XI - assegurar que toda divulgação das ações objeto do convênio seja realizada com o consentimento prévio e formal da SECRETARIA, bem como conforme as orientações e diretrizes acerca da identidade visual do Governo do Estado de São Paulo;

XII - utilizar os bens materiais e serviços custeados com recursos públicos vinculados à parceria em conformidade com o objeto pactuado, e, caso os bens adquiridos por investimento se tornem desnecessários no estabelecimento da Conveniada, esta deve comunicar à SECRETARIA para que avalie a possibilidade de aproveitamento em outro estabelecimento de saúde que integra o SUS, adotando a CONVENIADA as medidas para sua disponibilização;

XIII - responsabilizar-se pela legalidade e regularidade das despesas realizadas para a execução do objeto do convênio, pelo que responderá diretamente perante a SECRETARIA e demais órgãos incumbidos da fiscalização nos casos de descumprimento;

XIV - comunicar de imediato à SECRETARIA a ocorrência de qualquer fato relevante à execução do presente convênio;

XV – disponibilizar os serviços custeados com os recursos deste convênio ao serviço de regulação, sob pena de ser instaurado expediente para a apuração de descumprimento das obrigações ajustadas;

XVI – Realizar a pedido da SECRETARIA o afastamento de qualquer pessoa dos seus quadros cuja atuação ou permanência apresente comportamento prejudicial ao bom andamento dos serviços desempenhados pela CONVENIADA;

XVII – Disponibilizar, em seu sitio na rede mundial de computadores, a relação de pessoas jurídicas contratadas e dados de sua identificação (endereço, C.N.P.J e outros pertinentes), bem como o objeto do serviço contratado;

XVIII – disponibilizar, em seu sítio na rede mundial de computadores, informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes, valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis e os relatórios físico-financeiros de acompanhamentos, regulamento de compras e de contratação de pessoal (Comunicado SDG nº 49/2020 <sup>3</sup> do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo);

XIX - realizar pagamentos às pessoas físicas e jurídicas à conta do convênio de forma que seja possível a identificação do beneficiário final, mediante depósito em sua conta bancária, para cumprimento ao Comunicado SDG nº 49/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

XX - comunicar à SECRETARIA, por sua instância situada na jurisdição da CONVENIADA, de eventual alteração de seus Estatutos ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

XXI – apresentar demonstrações contábeis, sempre que solicitado pela SECRETARIA, na forma de Fluxo de Caixa, para avaliação da saúde financeira da Conveniada, estando assegurado pela SECRETARIA o sigilo das informações;

XXII – apresentar, ao final de cada exercício financeiro seguinte à transferência dos recursos, demonstrativos contábeis e financeiros, com indicação dos valores repassados pela SECRETARIA, e correspondentes despesas realizadas, acompanhado de conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica aberta para a movimentação dos recursos provenientes do presente termo;

XXIII - apresentar certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC – comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e

demonstrações contábeis da CONVENIADA, conforme artigos 136, XIX e 155, XIV das Instruções nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, atualizadas pelas Resoluções 23/2022 e 11/2021;

XXIV - exigir, de empregados, em qualquer hipótese, o cumprimento da jornada contratual, por meio de ponto biométrico;

XXV - declarar, por escrito e sob as penas da Lei, anteriormente à eventual contratação da prestação de serviços de pessoa jurídica, de que não dispõe a conveniada de pessoal próprio suficiente para a execução do objeto do convênio;

XXVI- restituir à SECRETARIA os valores transferidos em caso de existência de saldo e/ou inexecução do ajuste no prazo máximo e improrrogável de 30 (trinta) dias do encerramento da vigência, da denúncia ou da rescisão do presente convênio;

XXVII- cumprir a Lei Federal nº 13.709/2018 no âmbito da execução do objeto deste Convênio e observar as instruções por escrito da SECRETARIA no tratamento de dados pessoais;

XXVIII – utilizar o e-mail da entidade informado no preâmbulo deste instrumento para receber as comunicações enviadas pela SECRETARIA.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Ficam vedadas as seguintes práticas por parte da CONVENIADA:

- a) utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pela SECRETARIA para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;
- b) realizar despesa em data anterior à vigência do instrumento;
- c) contrair obrigações em data posterior à vigência deste instrumento;
- d) realizar qualquer cobrança direta ou indireta ao paciente vinculado ao SUS por qualquer serviço referente à assistência a ele prestada;
- e) efetuar pagamento a qualquer título à pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do convênio ou sem a devida contraprestação para a execução do convênio;
- f) celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e ainda com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual;
- g) contratar a prestação de serviço ou fornecimento de bens com a empresa que tenha entre seus empregados cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, daqueles que exercem cargos em comissão

de direção ou assessoramento vinculados aos quadros da SECRETARIA ou da CONVENIADA;

h) aplicar dos recursos repassados com despesas de: taxas administrativas, tarifas, juros moratórios, multas, pagamento de dívidas anteriormente contraídas, recursos humanos não envolvidos na consecução do objeto do convênio, consultorias e honorários advocatícios.

i) subcontratar o objeto principal do convênio, utilizando o repasse de recursos como mero “convênio de passagem”, prática essa coibida pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - que entende como irregular a subcontratação quase que integral do objeto do convênio.

j) em observância à Lei Federal nº 12.846/2013 e ao Decreto Estadual nº 60.106/2014, oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, tampouco aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, por conta própria ou por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie indevidos relacionados de forma direta ou indireta ao objeto deste ajuste, o que deve ser observado, ainda, pelos seus prepostos, colaboradores e eventuais subcontratados;

k) contratar ou remunerar, a qualquer título, com os recursos repassados, servidor ou empregado público, inclusive ocupantes de cargo em comissão ou função de confiança de órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta do Estado de São Paulo, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA TRANSFERÊNCIA E APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Para a execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros no montante global estimado de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), a ser repassado em parcelas mensais estimadas em R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), onerando a seguinte classificação orçamentária, e de acordo com o item \_\_\_\_\_ do Termo de Referência, que consta como Anexo deste instrumento.

UGE: \_\_\_\_\_

Programa de Trabalho: 10.302.0930.6213.000

Natureza de despesa: 33 50 43

Fonte de Financiamento – Fundo Estadual de Saúde

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os Indicadores Qualitativos e Quantitativos, especificados no item [\_\_\_\_\_] do Termo de Referência, e que segue como Anexo deste instrumento.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas no orçamento da Secretaria da Saúde, devendo ser observadas as regras relativas à gestão orçamentária e financeira, inclusive quanto aos restos a pagar, dentre elas o Decreto nº 63.894/2018.

**PARÁGRAFO QUARTO** – A liberação dos recursos está condicionada à inexistência de registros em nome da CONVENIADA junto ao CADIN ESTADUAL. O cumprimento desta condição poderá se dar pela comprovação, pela CONVENIADA, de que os registros estão suspensos, nos termos do artigo 8º, da Lei estadual nº 12.799/2008.

**PARÁGRAFO QUINTO** – A liberação dos recursos de que trata esta cláusula fica condicionada à apresentação mensal do Relatório de Execução até o primeiro dia útil subsequente ao mês que foram prestados os serviços, e que deverá ser validado pela Unidade onde são prestados os serviços conveniados, sendo que na hipótese de glosas, será comunicado à conveniada.

**PARÁGRAFO SEXTO** – As parcelas do convênio serão liberadas em estrita conformidade com o plano de aplicação aprovado e de acordo com a legislação pertinente, exceto nos casos previstos nos incisos I, II e III do parágrafo 3º do artigo 116 da lei federal nº 8.666/93, casos em que as mesmas ficarão retidas até o saneamento das impropriedades verificadas.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** – Até a sua utilização a CONVENIADA deverá manter os recursos recebidos na conta exclusiva para o cumprimento dos compromissos decorrentes deste convênio, no Banco do Brasil – Banco 001 – Agência [\_\_\_\_\_] - Conta Corrente nº. [\_\_\_\_\_]. Eventual alteração da conta indicada deverá ser previamente comunicada pela CONVENIADA à SECRETARIA, que realizará as devidas anotações e publicação no D.O.E.

**PARÁGRAFO OITAVO** – Os recursos recebidos por este instrumento deverão ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não forem empregados em sua finalidade, sendo que as receitas financeiras auferidas serão obrigatoriamente computadas a crédito do convênio, e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas do ajuste.

**PARÁGRAFO NONO** – Na aplicação dos recursos financeiros destinados à execução deste convênio, os partícipes deverão observar o quanto segue:

- a) no período correspondente ao intervalo entre a transferência dos recursos e a sua efetiva utilização, os valores correspondentes deverão ser aplicados, por intermédio do Banco do Brasil S/A ou outra instituição financeira que venha a funcionar como Agente Financeiro do Tesouro do Estado, em caderneta de poupança, se o seu uso for igual ou superior a 1 (um) mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto, lastreada em títulos da dívida pública, quando a sua utilização verificar-se em prazos inferiores a um mês;
- b) quando da prestação de contas tratada na cláusula sexta, deverão ser anexados os extratos bancários contendo o movimento diário (histórico) da conta, juntamente com a documentação referente à aplicação das disponibilidades financeiras, a serem fornecidos pela instituição financeira indicada;
- c) o descumprimento do disposto neste parágrafo obrigará a CONVENIADA à reposição ou restituição do numerário recebido, acrescido da remuneração da caderneta de poupança no período, computada desde a data do repasse até a data do efetivo depósito;
- d) as notas fiscais/faturas ou comprovantes de despesas efetuadas para a execução do objeto do Convênio serão emitidas em nome da CONVENIADA, conforme o caso, devendo mencionar o número do presente Convênio SES Nº \_\_\_/\_\_\_;

**PARÁGRAFO DÉCIMO** - Em caso de não cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, a CONVENIADA poderá ser obrigada a restituir proporcionalmente valores repassados, respeitando-se as demonstrações de despesas e justificativas por ela apresentadas.

**CLÁUSULA QUINTA – DO CONTROLE, DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS.**

A execução do presente convênio será avaliada pela UNIDADE e pela Secretaria da Saúde, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio, devendo para tanto:

- a) Avaliar trimestralmente o cumprimento de metas e o desempenho da CONVENIADA e os resultados alcançados na execução do objeto do convênio, e fazer recomendações para o atingimento dos objetivos perseguidos;
- b) monitorar o uso dos recursos financeiros, por meio da solicitação de relatório à CONVENIADA, que deverá apresentá-lo no prazo assinalado pelo gestor do

convênio;

- c) analisar a vinculação dos gastos ao objeto do convênio celebrado, bem como a razoabilidade desses gastos;
- d) solicitar, quando necessário, reuniões extraordinárias e realizar visitas técnicas no local de realização do objeto do convênio com a finalidade de obter informações adicionais que auxiliem no desenvolvimento dos trabalhos;
- e) emitir relatório conclusivo sobre os resultados alcançados no período, contendo a avaliação das justificativas apresentadas no relatório técnico de monitoramento e avaliação, recomendações, críticas e sugestões.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

As prestações de contas pela CONVENIADA dos recursos recebidos da SECRETARIA deverão ser parciais e final, em até 30 (trinta) dias do término da vigência do convênio e eventual prorrogação, observadas as normas e instruções técnicas na forma exigida pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e deverá ser instruída com os seguintes instrumentos:

- a) quadro demonstrativo discriminando a receita e a despesa;
- b) relação dos pagamentos efetuados e identificação dos beneficiados, acompanhados dos respectivos comprovantes de realização das despesas;
- c) relação de materiais adquiridos;
- d) conciliação de saldo bancário;
- e) cópia do extrato bancário da conta específica;
- f) relatório consolidado das atividades desenvolvidas contendo o comparativo entre as metas pactuadas no plano de trabalho e as metas realizadas;
- g) comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As prestações de contas parciais deverão ser apresentadas mensalmente à SECRETARIA até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente, acompanhado de:

- a) relatório consolidado das atividades desenvolvidas no período, em conformidade com as ações previstas no Plano de Trabalho;



b) relação dos pagamentos efetuados com os recursos financeiros liberados pela SECRETARIA, acompanhados dos respectivos comprovantes de realização das despesas.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A apresentação da prestação de contas a que se refere o § 1º desta cláusula será encaminhada pela CONVENIADA à SECRETARIA, e sua aprovação constituirá requisito necessário para a transferência das parcelas subseqüentes.

*PARÁGRAFO TERCEIRO* - A SECRETARIA informará à CONVENIADA eventuais irregularidades encontradas na prestação de contas, as quais deverão ser sanadas no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de recebimento da comunicação.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres Públicos, corrigidos monetariamente, aplicando-se a remuneração da caderneta de poupança - computada desde a data do repasse e até a data da efetiva devolução - no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da notificação expedida pela SECRETARIA, na conta bancária \_\_\_\_\_, relativa à fonte dos recursos transferidos, ou seja, \_\_\_\_\_ (FUNDES ou TESOURO) abaixo indicada:

- FUNDES, Banco 001, Agência: 1897 X, Conta Corrente 100 919-2.
- TESOURO, Banco 001, Agência: \_\_\_\_\_)

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DO GESTOR DO CONVÊNIO**

O gestor do convênio indicado pela SECRETARIA fará a interlocução técnica com a CONVENIADA, bem como o acompanhamento, o monitoramento e a fiscalização da execução do objeto do convênio, devendo zelar pelo seu adequado cumprimento e manter a SECRETARIA informada sobre o andamento das atividades, competindo-lhe em especial:

- a) informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas do convênio e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;
- b) emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final;

c) comunicar ao superior imediato a inexecução por culpa exclusiva da CONVENIADA;

d) acompanhar as atividades desenvolvidas e monitorar a execução do objeto do convênio nos aspectos administrativo, técnico e financeiro, propondo as medidas de ajuste e melhoria segundo as metas pactuadas e os resultados observados, com o assessoramento que lhe for necessário;

e) solicitar, quando necessário às atividades de monitoramento, a realização de reuniões com representantes legais da CONVENIADA para assegurar a adoção das diretrizes constantes deste termo e do plano de trabalho.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Fica designado como gestor o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_  
(nome completo, cargo e lotação).

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - O gestor do convênio poderá ser alterado a qualquer tempo pela SECRETARIA, que realizará as devidas anotações mediante registro nos autos e publicação no D.O.E.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Em caso de ausência temporária do gestor deverá ser indicado substituto que assumirá a gestão até o retorno daquele.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Fica designado como representante da CONVENIADA o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_  
(nome completo, cargo e documento).

#### **CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES DO CONVÊNIO**

O presente Convênio poderá ser alterado, mediante Termo Aditivo, em qualquer de suas cláusulas e condições, de comum acordo, desde que tal interesse seja manifestado por qualquer dos partícipes, previamente e por escrito, observado o disposto no parágrafo único da Cláusula Primeira.

#### **CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de \_\_\_\_\_ ( ) meses, tendo por termo inicial a data de assinatura.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – O presente poderá ser prorrogado por motivo relevante devidamente justificado, corroborado por parecer técnico favorável da área competente, e após aprovação da SECRETARIA, mediante termo aditivo, respeitada a legislação vigente e pelo lapso de tempo compatível com o prazo de execução do objeto do convênio, não podendo ultrapassar o prazo de 5 (cinco) anos previsto no art. 10, letra “g”, do Decreto nº 66.173/2021.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A vigência do presente Convênio nos exercícios financeiros subsequentes ao de sua assinatura estará condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO**

Este Convênio poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, por infração legal, ou pela superveniência de norma legal, ou ainda denunciada por ato unilateral, mediante notificação prévia de **120 (cento e vinte) dias**, respeitada a obrigatoriedade de prestar contas dos recursos já recebidos.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Quando da denúncia ou rescisão do Convênio, os saldos financeiros remanescentes serão devolvidos **no prazo de 30 (trinta) dias**, contados da data do evento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS SALDOS FINANCEIROS REMANESCENTES**

Quando da conclusão, denúncia ou rescisão do presente convênio, não tendo ocorrido à utilização total dos recursos recebidos da SECRETARIA, fica a entidade CONVENIADA obrigada a restituir, no prazo improrrogável **de 30 (trinta) dias**, contados da data da finalização do presente convênio, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras, acrescidos da remuneração da caderneta de poupança, computada desde a data do repasse e até a data da efetiva devolução, sem prejuízo das demais responsabilidades.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – A não restituição e inobservância do disposto no caput desta cláusula ensejará a imediata instauração dos procedimentos legais visando a restituição dos valores e comunicação dos órgãos de controle interno e externos, com a proposta das medidas legais cabíveis, dentre elas a tomada de contas especial, sem prejuízo da

inscrição da entidade no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais – CADIN estadual, nos termos da Lei nº 12.799, de 11 de janeiro de 2008.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO**

O presente instrumento deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo **de 20 (vinte) dias** a contar da data de sua assinatura.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

A CONVENIADA deve cumprir a Lei Federal nº 13.709/2018 no âmbito da execução do objeto deste Convênio e observar as instruções por escrito da SECRETARIA no tratamento de dados pessoais.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A CONVENIADA deve assegurar que o acesso a dados pessoais seja limitado aos empregados, prepostos ou colaboradores que necessitem conhecer/acessar os dados pertinentes, na medida em que sejam estritamente necessários para as finalidades deste Convênio, e cumprir a legislação aplicável, assegurando que todos esses indivíduos estejam sujeitos a compromissos de confidencialidade ou obrigações profissionais de confidencialidade.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Considerando a natureza dos dados tratados, as características específicas do tratamento e o estado atual da tecnologia, assim como os princípios previstos no caput do art. 6º da Lei Federal nº 13.709/2018, a CONVENIADA deve adotar, em relação aos dados pessoais, medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados e informações de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Considerando a natureza do tratamento, a CONVENIADA deve, enquanto operadora de dados pessoais, implementar medidas técnicas e organizacionais apropriadas para o cumprimento das obrigações da SECRETARIA previstas na Lei Federal nº 13.709/2018.

**PARÁGRAFO QUARTO** - A CONVENIADA deve:

- a) imediatamente notificar a SECRETARIA ao receber requerimento de um titular de dados, na forma prevista no artigo 18 da Lei Federal nº 13.709/2018; e
- b) quando for o caso, auxiliar a SECRETARIA na elaboração da resposta ao requerimento a que se refere o inciso I deste parágrafo.

**PARÁGRAFO QUINTO** - A CONVENIADA deve notificar à SECRETARIA, imediatamente, a ocorrência de incidente de segurança relacionado a dados pessoais, fornecendo informações suficientes para que a SECRETARIA cumpra quaisquer obrigações de comunicar à autoridade nacional e aos titulares dos dados a ocorrência do incidente de segurança sujeita à Lei Federal nº 13.709/2018.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A CONVENIADA deve adotar as medidas cabíveis para auxiliar na investigação, mitigação e reparação de cada um dos incidentes de segurança.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A CONVENIADA deve auxiliar a SECRETARIA na elaboração de relatórios de impacto à proteção de dados pessoais, observado o disposto no artigo 38 da Lei Federal nº 13.709/2018, no âmbito da execução deste Contrato.

**PARÁGRAFO OITAVO** - Na ocasião do encerramento deste Convênio, a CONVENIADA deve, imediatamente, ou, mediante justificativa, em **até 10 (dez) dias úteis** da data de seu encerramento, devolver todos os dados pessoais à SECRETARIA ou eliminá-los, conforme decisão da SECRETARIA, inclusive eventuais cópias de dados pessoais tratados no âmbito deste Convênio, certificando por escrito, à SECRETARIA, o cumprimento desta obrigação.

**PARÁGRAFO NONO** - A CONVENIADA deve colocar à disposição da SECRETARIA, conforme solicitado, toda informação necessária para demonstrar o cumprimento do disposto nesta cláusula, e deve permitir auditorias e contribuir com elas, incluindo inspeções, pela SECRETARIA ou auditor por ele indicado, em relação ao tratamento de dados pessoais.

**PARÁGRAFO DEZ** - Todas as notificações e comunicações realizadas nos termos desta cláusula devem se dar por escrito e ser entregues pessoalmente, encaminhadas pelo correio ou por e-mail para os endereços físicos ou eletrônicos informados em documento escrito emitido por ambas as partes por ocasião da assinatura deste Convênio, ou outro endereço informado em notificação posterior.

**PARÁGRAFO ONZE** - A CONVENIADA responderá por quaisquer danos, perdas ou prejuízos causados à SECRETARIA ou a terceiros decorrentes do descumprimento da Lei Federal nº 13.709/2018 ou de instruções da SECRETARIA relacionadas a este Convênio, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização da SECRETARIA em seu acompanhamento.

**PARÁGRAFO DOZE** - Caso o objeto da presente parceria envolva o tratamento de dados pessoais com fundamento no consentimento do titular de que trata o inciso I do artigo 7º da Lei nº 13.709/2018, deverão ser observadas pela CONVENIADA ao longo de toda a vigência do convênio todas as obrigações específicas vinculadas a essa hipótese legal de tratamento de dados pessoais, conforme instruções por escrito da SECRETARIA.

**PARÁGRAFO TREZE** - É vedada a transferência de dados pessoais, pela CONVENIADA, para fora do território do Brasil

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – SUBCONTRATAÇÃO**

Mediante prévia e expressa autorização da SECRETARIA, a CONVENIADA poderá subcontratar parte do objeto conveniado, observado o limite de **até 40% (quarenta por cento)** do valor total do convênio, para a execução das seguintes atividades: equipe médica e multiprofissional assistencial.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A autorização dada pela SECRETARIA é condição para a subcontratação regular, mas não implica em partilha nem redução das responsabilidades assumidas pela CONVENIADA.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Cabe à CONVENIADA zelar pela perfeita execução do objeto do convênio, bem como pela padronização, compatibilidade, gerenciamento centralizado e qualidade dos serviços, supervisionando as atividades da subcontratada e respondendo

direta e solidariamente perante a SECRETARIA pelo cumprimento das obrigações que forem objeto de subcontratação.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Não serão realizados repasses de recursos diretamente às subcontratadas.

**PARÁGRAFO QUARTO** - A subcontratação será formalizada de acordo com o seguinte procedimento:

- a) submissão, pela CONVENIADA, de pedido fundamentado de subcontratação em **até 02 (dois) dias da assinatura do Convênio**, acompanhado de planilha detalhada demonstrando a quantidade e o valor das parcelas que serão subcontratadas;
- b) autorização prévia, por escrito, da SECRETARIA para a subcontratação;
- c) apresentação, pela subcontratada, dos documentos de regularidade jurídica, fiscal e trabalhista exigidos na habilitação do procedimento seletivo;
- d) análise e aprovação por escrito, pela SECRETARIA, da documentação apresentada pela subcontratada. A subcontratada que não demonstrar a regularidade da documentação exigida na alínea “c” poderá ser substituída pela CONVENIADA, mantido o mesmo objeto, no prazo que lhe for assinalado pela SECRETARIA.
- e) apresentação de cópia do Termo de Subcontratação ou ajuste equivalente celebrado entre a CONVENIADA e a subcontratada, o qual será juntado aos autos do processo administrativo.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Somente serão permitidas as subcontratações prévia e regularmente autorizadas pela SECRETARIA.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A subcontratação não formalizada segundo o procedimento previsto no parágrafo quarto e de acordo com as condições previstas no Termo de Referência, aplicável inclusive nas hipóteses de substituição da subcontratada, constituirá motivo para a rescisão unilateral do convênio.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO**

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Convênio é o da Capital do Estado, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos partícipes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Fica ajustado, ainda, que:

I – Consideram-se partes integrantes do presente convênio, como se nele estivessem transcritos:

- a) o Anexo I – Termo de Referência;
- b) o Anexo II – Plano de Trabalho.

II – Aplicam-se às omissões deste convênio as Portarias e Resoluções que regem o Sistema Único de Saúde e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie.

E, assim, por estarem os partícipes justos e acordados, firmam o presente convênio, assinado em 02 (duas) vias pelos representantes legais, na presença de 02 (duas) testemunhas, para publicação e execução.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_

**Presidente da Instituição**

\_\_\_\_\_

**Secretário de Estado da Saúde**

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ANEXO VIII**

**REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO**

*(redação dada pela Resolução nº 11/2021)*

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): \_\_\_\_\_

CONVENIADA: \_\_\_\_\_

TERMO DE CONVÊNIO N°(DE ORIGEM): \_\_\_\_\_

OBJETO: \_\_\_\_\_ VALOR

DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): \_\_\_\_\_ EXERCÍCIO (1):

ADVOGADO(S) N° OAB/E-MAIL: (2) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

**2 Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

**LOCAL e DATA:**

---

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:**

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**

**PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

**DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

---

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.

(\*) O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021*

**ANEXO IX**  
**PLANO DE TRABALHO****I – INTRODUÇÃO****a) Breve Histórico da Instituição**

Missão. Deve conter data de início das atividades, tipos de assistências, quantidade de atendimentos por ano, fonte de recursos financeiros, região atendida e outras informações que julgar relevante.

**IMPORTANTE:** o pedido da instituição deve estar coerente com seu histórico.

**b) Características da Instituição**

Participação no SUS.

Descrever especialidades, quantidade de profissionais, tipo de complexidade atendida, quantidade de atendimentos / procedimentos e outras informações que julgar relevante.

**II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS****a) Entidade**

<i>Razão Social</i>			
<i>CNPJ</i>			
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i>			
<i>Endereço</i>			
<i>Cidade</i>			<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>DDD/Telefone</i>		
<i>E-mail</i>			
<i>Banco BANCO DO BRASIL</i>	<i>Agência</i>	<i>Conta Corrente</i>	<i>Praça de Pagamento (*)</i>

(\*) Declaramos que esta Conta corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

**B) Responsáveis**

<i>Responsável pela Instituição</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos "Dr. Osiris Florindo Coelho"**

Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com) |

<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

<i>Responsável pela Instituição</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

### III - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ÓRGÃO INTERVENIENTE / RESPONSÁVEIS

#### a) Órgão Interveniente

<i>Órgão Interveniente</i> <i>Não se aplica</i>
<i>CNPJ</i>
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i>
<i>Endereço</i>

<i>Cidade</i>				<i>UF</i>
<i>Cidade</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>DDD/Telefone</i>	<i>E-mail</i>

**b) Responsáveis**

<i>Responsável pela Instituição Interviente</i> <i>Não se aplica</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

**IV – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

<b>Objeto</b>	<b>Descrição</b>
<i>Custeio</i>	<i>Exemplos: Gerenciamento dos serviços de _____ com disponibilização de recursos humanos, Reforma da UTI, Material de Escritório, Conserto do Telhado, Instalação de equipamento.</i>

**a) Identificação do Objeto**

Descrever detalhadamente em que serão aplicados os recursos financeiros recebidos, ou seja, o tipo de prestação de serviços que será executado.

**Exemplos:**

- 1- Para custeio de prestação de serviços deve conter quantidades por tipo de serviço, valores respectivos e tempo de execução.

**b) Objetivo**

Exemplo:

<i>Questões</i>	<i>Respostas</i>
<i>O que se pretende alcançar?</i>	
<i>Como?</i>	

**c) Justificativa**

Explicar a necessidade de execução.

Convencimento. Explica a razão pela qual tal projeto deve ser realizado e sua relevância.

Os critérios utilizados para escolher o tema e formular as hipóteses devem ser claros e são de suma importância entendimento de quem avalia o projeto.

A Justificativa exalta a importância do tema, ou justifica a necessidade imperiosa de se levar a efeito tal empreendimento.

Uma justificativa deve conter o seguinte contexto:

Exemplo:

<b>Questões</b>	<b>Respostas</b>
Por que realizar o projeto / ação?	<i>Em nossa região há uma fila para realização de cirurgias de catarata de 600 pacientes aguardando sua vez.</i>
Motivos que justificam?	<i>Com os recursos atuais conseguiremos atender esta demanda em 10 anos, com o risco de muitos dos pacientes ficarem cegos em decorrência do avanço da doença.</i>

<i>Questões</i>	<i>Respostas</i>
Contribuição a ser realizada?	<i>Com a contratação de profissionais e compra de materiais necessários será possível eliminar a demanda represada em 3 meses ...</i>
Solução para o problema?	<i>... evitando graves transtornos aos nossos pacientes e proporcionando melhor qualidade de vida.</i>

**d) Metas a serem atingidas**

Descrever o resultado esperado com o Plano de Trabalho.

Característica	Descrição
Específico	determinado, não pode ser generalizado
Mensurável	pode ser calculado
Atingível	pode ser realizado
Relevante	importante para o processo
Temporal	em determinado prazo

**Exemplos de Metas Quantitativas:**

Descrição da meta <i>(Passo a passo que demonstrará alcance do objetivo)</i>	Ações para alcance da meta	Situação pretendida da meta	Indicador de Resultado	Fórmula de Cálculo do Indicador <i>(cálculo ou relatório para identificar se a meta foi alcançada)</i>	Fonte do indicador
Eliminar 80% da demanda reprimida de 1.200 cirurgias eletivas Eliminar 80% da fila de 1.200 cirurgias em demanda reprimida.	Disponibilizar equipe especializada para realização de cirurgias.	Quantidade de cirurgias realizada no período / Demanda reprimida pacientes que estão aguardando para realizar a cirurgia eletiva x100.	Número de Cirurgias	Soma das cirurgias realizadas no período.	Censo diário, Sistema de Gestão hospitalar.



**Exemplos de Metas Qualitativas:**

<b>Descrição da meta (Passo a passo que demonstrará alcance do objetivo)</b>	<b>Ações para alcance da meta</b>	<b>Situação pretendida da meta</b>	<b>Indicador de Resultado</b>	<b>Fórmula de Cálculo do Indicador (cálculo ou relatório para identificar se a meta foi alcançada)</b>	<b>Fonte do indicador</b>
Aumentar de 70% para 90% o índice de satisfação “ótima” dos usuários SUS em 6 meses	Aplicar pesquisa de satisfação aos usuários SUS de acordo com os critérios especificados em norma interna.	90 %	Número de pesquisas com índice de satisfação “ótima” no período de 6 meses	Quantidade de Usuários com avaliação ótima no período / Quantidade Total de Usuários que participaram dos serviços nos últimos 06 meses.	Relatório de Atendimento

**Etapas ou Fases de Execução**

Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros.

Exemplo:

<b>ETAPA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DURAÇÃO (Dias)</b>	<b>APLICAÇÃO</b>
1	Contratar Prestação de serviços de uma equipe especializada	30 dias	140.000,00
2	Adquirir material médico hospitalar (cotação de custos, aquisição e disponibilização conforme a demanda)	60 dias	110.000,00
Total			250.000,00

**Plano de Aplicação de Recursos Financeiros**

(a especificação do objeto pode ser verificada no item IV; a Identificação do Objeto)

Exemplo:

ORDEM	OBJETO	VALOR	%
1	<b>Consumo</b>		
	Material Hospitalar		
	Material de Escritório		
	Material de Limpeza		
2	<b>Prestação de Serviços</b>		
	Prestação de serviço da equipe médica		
	Prestação de serviço da equipe de enfermagem		
	Prestação de serviços de uma equipe multiprofissional.		
	Benefícios		
3	<b>Custos Indiretos</b>		
	Assessoria de Contabilidade		
	Serviço de Prestação de Contas		
	Serviço Financeiro		
	Serviço de Departamento Pessoal		
	Outros (descrever)		
<b>Total</b>			

**V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (preencher a tabela)**

Desmembrar por natureza de despesa (custeio).

Mês	OBJETO	CONCEDENTE
1	Custeio	R\$ 0,00
<b>Total</b>		<b>R\$ 0,00</b>

**VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO**

- Início: Data da Assinatura do Convênio

- Duração: 12 meses

#### **VI – DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

*(a data deve ser de acordo com o ofício do interessado)*

Assinatura do responsável pela Entidade

Elaboração do Plano de Trabalho

Assinatura do responsável

#### **VII – ANALISADO E APROVADO TECNICAMENTE NESTA UNIDADE**

Data de Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Diretor da Unidade

#### **VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA**

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Ordenador de Despesa

#### **IX – APROVAÇÃO – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Secretário de Estado da Saúde

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

#### **ANEXO X**

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos “Dr. Osiris Florindo Coelho”**

Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com)

**DECLARAÇÃO DE PATRIMÔNIO**

Declaramos para fins de celebração de ajustes com a Secretaria da Saúde que a .....(razão social da Entidade)....., CNPJ....., possui Patrimônio próprio constituído.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO XI

**DECLARAÇÃO NEGATIVA DE IMPEDIMENTOS**

Declaramos para fins de celebração de ajustes com a Secretaria da Saúde que a (o) .....(razão social da Entidade)....., CNPJ....., não está impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria com órgãos públicos.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – dee ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO XII

**DECLARAÇÃO SOBRE QUADRO DIRETIVO DA INSTITUIÇÃO**

Declaramos para fins de celebração de ajustes com a Secretaria de Estado da Saúde a (o) .....(razão social da Entidade)....., CNPJ....., NÃO possui em seu quadro diretivo agentes políticos de Poder ou do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

**MODELOS REFERENTES À VISITA TÉCNICA**

ANEXO XIII - A

**CERTIFICADO DE REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA**  
(elaborado pela Unidade)

ATESTO que o representante legal da proponente \_\_\_\_\_, interessado em participar do Chamamento Público nº \_\_/\_\_, Processo nº \_\_/\_\_, realizou nesta data visita técnica nas instalações do \_\_\_\_\_, recebendo assim todas as informações e subsídios necessários para a elaboração da sua proposta.

A proponente está ciente desde já que, em conformidade com o estabelecido no Edital, não poderá pleitear em nenhuma hipótese modificações nos preços, prazos ou condições ajustadas, tampouco alegar quaisquer prejuízos ou reivindicar quaisquer benefícios sob a invocação de insuficiência de dados ou informações sobre os locais em que serão executados os serviços.

(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(nome completo, assinatura e qualificação do  
representante da proponente)

\_\_\_\_\_  
(nome completo, assinatura e cargo do servidor  
responsável por acompanhar a visita)

Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO XIII -B

**DECLARAÇÃO DE OPÇÃO POR NÃO REALIZAR A VISITA TÉCNICA**

**(elaborado pelo Entidade)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, na condição de representante legal de \_\_\_\_\_ (*nome Instituição*), interessado em participar do Chamamento Público nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, Processo nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, **DECLARO** que a Instituição não realizou a visita técnica prevista no Edital e que, mesmo ciente da possibilidade de fazê-la e dos riscos e consequências envolvidos, optou por formular a proposta sem realizar a visita técnica que lhe havia sido facultada.

A Instituição está ciente desde já que, em conformidade com o estabelecido no Edital, não poderá pleitear em nenhuma hipótese modificações nos preços, prazos ou condições ajustadas, tampouco alegar quaisquer prejuízos ou reivindicar quaisquer benefícios sob a invocação de insuficiência de dados ou informações sobre os locais em que serão executados os serviços.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)



ANEXO XIV

DECLARAÇÃO DE CERTIDÃO DO CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE - CRC

Declaro para os devidos fins, que na ocasião da celebração do convênio, será entregue certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis da entidade.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

## ANEXO XV

|

### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

Declaro para os devidos fins, que na ocasião da celebração do convênio, serão atendidas às normas relativas à saúde e segurança do trabalho, em virtude das disposições do parágrafo único, art. 117, Constituição do Estado de São Paulo.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

---

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos “Dr. Osiris Florindo Coelho”**

Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Corrêa – Ferraz de Vasconcelos – SP – CEP 08502-230 – (11) 4674-8543 - e-mail: [gerenciamentoferraz@gmail.com](mailto:gerenciamentoferraz@gmail.com) ]