

## **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2020**

A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, por intermédio do Hospital Regional Dr. Osiris Florindo Coelho, em Ferraz de Vasconcelos torna público o presente **Edital de Chamamento Público**, para seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, interessada para celebração de Convênio visando o **Gerenciamento do Pronto Socorro Pediátrico**, 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 nºs 8.080/90 e 8.142/90, a Lei Federal nº. 8.666/93, artigo 116, §§ 1º ao 6º e alterações posteriores, demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e nos termos e condições estabelecidos no presente instrumento.

Oportuno mencionar que a sessão pública de abertura dos envelopes dar-se-á no dia **02/03/2020** no **Auditório do Hospital Regional Dr. Osiris Florindo Coelho**, localizado, à **Rua Prudente de Moraes, 257 Vila Correa, Ferraz de Vasconcelos**, às **10:00 hs**.

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

**Período para realização:** 14/02/2020 a 28/02/2020 no horário das 09:00 às 15:00h.

### **1. OBJETO:**

**1.1.** O presente Chamamento Público tem por objeto a seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, para celebração de Convênio, visando o **Gerenciamento do Pronto Socorro Pediátrico**, de acordo com Termo de Referência - **ANEXO I-A**, cláusulas e condições do presente edital.

### **2. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:**

**2.1.** Em consonância com os princípios de publicidade e de isonomia, poderão participar deste Chamamento Público todas as entidades privadas, sem fins lucrativos, 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.** Somente poderão participar deste Chamamento Público as Entidades que não tenham sido declaradas inidôneas pela Administração Pública ou punidas com suspensão do direito de firmar Convênios ou outros ajustes com o Governo do Estado de São Paulo.

**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.

**2.4.** Não será admitida a participação de entidade que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista com a autoridade competente, **a Comissão de Seleção**, 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.

**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: [hfvcompras@gmail.com](mailto:hfvcompras@gmail.com)

### **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, 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, em vias encadernadas, 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 a diligências da COMISSÃO DE SELEÇÃO, nos termos do parágrafo 3º do artigo 43 da Lei Federal 8.666/93.

**3.7.** Somente serão considerados os PLANOS DE TRABALHO e PROPOSTA FINANCEIRA que abrangem 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 na **Diretoria de Material e Patrimônio, localizado na Rua Prudente de Moraes, 257 – Vila Correa – Ferraz de Vasconcelos, 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 DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. OSÍRIS FLORINDO COELHO, EM FERRAZ DE VASCONCELOS

**PROCESSO: SES 1964888/2018**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2020

(Razão Social e endereço da entidade)

#### **ENVELOPE II – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. OSÍRIS FLORINDO COELHO, EM FERRAZ DE VASCONCELOS

**PROCESSO: SES1964888/2018**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2020

(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 conter o **PLANO DE TRABALHO, COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA e PROPOSTA FINANCEIRA** e 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 dos 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 datada e assinada 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.

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

**5.1.3.1.** 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 contratual, 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 bem como o nome, o cargo do signatário e telefone para contato.

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

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

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

**5.1.4.2.** No valor total da proposta deverá estar inclusa todas as despesas diretas (inclusive valores referentes à 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 aceitação integral, por parte da Entidade, das condições estabelecidas neste edital e seus anexos, que passarão a integrar o convênio como se transcritos, 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 proposta financeira não poderá ultrapassar o valor total de **R\$ 5.126.263,32 (cinco milhões, cento e vinte e seis mil, duzentos e sessenta três reais e trinta e dois centavos)** correspondentes ao valor total das despesas de custeio para 12 meses de execução do convênio.

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

### **5.2.1. HABILITACAO JURIDICA:**

**a)** Estatuto devidamente registrado com as respectivas alterações, caso existam, acompanhado da ata de eleição de sua atual diretoria;

**b)** Registro Geral (R.G.) e Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) dos responsáveis legais pela instituição;

**c)** 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. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:**

**a)** Registro da Entidade em Associação ou Conselho Profissional competente;

**b)** Registro do Responsável Técnico em Associação ou Conselho Profissional competente;

**c)** Declaração (**modelo no ANEXO III**) do representante legal de que proprietários, 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)** Declaração (**modelo no ANEXO IV**), firmada pelo representante legal da instituição que:

**d.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 Estadual de Saúde;

**d.2)** Disponibilidade para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela Secretaria Estadual de Saúde e segundo as regras do Conselho Nacional de Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais.

**e)** Declaração que apresentará por oportunidade da celebração do convênio a relação do corpo clínico e demais profissionais da saúde acompanhada da ficha cadastral do profissional, 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.

**f)** Declaração de que a entidade não está impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria com órgãos públicos, conforme modelo no **ANEXO XI**;

**g)** Declaração atualizada 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**;

### **5.2.3. 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 do responsável da Entidade de que a mesma possui patrimônio próprio, nos termos da Lei nº 10.201/99, conforme modelo do **ANEXO X**.

### **5.2.4. 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 licitante que comprove a regularidade de débitos tributários relativos ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN.

**f)** 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.

#### **5.2.5. OUTRAS COMPROVAÇÕES:**

**a)** Declaração que entregará, no momento da assinatura do convenio, declaração de conta corrente específica para esta finalidade – **ANEXO VI**;

**b)** Declaração que atende às normas relativas à saúde e segurança do trabalho, em virtude das disposições do parágrafo único, art. 117, Constituição do Estado;

**c)** Declaração 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 pela Diretoria de Divisão Médica;

**d.1)** Poderão ser feitas tantas visitas técnicas quantas cada interessado considerar necessário. Cada visita deverá ser agendada por **e-mail ([dchrfv@gmail.com](mailto:dchrfv@gmail.com))** ou pelo **telefone (11) 4674-8438** e poderá ser realizada até o dia imediatamente anterior à sessão pública, no período **das 09:00 às 16:00 horas**;

**d.2) A visita técnica tem como objetivo verificar 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, não cabendo à Administração nenhuma responsabilidade em função de insuficiência dos dados levantados por ocasião da visita técnica;**

**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** do Edital.

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

**5.3.1.** Os documentos apresentados 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 deixar de apresentar qualquer documento exigido 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 de Estado 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.

<b>A) COMPREENSÃO DO OBJETO DO CONVENIO – TOTAL DE PONTOS: 10</b>		
A proponente deverá desenvolver o raciocínio básico sob a forma de texto, apresentando um diagnóstico das necessidades do Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, em relação ao objeto do presente chamamento, demonstrando a compreensão da proponente sobre o objeto como um todo e os desafios a serem enfrentados, assim como as estratégias para alcançar os resultados e metas almejadas.		
ITEM		PONTOS
Não apresenta compreensão com as necessidades do objeto.		0
Apresenta compreensão compatível com as necessidades do Anexo I-A deste Edital.		10
<b>B) COERÊNCIA E CONSISTÊNCIA DO PROJETO – TOTAL DE PONTOS: 10</b>		
ITEM	SUBITEM	PONTOS
Quanto aos recursos humanos a serem disponibilizados.	São incompatíveis para a execução do objeto do presente chamamento.	0
	São compatíveis para a execução do objeto do presente chamamento.	05
Quanto às despesas indiretas, as quais deverão ser explicitadas detalhadamente e justificadas.	São incompatíveis para a execução do objeto do presente chamamento ou não foram devidamente justificadas.	0
	Foram devidamente detalhadas e justificadas e são compatíveis para a execução do objeto do presente chamamento ou não apresentar custos indiretos.	05
<b>C) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – TOTAL DE PONTOS: 20</b>		
ITEM		PONTOS
Não comprovar nenhuma experiência em gestão de Unidades de assistência em saúde, ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses.		0
Comprovar experiência de 12 (doze) meses a menos de 5 (cinco) anos em gestão de unidades de assistência em saúde, independente das características do serviço realizado e da unidade de saúde.		10
Comprovar experiência de 5 (cinco) ou mais anos em gestão de unidade de assistência em saúde, independente das características do serviço realizado e da unidade de saúde.		20
<b>D) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE EM GERENCIAMENTO DE PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO - TOTAL DE PONTOS: 40</b>		
ITEM		PONTOS
Não comprovar nenhuma experiência em prestação de serviços de		

<b>Gerenciamento de Pronto Socorro Pediátrico</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 de 12 (doze) meses a menos de 2 (dois) anos em prestação de serviços de <b>Gerenciamento de Pronto Socorro Pediátrico</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	20
Comprovar experiência de 2 (dois) a menos de 5 (cinco) anos prestação de serviços de <b>Gerenciamento de Pronto Socorro Pediátrico</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	30
Comprovar experiência de 5 (cinco) anos ou mais anos em prestação de serviços de <b>Gerenciamento de Pronto Socorro Pediátrico</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	40
<b>E) PROPOSTA DE PREÇO – TOTAL DE PONTOS: 20</b>	
<b>ITEM</b>	<b>PONTOS</b>
Proposta de preço acima do valor referencial.	0
Proposta de preço até 5% abaixo do valor referencial.	05
Proposta de preço até 10% abaixo do valor referencial	10
Proposta de preço até 15% abaixo do valor referencial	15
Proposta de preço até 20% abaixo do valor referencial ou mais abaixo do valor referencial	20

## 7 – DOS PROCEDIMENTOS DA SESSÃO PÚBLICA

### 7.1 - DO CREDENCIAMENTO

**7.1.1.** A Sessão de Abertura deste Chamamento Público será realizada em **02/03/2020** às 10 horas, no Auditório do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, procedendo-se o **Credenciamento** dos representantes das Entidades com capacidade jurídica comprovada para atuar em nome da Entidade, mediante a 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 prova de representação da entidade, em que constem os nomes dos representantes ou dirigentes com poderes para a constituição de mandatários.

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

**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, no setor de Compras do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, **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 credenciadas.

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

**7.1.8.** Será permitida 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**, 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 a 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, 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 as 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 Especial de Julgamento em contrário.

## **8- DO RECURSO ADMINISTRATIVO**

**8.1.** Após a declaração da Entidade vencedora, será facultada as demais Entidade 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 Entidade, que poderão 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 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 reconhecidos.

**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 decisão do(s) recurso(s) pela Comissão de Seleção e constatada a regularidade dos atos praticados, o Secretário de Estado da Saúde adjudicará o objeto do Chamamento Público à Entidade vencedora e homologará o procedimento de seleção.

**9.1.2.** – A homologação do Secretário será devidamente publicada em Diário Oficial do Estado;

## **10 – DO COMITÊ GESTOR DO GASTO PÚBLICO**

**10.1.** Em cumprimento ao disposto no Decreto 64.065/19, o resultado final do presente chamamento após a publicação no Diário Oficial, será submetido ao Comitê Gestor do Gasto Público.

## **11 – DA CELEBRAÇÃO DO CONVÊNIO**

Após a aprovação pelo Comitê Gestor do Gasto Público, a vencedora será convocada para celebração de convênio que será efetivado eletronicamente, através de Sistema de Gestão de Convênios para repasses financeiros denominado "SANI".

### **11.1. DO SISTEMA ELETRÔNICO**

**11.1.1.** 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.

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

**11.1.3.** A vencedora terá o prazo de 03 (três) dias úteis contados da sua convocação, para inserir a documentação necessária para firmar o convênio, devendo:

a) Acessar o sistema eletrônico e proceder ao seu cadastro e inclusão de todos os documentos;

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

### **11.2 – DA VIGÊNCIA**

**11.2.1.** A Comissão Especial de Julgamento selecionará a entidade para a execução do Plano de Trabalho a ser desenvolvido no prazo de 12 (doze) meses, prorrogáveis por até 60 (sessenta) meses.

**11.2.2.** Se a proponente vencedora se recusar a assinar o convênio após a divulgação do resultado final do Chamamento Público em até 24 horas da convocação, ou se a vencedora perder a qualidade de habilitação antes da assinatura do convênio será convocada a classificada em segundo lugar para fazê-lo em igual prazo em assim sucessivamente até que seja celebrado o Convênio.

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

### **11.3.– DO PAGAMENTO**

**11.3.1.** A forma de pagamento encontra-se estipulada na minuta de Convênio que constitui o **ANEXO VII**, bem como no **ANEXO I-A** – Termo de Referência.

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

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

**11.3.3.** O pagamento será efetuado mensalmente, de acordo com o cronograma apresentado no Plano de Trabalho.

#### **11.4 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**11.4.1.** As prestações de contas dos repasses de recursos oriundos de transferências voluntárias formalizadas por meio de convênios e termos aditivos deverão tramitar obrigatoriamente pelo sistema SANI, no módulo de Prestação de Contas.

**11.4.2.** A documentação referente à prestação de contas deverá ser apresentada mensalmente seguindo a Instrução nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo com as devidas notas fiscais e relatórios de aplicação dos recursos, obedecendo o estipulado em Plano de Trabalho.

#### **12 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

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

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

**12.3 -** Ocorrendo qualquer alteração 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.

**12.4 -** Os prazos indicados neste Edital em dias corridos, quando vencidos em dia não útil, prorrogam-se para o dia útil subsequente.

**12.5 -** A Entidade que entregar os Envelopes I e II na data marcada, sem a formulação previa 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.

**12.6 -** 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.

**12.7 -** Constitui condição para celebração do Convênio a inexistência de registros em nome da Entidade no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais do Estado de São Paulo – CADIN ESTADUAL, o qual será consultado por ocasião da realização de cada pagamento.

**12.8 -** A Conveniada deverá iniciar as atividades constantes do Convênio no prazo de 05 (cinco) dias, contados da data de assinatura do Instrumento.

**13.** Integram o presente edital os seguintes anexos:

- **ANEXO I-A** – Termo de Referência;
- **ANEXO I-B** – Planilha de Orçamento;
- **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** - Declaração de Opção por não realizar a visita técnica

**13.1.** 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, 12 de fevereiro de 2020.

**DR. LUIZ ANTONIO DO NASCIMENTO**  
Diretoria Técnica de Saúde III

## **ANEXO I-A**

### **TERMO DE REFERÊNCIA**

**OBJETIVO: Gerenciamento de Pronto Socorro Pediátrico**

#### **1. INTRODUÇÃO**

**GERENCIAMENTO DO PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO DO HOSPITAL REGIONAL DE FERRAZ DE VASCONCELOS “DR. OSÍRIS FLORINDO COELHO”**

**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: [hfvcompras@gmail.com](mailto:hfvcompras@gmail.com)

O Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos “Dr. Osíris Florindo Coelho”, com a finalidade de promover o aprimoramento, a eficiência e a eficácia na prestação dos serviços públicos de saúde propõe a celebração de convênio para gerenciamento do pronto socorro pediátrico da unidade.

A celebração do ajuste visa garantir e potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento a população, por demanda espontânea, ofertando assistência humanizada voltado para resultados, que deverá obedecer aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, observando as políticas públicas voltadas para a área da saúde.

## **1- OBJETO**

1.1 - O do presente Projeto Básico tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à Saúde, prestados aos usuários do SUS na região com o aporte de recursos financeiros para CONVENIDADA, visando o gerenciamento do Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Regional Ferraz de Vasconcelos “Dr. Osíris Florindo Coelho”,

1.2 - Prestará atendimento de urgência e emergência no Pronto Socorro Pediátrico 24 horas por dia, ininterruptamente, em pacientes com problemas de saúde agudos cuja intervenção deve ser imediata e especializada, com equipe multiprofissional envolvida em sincronia no atendimento ao paciente.

## **2- INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE**

2.1. O Hospital Dr. Osíris Florindo Coelho considerado de média complexidade conta com Serviço de Apoio Diagnóstico que compreende a Radiologia apresentando equipamento de Tomografia Computadorizada, Raio-x, Ultrassonografia e Laboratório de Análises Clínicas terceirizado, além do ambulatório de especialidades.

Conta com 236 leitos distribuídos, sendo 27 leitos de Clínica Pediátrica e 06 leitos de Observação Infantil no Pronto Socorro.

2.2. 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, 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.

2.3. Os pacientes em situação de urgência e 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 a Saúde da Mulher - CAISM, do Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e demanda espontânea oriunda da região do Alto Tiete. Para os casos de transferência de internação os pacientes serão oriundos da Central de Regulação Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS segundo solicitação via telefônica.

2.4. As instalações do Pronto Socorro Pediátrico colocados à disposição da CONVENIADA para a prestação dos serviços é composto por:

01	Sala Emergência	Área crítica para atendimento e tratamento emergencial e reanimação
04	Consultórios	03 para atendimento médico e 01 para acolhimento com avaliação e classificação de risco.
01	Sala Observação Pediátrica	06 leitos sendo 01 leito de isolamento
01	Sala de inalação	01 sala de inalação
01	Sala de medicação	01 sala de medicação
01	Sala de Espera Externa	01 sala de espera externa

*Tabela 1*

2.5. As funções do Pronto Socorro Pediátrico são prestar atendimento médico de urgência/emergência, não-agendado e atender intercorrências de pacientes internados na enfermaria da pediatria.

2.6. A demanda esperada, segundo dados históricos da unidade, de números de atendimentos de urgência/emergência no Pronto Socorro Pediátrico é:

Média de Atendimento	07 às 19hrs	11.800/mês	141.600/ano
	19 às 07 hrs	4.200/mês	50.400/ano

*Tabela 2*

2.7. Para o atendimento da demanda acima descrita a CONVENIADA deverá dimensionar sua equipe de socorristas em plantões ininterruptos de 24 horas de atendimento em pediatria, assim distribuídos:

2.7.1 - Equipe Médica:

- 01 (um) Coordenador Médico Pediatra, com Título de Especialista em Pediatria, 20 horas semanais.
- 03 (três) plantonistas no período diurno de segunda a domingo ou 252 horas semanais.
- 02 (dois) plantonistas no período noturno de segunda a domingo ou 168 horas semanais.

### 2.7.2 - Equipe de Enfermagem:

- 01 (um) Coordenador de Enfermagem, com Título de Especialização em Pediatria, com presença obrigatória de segunda a sexta feira com 30 horas semanais matutino.
- 03 (três) Enfermeiros plantonistas no período diurno - das 07 às 19 horas, de segunda a domingo, sendo 01 (um) para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, 02 (dois) para Assistência (Sala de Emergência, Sala de Medicação e Sala de Observação) - Total de 252 horas semanais.
- 03 (três) Enfermeiros plantonistas no período noturno - das 19 às 07 horas, de segunda a domingo, sendo 01 (um) para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, 02 (dois) para Assistência (Sala de Emergência, Sala de Medicação e Sala de Observação) - Total de 252 horas semanais.
- 04 (quatro) Técnicos de Enfermagem no período diurno - das 07 às 19 horas, de segunda a domingo, para Assistência (Sala de Emergência, Sala de Medicação e Sala de Observação) - Total de 504 horas semanais.
- 04 (quatro) Técnicos de Enfermagem no período noturno - das 19 às 07 horas, de segunda a domingo para Assistência (Sala de Emergência, Sala de Medicação e Sala de Observação) - Total de 504 horas semanais.

## **3- DIRETRIZES DO ATENDIMENTO**

3.1. O atendimento de Urgência/Emergência no Pronto Socorro Pediátrico deverá ser realizado 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos não-programados, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização, através do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco que configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede.

3.2. Os profissionais da CONVENIADA devem estar aptos para tratar pacientes pediátricos em estado grave, com risco iminente de perda de vida, com avaliação rápida, estabilização, tratamento e observação. Identificado a necessidade de internação deverá ser realizada o mais breve possível para o Setor e Pediatria do Hospital e na necessidade do aporte de UTI Pediátrica o contato com o Setor de UTI

Pediátrica para solicitação de vaga e transferência interna, após realizada internação.

3.3. A CONVENIADA deverá manter equipe médica e de enfermagem, 24 horas/dia, nas quantidades exigidas para o atendimento da demanda descrita no item 2.8.

3.4. A CONVENIADA será responsável pela continuidade de tratamento dos pacientes pediátricos da observação infantil do Pronto Socorro Pediátrico, devendo a equipe médica da CONVENIADA julgar a necessidade de terapia intensiva para estes pacientes e solicitar vaga para os pacientes na própria Instituição.

3.5. Em casos de maior necessidade e complexidade a CONVENIADA deve prover a equipe técnica profissional para acompanhar o transporte do paciente para a realização do exame e avaliação, assim como a remoção para outra unidade hospitalar, garantindo condições de realização de todas as manobras de sustentação da vida, propiciando a continuidade da assistência adequada em outro nível de atendimento referenciado.

3.6. Considerando a importância dos processos de articulação da rede de Serviços de Saúde, é essencial que após a avaliação e tratamento recebidos a partir da demanda de urgência, no momento da alta deve ser realizada a orientação por guia de referência e contrarreferência à Unidade Básica de Saúde ou Ambulatório de Especialidades para acompanhamento.

3.7. Deve-se ressaltar que o atendimento de toda a equipe técnica de trabalho deve estar pautado em Protocolos Assistenciais de Urgência/Emergência, definidos pela CONVENIENTE.

3.8. Os pacientes de Clínica Pediátrica que estiverem em observação na urgência e emergência do Pronto Socorro, terão seu acompanhamento sob responsabilidade da CONVENIADA.

3.9. O profissional de enfermagem da CONVENIADA será responsável pela:

As atribuições dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem deverão ser pautadas seguindo as diretrizes estabelecidas pelo COREN.

3.10. O profissional Médico da CONVENIADA será responsável pela:

As atribuições inerentes aos médicos serão desde a admissão do paciente no Pronto Socorro Pediátrico até a alta do Setor ou transferência para a Clínica Pediátrica ou UTI, seguindo os Protocolos da Unidade.

#### **4- ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

4.1. Atendimento integral ao paciente pediátrico desde sua chegada ao serviço até a sua alta ou transferência.

#### **5- ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**

5.1. O fluxo deve ser realizado a partir do primeiro atendimento do usuário, para identificação do nível de complexidade a partir do estado clínico, com a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco para tal ação, classificação esta realizada pela equipe de enfermagem da CONVENIADA. Esse processo garante a qualidade de assistência aos pacientes de procura espontânea de alta, média e baixa complexidade, com atendimento de especialistas e equipe multidisciplinar capacitada, através da avaliação do sistema de acolhimento com classificação de risco por gravidade, por cores: **vermelho, amarelo, verde e azul**, excluindo definitivamente a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada.

5.2. Os profissionais da CONVENIADA deverão seguir os protocolos clínicos do Hospital.

5.3. Cabe ressaltar que toda a Equipe de Trabalho sob responsabilidade da CONVENIADA, deve estar adequadamente uniformizada, com roupa branca ou jaleco branco, não devendo conter a identificação de outra instituição, com o uso de equipamento de uso pessoal (estetoscópio e otoscópio) e identificada com crachá de fácil leitura, devendo estabelecer uma linguagem uniforme e integrada com uma postura acolhedora aos usuários que buscam a Assistência.

## **6- CADASTRO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

6.1. A CONVENIADA deverá manter cadastro atualizado dos profissionais da equipe médica e de enfermagem disponibilizados pela mesma. Estes registros deverão ser colocados à disposição da CONVENIENTE (Diretorias Clínica e de Enfermagem) quando previamente ao início das atividades.

6.2. Os médicos pediatras plantonistas devem ter residência médica ou Título de Especialista.

O cadastro de todos os profissionais deverá conter:

- Curriculum Vitae do profissional.
- Foto 3x4 atual
- Cópia autenticada do Diploma de Formação de entidade reconhecida pelo MEC e Conselho Regional de Classe.
- Residência médica ou Título de Especialista em Pediatria;
- Antecedentes criminais;
- Comprovante da anuidade da quitação da entidade de classe Regional.

6.3. Em cumprimento a Lei nº 16.652/18, a CONVENIADA deverá colocar quadro atualizado dos profissionais de plantão.

## **6.4. BOA PRÁTICA CLÍNICA**

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática das clínicas são:

- Orientações estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde;
- Qualificação dos profissionais;
- Utilização de registros de atendimento clínico;
- Uso de outros registros de atendimento clínico;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes no Pronto Socorro Pediátrico;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre diagnósticos, tratamento e condições de referência;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Avaliação externa da prática assistencial.

## **7 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA CONVENIADA**

### 7.1. Urgência/Emergência do Pronto Socorro

7.1.1. É de atribuição dos profissionais da CONVENIADA atendimento em pediatria até a idade 13 anos, 11 meses e 29 vinte e nove dias.

7.1.2. Realizar o acolhimento com a Avaliação e Classificação de Risco nas cores Vermelho, Amarelo, verde e azul, sendo conduzido da seguinte forma:

- No caso de pacientes classificados em **VERMELHO:**

- o preenchimento da declaração de óbito e/ou guia de encaminhamento de cadáver em havendo relação com o atendimento.

7.1.2.1. Estes pacientes serão atendidos no Pronto Socorro – Sala de Emergência pelos profissionais da CONVENIADA seguindo os protocolos estabelecidos.

- No caso dos pacientes classificação **AMARELO, VERDE E AZUL:**

- é de atribuição dos profissionais da CONVENIADA avaliar, prescrever, solicitar exames subsidiários e/ou encaminhar para observação os casos atendidos, e reavaliar os pacientes nos casos necessários.

- Em se tratando de pacientes em **OBSERVAÇÃO:**

- Após atendimento, caso haja necessidade, os pacientes deverão ser encaminhados à Observação e a responsabilidade de acompanhamento de tais pacientes será dos profissionais da CONVENIADA, assim como solicitação de interconsultas e o preenchimento da Alta Médica ou Autorização de Internação Hospitalar – AIH, quando necessário.

- Compete aos profissionais da CONVENIADA solicitar à Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, quando a necessidade de avaliação ou remoção do paciente para outra Instituição.

7.1.2.2. Os pacientes classificados nas cores acima serão atendidos no Pronto Atendimento.

7.1.3. Nas classificações de atendimento descritas acima utilizadas por esta Instituição com atendimento em pediatria é atribuição dos profissionais da CONVENIADA:

Seguir os protocolos clínicos e assistenciais estabelecidos pela CONVENIENTE, considerando o atendimento integral do paciente desde a sua entrada no Pronto Socorro até a alta ou transferência interna.

## 7.2. Urgência/Emergência de Pacientes Internados

7.2.1 É de atribuição dos profissionais da CONVENIADA atendimento em pediatria, em casos de Urgência/Emergência, dos pacientes internados na enfermaria pediátrica deste Hospital Regional Dr. Osíris Florindo Coelho.

7.2.2 O atendimento deverá ser realizado imediatamente após o aviso da urgência/emergência.

7.2.3 Nestas situações, o médico da CONVENIADA deverá se deslocar até o leito do paciente e prestar todo atendimento necessário.

## **8 - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA**

8.1 - A CONVENIADA tem como obrigação observar e cumprir a legislação aplicada para prestação de serviços de saúde, de acordo com o estabelecido no Convênio e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – **Sistema Único de Saúde**, disposto na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados, em especial:

São de responsabilidade da CONVENIADA além das obrigações acima e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais, estaduais e municipais que regem a contratação, as seguintes:

- Prestar os serviços de saúde, de acordo com o estabelecimento no convenio e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

a- universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b- gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seu empregado ou preposto;

c- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

d- direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

e- prestação de serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

8.1.1 Na prestação dos serviços a CONVENIADA deverá observar:

a- respeito aos direitos do paciente, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

b- qualidade da prestação de serviços;

c- garantia de sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

d- atender o paciente por classificação de risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo pré-estabelecido e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do Programa Nacional de Humanização;

e- os pacientes com classificação vermelha deverão ter atendimento imediato e as demais classificações com a maior brevidade possível.

**Constitui, ainda, responsabilidade da CONVENIADA:**

f- A supervisão do atendimento por classificação de risco por cores;

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

h- A supervisão e acompanhamento do desempenho dos médicos do Pronto Socorro;

i- A implantação, padronização e supervisão de protocolos para o atendimento médico do Pronto Socorro, com base na boa prática médica baseada em evidências, definida pela CONVENIADA;

j- A cobertura dos plantões médicos 24 horas/dia, sete dias por semana, objetivando sempre manter o número mínimo de médicos para atendimento;

k- Cabe novamente ressaltar que toda a Equipe de Trabalho sob responsabilidade da CONVENIADA deve estar adequadamente uniformizada, com o de equipamentos de uso pessoal (estetoscópio e otoscópio) identificada com crachá de fácil identificação, devendo estabelecer uma linguagem uniforme, integrada e uma postura acolhedora aos usuários que buscam a Assistência;

l- Providenciar a substituição dos profissionais de forma que o serviço não seja descontinuado;

m- O gerenciamento da escala das equipes de enfermagem.

n- Zelar pelos equipamentos de propriedade da CONVENENTE e responder por qualquer dano causado independente da culpa;

o- Preencher fichas e emitir relatórios necessários, e que fazem parte obrigatória da documentação objeto da prestação do convênio;

p- Registrar no prontuário do paciente todo o serviço objeto da prestação do convênio;

q- Responder civil, penal e administrativamente por todos os danos causados ao paciente decorrentes da ação ou omissão na prestação de serviço objeto do convênio;

r- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica nos termos da Resolução CFM-1931/2009, sendo obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.

s- Cumprir e fazer cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 1802/2006 e ou outra que venha substituí-la.

t- É obrigatória a passagem de plantão, médica a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico do paciente que ficarão sob sua responsabilidade;

u- O cumprimento da Resolução n.º 90, de 21 de março de 2000, do Conselho Regional de Medicina (CRM), onde prevê a proibição de plantões médicos superiores a 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas;

v- O cumprimento da Resolução CFM n.º 2.077/14, que dispõe sobre a normatização do fundamento dos Serviços Hospitalares de Urgência, bem como o dimensionamento da equipe médica e sistema de trabalho;

w- Exigir, de empregados da Conveniada, em qualquer hipótese, o cumprimento da jornada contratual, por meio de ponto biométrico.

8.2 – O fornecimento da escala de todos os profissionais com no mínimo 1 semana de antecedência.

8.2.3. Caso haja mudança na escala médica, deverá ser informado por escrito imediatamente ao gestor do Convênio;

8.2.4. Os profissionais contratados pela CONVENIADA deverão seguir as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH da CONVENENTE.

8.2.5. Cabe aos profissionais da CONVENIADA preencher todos os documentos médicos com letra legível e identificação do nome do profissional e número do Conselho.

8.2.6. Providenciar a substituição dos profissionais de forma que o serviço não seja descontinuado. E na sua falta a CONVENIADA deverá substituí-lo no período máximo de 1 hora;

8.2.7. Responder civil, penal e administrativamente por todos os danos causados ao paciente decorrentes da ação ou omissão na prestação de serviço objeto do convênio;

8.2.8. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica e de Enfermagem nos termos da Resolução CFM- 1931/2009.

8.2.9. Entrega de dados estatísticos relacionados ao atendimento conforme estabelecido pela CONVENENTE.

8.2.10. O Coordenador Médico deverá participar das reuniões do Corpo Clínico e das Comissões a critério do hospital, contribuindo efetivamente nas soluções para os problemas de ordem médica e administrativa visando analisar e discutir os processos de riscos inerentes às atividades envolvidas.

8.3. Compete aos Coordenadores das equipes médicas e de enfermagem:

- A supervisão e acompanhamento dos médicos e da equipe de enfermagem do pronto atendimento, através de índices já definidos, tais como: número de

consulta/médico/hora, número de atendimento na classificação de risco/enfermeiro/hora; absenteísmo/médico/mês, absenteísmo/enfermeiro/mês, absenteísmo/técnico de enfermagem/mês, n.º de reclamação/médico/mês, n.º de internação/médico/mês, tempo médio de permanência de observação no pronto socorro, taxa de satisfação do usuário, entre outros, que se mostrem necessários e sejam discutidos de forma conjunta (conveniente e conveniada) com fins de ver plenamente satisfeito o padrão de qualidade da assistência prestada nesta linha de cuidado.

- cabe, no entanto, ressaltar que no quadro de funcionários da Conveniada, não poderá constar em seu quadro de profissionais, funcionários público estadual.

8.3.1. Não é de responsabilidade da CONVENIENTE o fornecimento de alimentação aos funcionários da CONVENIADA.

8.3.2. É responsabilidade da CONVENIADA a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos disponibilizados pela CONVENIENTE, conforme Anexo A, do Termo de Referência.

Parágrafo Único: Deverá ser mantida na unidade cópias do calendário de manutenções preventivas e o registro das manutenções realizadas.

8.3.3. A CONVENIADA deverá ao término do Convênio devolver os equipamentos disponibilizados em perfeitas condições de uso.

8.3.4 – MEDICAMENTOS, INSUMOS E DIETAS – O setor de Farmácia, Almoxarifado e Serviço de Nutrição e Dietética da Unidade serão responsáveis pelas aquisições, recebimentos, armazenamentos, distribuições e consumo de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo Único: Será disponibilizada a conveniada a relação com a padronização dos medicamentos, insumos e dietas utilizados pela Unidade, nos casos de itens necessários e que não estejam padronizados, o responsável da conveniada deverão solicitar através de impresso próprio a inclusão junto às equipes de Padronização da Unidade.

## **9- OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONVENIENTE**

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

- 9.1 Fiscalizar a execução do Objeto pactuado do atendimento dos pacientes por classificação de risco, realizados pelos profissionais da CONVENIADA.
- 9.2 Fiscalizar as internações hospitalares realizadas pelos socorristas, com relação à patologia e necessidade de internação.
- 9.3 Atender o usuário que deseja realizar queixas quanto ao atendimento prestado pelo profissional da CONVENIADA.
- 9.4. Para a adequada prestação dos serviços a CONVENIENTE disponibilizará:
- Equipamentos em perfeitas condições de utilização.
  - Materiais de consumo e medicamentos padronizados necessários à prestação de serviços.
  - Área física em perfeitas condições de trabalho para a adequada prestação dos serviços.
  - Sala de estar para a equipe médica.

## **10- FISCALIZAÇÃO/CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

A fiscalização do Conveniente terá livre acesso ao local de execução do serviço;

10.2 - O Conveniente exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, também, realizar a supervisão das atividades desenvolvidas pela Conveniada, efetuando avaliação periódica;

10.3. Ordenar a imediata retirada do local bem como a substituição de funcionários da contratada que estiverem sem uniforme ou crachá, que embarçarem ou dificultarem a sua fiscalização, ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;

10.4. Realizar visita in-loco para uma efetiva fiscalização, assim acompanhará a execução do serviço prestado e utilização dos equipamentos médicos hospitalares, materiais, insumos, identificação, uniforme e etc.

10.5. Executar mensalmente a medição dos serviços pela quantidade de profissionais efetivamente por período sem a interrupção nas trocas dos plantões, bem como fazer se cumprir as obrigações estabelecidas neste projeto.

10.6. O SECIH disponibilizará a Conveniada protocolos a ser seguidos e realizará visitas in-loco para fiscalização em cumprimento aos mesmos.

10.7. A Comissão de Prontuários do Hospital deverá realizar as avaliações nos prontuários e Ficha de Atendimento conforme legislação e em casos de não conformidade informar ao Gestor através de relatórios para a avaliação mensal e devidas correções, além das visitas in-loco pelo fiscalizador do Hospital.

10.8. A equipe do Conte Comigo do Hospital que realiza a pesquisa de satisfação dos usuários encaminhará relatório ao gestor do contrato e a Ouvidoria encaminhará as reclamações ao Gestor para a ciência e providências necessárias, assim o ajudará no item 12 deste projeto.

10.8. Vimos que a Conveniente estará sempre trabalhando e fiscalizando os serviços, através de acompanhamento de resultados, in-loco, reuniões e através do Gestor e Comissões do Hospital (SECIH, CFT, CRPO, PRPM, EMTN, PGRS E SAE, HUMANIZAÇÃO E CONTE COMIGO).

## **11 – CRITÉRIOS DE PAGAMENTO**

11.1. Os pagamentos à **CONVENIADA** dar-se-ão da seguinte forma:

11.2. Serão consideradas para efeito de pagamento as horas efetivamente trabalhadas pela equipe de socorristas da Conveniada.

10.3. A prestação de contas será apresentada de acordo com o modelo padronizado no art. 627 da Instrução 002/16 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

## **12- INDICADORES DE QUALIDADE**

12.1. A aceitação dos serviços prestados pela Conveniada ficará vinculada à avaliação dos indicadores de qualidade abaixo previstos.

12.2. Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da CONVENIADA.

<b>INDICADOR</b>	
GARANTIR ATENDIMENTO ININTERRUPTO	40
PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM RESULTADO ÓTIMO/BOM ACIMA DE 70%	20
INCONSISTÊNCIA DA FICHA DE ATENDIMENTO MENOR QUE 3% <b>(1)</b>	20
QUEIXAS DE OUVIDORIA MENOR QUE 1%	20

(1) Inconsistência de fichas de atendimento compreende: preencher corretamente todos os formulários, de forma legível, com o código do CID e identificação do profissional (por carimbo).

## **ANEXO A**

Fica franqueado que a responsabilidade da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos concedidos pelo Hospital é exclusivamente da CONVENIADA, sendo:

- Monitores Multiparâmetros - 01 unidade;
- Ventiladores Mecânicos – 01 unidade;

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

- Camas/berços – 07 unidades;
- Macas – 01 – unidade;
- Mobiliários – suporte de soro (02), criado mudo (06), armários (03), mesa escritório (04), cadeira com rodízio (04), microcomputador (06), impressora (04), hamper (02), biombo (5), cadeira de banho (01), mesa de refeição (07), Aparelho de dente quantos forem necessários, Jogo de Laringoscópio infantil (01);
- Ventilador de Transporte – 01 unidade;
- Desfibriladores – 01 unidade;
- Eletrocardiógrafo – 01 unidade;
- Bomba de Infusão – quantas forem necessárias ao serviço (três tipos: dieta, droga, e bomba de seringa);
- Carro de Emergência – 01 unidade;

### ANEXO I-B – PLANILHA DE ORÇAMENTO

#### EQUIPE MÉDICA

Serviço	Qde de Profissionais (A)	Valor Plantão diário (por profissional) (B)	Valor total Plantão diário (C) (AXB)	Valor Total Mensal (D) (Cx30)	Valor Total 12 Meses (E) (Dx12)
Médicos Plantonistas Diurno		R\$	R\$	R\$	R\$
Médicos Plantonistas noturno		R\$	R\$	R\$	R\$
<b>TOTAL EQUIPE MÉDICA</b>		<b>R\$</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>

**EQUIPE ENFERMAGEM**

Serviço	Qde de Profissionais (A)	Valor Plantão (por profissional) (B)	Valor Total Mensal (C)	Valor Total 12 Meses (D)
Enfermeiro Diurno		R\$	R\$	R\$
Enfermeiro Noturno		R\$	R\$	R\$
Téc. de Enfermagem diurno		R\$	R\$	R\$
Téc. de Enfermagem noturno		R\$	R\$	R\$
<b>TOTAL EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>		<b>R\$</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>

<b>TOTAL GERAL</b>		
	Valor Total Mensal	Valor Total 12 Meses
Equipe Médica	R\$	R\$
Coordenador Médico	R\$	R\$
Equipe de Enfermagem	R\$	R\$
Coordenador de Enfermagem	R\$	R\$
Manutenção de Equipamentos	R\$	R\$
Custos Indiretos	R\$	R\$
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>

<b>TOTAL GERAL</b>	<b>PREÇO MÉDIO</b>	
	Valor Total Mensal	Valor Total 12 Meses
<b>Equipe Médica</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>
<b>Coordenador Médico</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>
<b>Equipe de Enfermagem</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>
<b>Coordenador de enfermagem</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>
<b>Manutenção de Equipamentos</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>
<b>Custos Indiretos</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>

**ANEXO II**

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

**À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Chamamento Público nº 001/2020

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.

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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**

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 002/2018, 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 Estadual de 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 Estadual de 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> <b>Cadastro de Profissional</b>	<b>Ficha nº 20</b>
<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 type="text"/>		
34.1.2 - PIS/PASEP <input type="text"/>	34.1.3 - CPF <input type="text"/>	34.1.4 - Número CNS <input type="text"/> 34.1.5 - Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
34.1.6 - Nome da Mãe <input type="text"/>		
34.1.7 - Nome do Pai <input type="text"/>		
34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional <input type="text"/>	34.1.9 - Município de Nascimento <input type="text"/>	34.1.10 - Código IBGE do Município <input type="text"/> 34.1.11 - UF <input type="text"/> 34.1.12 - Raça/Cor <input type="text"/>
34.1.13 - Certidão/Tipo <input type="text"/>	34.1.14 - Nome do Cartório <input type="text"/>	
34.1.15 - Livro <input type="text"/>	34.1.16 - Fh <input type="text"/>	34.1.17 - Termo <input type="text"/>
34.1.18 - Data de Emissão <input type="text"/>	34.1.19 - Nº Identidade <input type="text"/>	
34.1.20 - UF <input type="text"/>	34.1.21 - Órgão Emissor <input type="text"/>	34.1.22 - Data de Emissão <input type="text"/>
34.1.23 - Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro	34.1.24 - País de origem (nascimento) <input type="text"/>	
34.1.25 - Data de Entrada <input type="text"/>	34.1.26 - Data de Naturalização <input type="text"/>	34.1.27 - Nº da Portaria <input type="text"/>
34.1.28 - Nº Título de Eleitor <input type="text"/>	34.1.29 - Zona <input type="text"/>	34.1.30 - Seção <input type="text"/>
34.1.31 - CTPS Número <input type="text"/>	34.1.32 - Série <input type="text"/>	34.1.33 - UF <input type="text"/>
34.1.34 - Data de Emissão <input type="text"/>	34.1.35 - Escolaridade <input type="text"/>	34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal <input type="checkbox"/>
		34.1.37 - Frequenta Escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>34.2 - Dados Residenciais</b>		
34.2.1 - Tipo Logradouro <input type="text"/>	34.2.2 - Logradouro <input type="text"/>	34.2.3 - Número <input type="text"/>
34.2.4 - Complemento <input type="text"/>	34.2.5 - Bairro/Distrito <input type="text"/>	
34.2.6 - Município de Residência <input type="text"/>	34.2.7 - Código IBGE do Município <input type="text"/>	34.2.8 - UF <input type="text"/>
34.2.9 - CEP <input type="text"/>	34.2.10 - Telefone <input type="text"/>	
<b>34.3 - Dados Bancários</b>		
34.3.1 - Banco <input type="text"/>	34.3.2 - Agência <input type="text"/>	34.3.3 - Conta Corrente <input type="text"/>
Código <input type="text"/> Nome <input type="text"/>	Código <input type="text"/> Nome <input type="text"/>	
Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input type="text"/>		Data <input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input type="text"/>
		Data <input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Profissional <input type="text"/>		Data <input type="text"/>

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

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE ESPECÍFICA**

**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: [hfvcompras@gmail.com](mailto:hfvcompras@gmail.com)

**DECLARAÇÃO**

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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

**Processo n.º:**

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

Pelo presente instrumento o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representado pelo seu Secretário, \_\_\_\_\_, brasileiro, casado, médico, portador do RG. n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, doravante denominada CONVENIENTE e do outro lado o \_\_\_\_\_, C.N.P.J. n.º \_\_\_\_\_, com endereço a \_\_\_\_\_, e com estatuto arquivado no \_\_\_\_\_ Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da \_\_\_\_\_, sob n.º \_\_\_\_\_, neste ato representado por seu Presidente, \_\_\_\_\_, (qualificação), portador do RG. n.º \_\_\_\_\_, CPF. n.º \_\_\_\_\_, doravante denominada CONVENIADA, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, na Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis n.º. 8080/90 e 8142/90, Lei Federal n.º 8.666/1993, Decreto Estadual n.º 59.215/2013, alterado pelo Decreto n.º 62.032, de 17/06/2016, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e em conformidade com o credenciamento da CONVENIADA, mediante Edital de Chamamento Público n.º \_\_\_\_\_ promovido pela Secretaria da Saúde, através do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos “Dr. Osiris Florindo Coelho”, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente convênio tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde, prestados aos usuários do SUS na região, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com CUSTEIO, para o **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, conforme Plano de Trabalho anexo, que integra o presente.

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

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIENTE**

São atribuições da Conveniente:

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

**I-** acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos repassados, com a indicação de gestor no âmbito da Unidade, qual seja, Sr(a).\_\_\_\_\_ (nome completo, cargo e lotação)\_\_\_\_\_.

**II** - 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;

**III** - publicar, no Diário Oficial do Estado, extrato deste termo e de seus aditivos, contendo, pelo menos, o nome do gestor do convênio e do signatário representante 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.

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

São atribuições da 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 CONVENIENTE, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, exclusivamente na execução do objeto do ajuste e na forma prevista no plano de trabalho;

**IV** - indicar o(s) nome(s) de responsável(is) pela fiscalização da execução do convênio e manter atualizada a CONVENIENTE 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, nos termos da Cláusula Sexta deste instrumento com relatórios de execução do objeto e de execução financeira de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis contendo:

1. comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhado de justificativas para todos os resultados não alcançados e propostas de ação para superação dos problemas enfrentados;
2. demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução, em regime de caixa e em regime de competência; e
3. comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.

**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 CONVENIENTE 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;

**XI** - assegurar que toda divulgação das ações objeto do convênio seja realizada com o consentimento prévio e formal CONVENIENTE, 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;

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

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

**XV**- responder pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e quaisquer outras despesas de sua responsabilidade, resultantes da execução do objeto deste convênio, bem assim por eventuais danos ou prejuízos causados a terceiros, isentando a CONVENIENTE de qualquer responsabilidade.

**XVI** - ficam vedadas as seguintes práticas por parte da CONVENIADA:

- a) utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pela CONVENIENTE para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;
- b) realizar despesa em data anterior à vigência do instrumento;
- c) efetuar pagamento em data posterior à vigência deste instrumento.
- d) realizar qualquer cobrança direta ou indireta ao paciente vinculado ao SUS por qualquer serviço referente a assistência a ele prestada nas dependências da CONVENIENTE;
- e) efetuar pagamento a qualquer título a pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do convênio ou sem a devida contraprestação laborativa;
- f) aplicar os recursos com despesas de taxas de administração ou assemelhada, tarifas, juros moratórios e multas e honorários advocatícios;
- g) utilizar os recursos repassados para locação de imóvel;
- h) 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.

i) 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 CONVENIENTE ou da CONVENIADA;

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

**XVIII** – Disponibilizar, em seu sítio 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;

**XIX** – A CONVENIADA disponibilizará, em seu sítio na rede mundial de computadores, a remuneração bruta e individual, para com recursos do convênio, de todos os seus empregados e diretores.

**XX** – A CONVENIADA não poderá 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 no CADIN Estadual.

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

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, no montante total de R\$ \_\_\_\_ ( ), sendo R\$ \_\_\_\_ ( ) referente ao exercício de 20\_\_\_. Os repasses serão realizados em parcelas mensais de R\$ \_\_\_\_ ( ), onerando a seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090196

Programa de Trabalho: 10.302.0930.6213.000

Natureza de despesa: 33 50 43

Fonte de Financiamento – Fundo Estadual de Saúde

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para as mesmas no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A liberação dos recursos está condicionada à inexistência de registros em nome da CONVENIADA junto ao CADIN ESTADUAL, de acordo com o Parágrafo Único do Artigo 19 da Portaria Conjunta CAF – CCE – CO 01, de 21/01/2015. 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 TERCEIRO** – A liberação dos recursos de que trata esta cláusula, fica condicionada a apresentação mensal do Relatório de Execução, que deverá ser validado pela Unidade.

**PARÁGRAFO QUARTO** – 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 II 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 ocorrentes;

**PARÁGRAFO QUINTO** – A CONVENIADA deverá manter os recursos transferidos em conta especial, no Banco do Brasil, e aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes deste convênio. Banco do Brasil – Banco 001 – Agência 00000 - Conta Corrente nº. 000000.

**PARÁGRAFO SEXTO** – É vedada aplicação dos recursos com despesas com taxas administrativas, tarifas, juros moratórios, multas e pagamento de dívidas anteriormente contraídas.

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

**I** - 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;

**II** - 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;

**III** - 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;

**IV** - 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.

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

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

**I** - avaliar e;

**II** - elaborar relatório **mensal** de acompanhamento das metas; homologar trimestralmente o desempenho da **CONVENIADA** e os resultados alcançados na execução do objeto do convênio, e fazer recomendações para o atingimento dos objetivos perseguidos;

**III** - monitorar o uso dos recursos financeiros mediante análise dos relatórios apresentados pela **CONVENIADA**;

**IV** - analisar a vinculação dos gastos ao objeto do convênio celebrado, bem como a razoabilidade desses gastos;

**V** - 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;

**VI** - emitir relatório conclusivo sobre os resultados alcançados no período, contendo a nota do convênio, avaliação das justificativas apresentadas no relatório técnico de monitoramento e avaliação, recomendações, críticas e sugestões.

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

A prestação de contas dos recursos recebidos da **CONVENIENTE** deverá ser apresentada, pela **CONVENIADA**, observadas as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da **CONVENIENTE** e pelo Tribunal de Contas do Estado, e deverá ser instruída com os seguintes instrumentos:

**I** - Quadro demonstrativo discriminando a receita e a despesa;

**II** - Relação dos pagamentos efetuados;

**III** - Relação de bens adquiridos;

**IV** - Conciliação de saldo bancário;

**V** - Cópia do extrato bancário da conta específica;

**VI** - Relatório de atendimento contendo o comparativo entre as metas pactuadas e as metas realizadas.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A prestação de contas dos recursos repassados à **CONVENIADA** será efetuada por meio da apresentação de prestações de contas parciais e final.

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

**I** - Relatório consolidado das atividades desenvolvidas no período, em conformidade com as ações previstas no Plano de Trabalho;

**II** - Relação dos pagamentos efetuados com os recursos financeiros liberados pela CONVENIENTE, acompanhados dos respectivos comprovantes de realização das despesas.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - A prestação de contas a que se refere o § 2º desta cláusula será encaminhada pela CONVENIADA à CONVENIENTE, e sua aprovação constituirá requisito necessário para a transferência das parcelas subsequentes.

**PARÁGRAFO QUARTO** - O setor competente da CONVENIENTE elaborará relatório de cada período alusivo às atividades realizadas pela CONVENIADA, contendo avaliação conclusiva acerca da aplicação dos recursos financeiros destinados à execução do objeto do presente ajuste.

**PARÁGRAFO QUINTO** - A CONVENIENTE informará à CONVENIADA eventuais irregularidades encontradas na prestação de contas, as quais deverão ser sanadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento desta comunicação.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A prestação de contas final deverá ser apresentada à CONVENIENTE em até 30 (trinta) dias do término da vigência do convênio e de cada uma de suas eventuais prorrogações, na forma exigida pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, observadas, ainda, as normas complementares editadas pela CONVENIENTE.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres Públicos, corrigidos monetariamente.

**PARÁGRAFO OITAVO** - Em caso de restituição deverá ser utilizado a conta "C " FUNDES: Banco 001 / Agência: 1897 X/Conta Corrente 100 919-2.

**PARÁGRAFO NONO** - O prazo para proceder ao recolhimento será de 30 (trinta) dias, contados da data da Notificação, expedida pela Unidade.

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

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

**I** - Acompanhar e fiscalizar a execução do objeto do convênio;

**II** - 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;

**III** - Emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas **parcial** e final, levando em consideração o teor do relatório técnico de monitoramento e avaliação;

**IV** - Comunicar ao administrador público a inexecução por culpa exclusiva da CONVENIADA;

**V** - 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;

**VI** - Realizar atividades de monitoramento, devendo estabelecer práticas de acompanhamento e verificação no local das atividades desenvolvidas, mediante agenda de reuniões e encontros com os dirigentes da CONVENIADA, para assegurar a adoção das diretrizes constantes deste termo e do plano de trabalho;

**VII** - Realizar a conferência e a checagem do cumprimento das metas e suas respectivas fontes comprobatórias, bem como acompanhar e avaliar a adequada implementação da política pública, verificando a coerência e veracidade das informações apresentadas nos relatórios gerenciais;

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

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - O gestor do convênio poderá ser alterado a qualquer tempo pela CONVENIENTE, por meio de simples apostilamento.

**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 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 **12 (doze) meses**, tendo por termo inicial a data de assinatura, podendo o mesmo ser prorrogado por sucessivos períodos, iguais ou inferiores, a critério da Conveniente, até o limite de 60 (sessenta) meses, mediante termo aditivo, nos termos do artigo 57, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – 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 e/ou da União.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Durante a vigência deste convênio a Administração poderá exigir a documentação que reputar necessária.

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

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

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 **30 (trinta)** 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 CONVENIENTE, fica a entidade obrigada a restituir, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, contados da data da finalização do presente convênio, sob pena de imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, 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, devendo encaminhar a guia respectiva à CONVENIENTE, sem prejuízo das demais responsabilidades, inclusive financeiras, a cargo dos partícipes.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A não restituição e inobservância do disposto no caput desta cláusula ensejará a imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, 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 - 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.

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**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

Processo: SES / 1964888/2018

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: Secretaria de Estado da Saúde

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

Convênio nº 00/000

OBJETO: **Gerenciamento de Pronto Socorro Pediátrico.**

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**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.

São Paulo, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

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

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional: \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

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

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

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

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

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional: \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

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

**PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

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

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

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional: \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

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

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

**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**

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

<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>	

<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>	

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

<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**

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

<i>Responsável pela Instituição Interveniente</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: 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**

##### **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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

Exemplo: Veículo

Questões	Respostas
O que se pretende alcançar?	
Como?	

### 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 conter o seguinte contexto:

Exemplo

Questões	Respostas
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</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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

Questões	Respostas
	<i>decorrência do avanço da doença.</i>

Questões	Respostas
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 este 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:**

##### **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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

<b>META</b> <i>( Passo a passo que demonstrará alcance do objetivo)</i>	<b>DESCRIÇÃO das ações para atingir a meta</b>	<b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b> <i>(cálculo ou relatório para identificar se a meta foi alcançada)</i>
Eliminar 80% da demanda reprimida de 1200 cirurgias eletivas Eliminar 80% da fila de 1200 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.

**Exemplos de Metas Qualitativas:**

<b>META</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b> <i>(cálculo para identificar se a meta foi alcançada)</i>
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.	Quantidade de Usuários com avaliação ótima no período / Quantidade Total de Usuários que participaram dos serviços nos ultimo 06 meses.

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

**e) Etapas ou Fases de Execução**

Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros.

Exemplo:

ETAPA	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	APLICAÇÃO
1	Contratar Prestação de serviços de uma equipe especializada	1 mês	140.000,00
2	Adquirir material médico hospitalar	2 meses	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:

ORDE M	OBJETO	VALOR	%
1	<b>Consumo</b>		
	Material Hospitalar		
	Material de Escritório		
	Material de Limpeza		
2	<b>Prestação de Serviços</b>		
	Prestação de serviços de uma equipe especializada.		
	Benefícios		
Total			



## VI – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente 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  
confeção o Plano de Trabalho

Assinatura do responsável

## VII – ANALISADO E APROVADO TÉCNICAMENTE 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)

**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: [hrfvcompras@gmail.com](mailto:hrfvcompras@gmail.com)

**ANEXO X**

**DECLARAÇÃO DE PATRIMÔNIO**

Declaramos para fins de celebração de ajustes com a Secretaria de Estado 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 de Estado 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 – deve 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)

**ANEXO XIII**

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

**(elaborado pela 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.