

## MINUTA DE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021

A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, por intermédio do HOSPITAL REGIONAL DR. VIVALDO MARTINS SIMÕES torna público o presente **Edital de Chamamento Público**, para seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, interessada para celebração de Convênio visando o **IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO TÉCNICO/ADMINISTRATIVO DE 40 LEITOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL REGIONAL DR. VIVALDO MARTINS SIMÕES**, conforme dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; 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 **06/10/2021**, no Prédio Administrativo do Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões, localizado, à **Rua Ari Barroso, 355, Presidente Altino, Osasco/SP**, às **10h30**.

**Visita técnica:** Agendamento prévio através do telefone: (11) 3681-1783 ou (11) 3683-3077 ramal 2009.

**Período para realização:** 16/09/2021 a 05/10/2021 no horário das 10:00 às 16:00h.

### 1. OBJETO:

**1.1.** O presente Chamamento Público tem por objeto a seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, para celebração de Convênio, visando a **IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO TÉCNICO/ADMINISTRATIVO DE 40 LEITOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL REGIONAL DR. VIVALDO MARTINS SIMÕES**”, 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.

### **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 no **Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões – Prédio Administrativo, localizado na Rua Ari Barroso nº 355, Presidente**

**Altino, Osasco/SP, 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. VIVALDO MARTINS SIMÕES

**PROCESSO: SES-PRC-2021/14594**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021  
(Razão Social e endereço da entidade)

**ENVELOPE II – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. VIVALDO MARTINS SIMÕES

**PROCESSO: SES-PRC-2021/14594**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021  
(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**

**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 A**.

**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\$ 16.903.837,92 (dezesesseis milhões, noventa e três mil, oitocentos e trinta e sete reais e noventa 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)** Tem 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 pelo Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões;

**d.1)** Poderão ser feitas tantas visitas técnicas quantas cada interessado considerar necessário. Cada visita deverá ser agendada por **e-mail (hrodtgh@gmail.com)** ou pelo **telefone (11) 3681-1783 ou (11) 3683-3077 ramal 2009** e poderá ser realizada até o dia imediatamente anterior à sessão pública, no período **das 10h às 16 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 XII** 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 plano de trabalho sob a forma de texto, apresentando um diagnóstico das necessidades do <b>Gerenciamento Técnico e Administrativo de 40 (quarenta) leitos de Unidade de Terapia Intensiva</b> em relação ao objeto do presente chamamento, demonstrando a compreensão acerca do volume de produção física de ações a serem executadas bem como da implantação de metas de garantia de segurança da assistência prestada aos usuários do SUS atendidos pelo <b>Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões</b> . |   |  |        |
|  | 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) DA QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE COORDENAÇÃO DO PROJETO – TOTAL DE PONTOS: 40</b>  |   |  |        |
|  | ITEM  | SUBITEM  | PONTOS |
|  | Coordenação geral –<br>Comprovação de Experiência anterior                      | Qualificação e experiências comprovadas em Adm. Hospitalar por ao menos 5 anos   | 10     |
|  |   | Qualificação e experiências comprovadas em Adm. Hospitalar entre 1 e 5 anos      | 5      |
|  |   | Qualificação e experiências comprovadas em Adm. Hospitalar por menos de 12 meses | 0      |



|  |   |    |
|--|---|----|
| Coordenação técnica médica especializada                           | Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por ao menos 5 anos  | 10 |
|  | Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal entre 1 - 5 anos   | 5  |
|  | Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por menos de 12 meses  | 0  |
|  |   |    |
| Coordenação técnica de enfermagem especializada                    | Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por ao menos 5 anos  | 10 |
|  | Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal entre 1 - 5 anos   | 5  |
|  | Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por menos de 12 meses  | 0  |
| Certificação de titulação da equipe médico assistencial            | Apresentação de certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades objeto em mais de 50% dos contratados/prestadores  | 10 |
|  | Apresentação de certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades objeto entre 25% e 50% dos contratados/prestadores | 5  |
|  | Apresentação de certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades objeto abaixo de 25% dos contratados/prestadores   | 0  |
|  |   |    |
|  |   |    |
| C) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - TOTAL DE PONTOS: |   |    |

|  |    |
|--|----|
| <b>ITEM – 20 pontos</b>  |    |
| 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 |
| 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 |
| Não comprovar nenhuma experiência em gestão de Unidades de assistência em saúde, ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses.   | 0  |

| <b>D) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO TÉCNICO E ADMINISTRATIVOS DE 40 LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - TOTAL DE PONTOS: 15</b>  |               |
|--|---------------|
| <b>ITEM</b>  | <b>PONTOS</b> |
| Não comprovar experiência em prestação de serviços de <b>Gerenciamento técnico e administrativo de 40 leitos de UTI adulto</b> , ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses, de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital. | 0             |
| Comprovar experiência entre 12 (doze) meses e 2 (dois) anos em prestação de serviços de <b>Gerenciamento técnico e administrativo de 40 leitos de UTI adulto</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.                     | 5             |
| Comprovar experiência entre 2 (dois) a menos de 5 (cinco) anos prestação de serviços de <b>Gerenciamento técnico e administrativo de 40 leitos de UTI adulto</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.                     | 10            |
| Comprovar experiência de 5 (cinco) anos ou mais anos em prestação de serviços de <b>Gerenciamento técnico e administrativo de 40 leitos de UTI adulto</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.                            | 15            |
| <b>E) PROPOSTA DE PREÇO – TOTAL DE PONTOS: 15</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            |

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

### **7.1 - DO CREDENCIAMENTO**

**7.1.1.** A Sessão de Abertura deste Chamamento Público será realizada em **06/10/2021** às 10h30 horas, no Anfiteatro do Prédio Administrativo do Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões, na rua Ari Barroso nº 355, Presidente Altino, Osasco/SP, 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.

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

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

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

**7.1.6.** A sessão pública de abertura dos envelopes poderá ser assistida por qualquer pessoa, mas somente serão permitidas a participação e a manifestação dos representantes credenciados das Entidades, vedada a interferência de assistentes ou de quaisquer outras pessoas que não estejam devidamente 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 publica para melhor análise dos documentos de habilitação apresentados, designando nova data para divulgação do resultado em sessão publica, 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.

**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).

Osasco , 14 de setembro de 2021.

**Dr. Jorge Luiz Evangelist Farah**  
Diretoria Técnica de Saúde III  
DTDS/HRDVMS



**ANEXO I-A**  
**TERMO DE REFERÊNCIA**

**IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO DE 40 (QUARENTA) LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL REGIONAL DR. VIVALDO MARTINS SIMÕES**

**1. INTRODUÇÃO**

O Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões na busca da melhoria do atendimento médico-hospitalar prestado à população SUS, e considerando a necessidade de assegurar atendimento adequado aos pacientes que necessitem de cuidados de terapia intensiva, assim como garantir acolhimento humanizado, proporcionando atenção qualificada e eficiente, propõe a celebração de convênio para a contratação da prestação de serviços especializada no gerenciamento de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

O presente Termo de Referência tem por finalidade estabelecer as diretrizes para o Gerenciamento técnico/administrativo de 40 (quarenta) leitos da UTI no Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões.

**2. OBJETIVO**

**2.1.** Este Termo de Referência objetiva disciplinar as obrigações e responsabilidades para a implantação e gerenciamento técnico/ administrativo de 40 (quarenta) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto desta UTI.

**2.2.** A gestão ativa dos 40 (quarenta) leitos da UTI Adulto obedecerá à normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, ambas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do Setor.

**3. RECURSOS HUMANOS**

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

**3.1. Será formalmente designado:**

- 01 (um) médico coordenador que deverá ter título de especialista em medicina intensiva para responder pela Unidade de Terapia Intensiva Adulto. O

coordenador deverá ser cadastrado no respectivo Conselho de Classe como Responsável Técnico pela UTI.

- 01 (um) enfermeiro coordenador de equipe de enfermagem que deverá ser especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação em Terapia Intensiva Adulto.

- 01 (um) fisioterapeuta coordenador de equipe de fisioterapia que deve ser especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação em Terapia Intensiva Adulto.

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

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

**Nota 1:** Objetivando assegurar a qualidade na assistência prestada na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), pelo menos 50% (cinquenta por cento) dos médicos plantonistas deverão, ao final do primeiro ano de operação da UTI, ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Portaria GM/MS 3.432/1998, de 12 de agosto de 1998).

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

**3.5.** Os técnicos de enfermagem, no mínimo um para cada 02 (dois) leitos ou fração, em cada turno.

**Nota 2:** Objetivando assegurar a qualidade na assistência prestada na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), pelo menos 50% (cinquenta por cento) dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) devem apresentar experiência de no mínimo 02 (dois) anos em Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Urgência/Emergência.

**3.6.** Os fisioterapeutas, no mínimo 01 (um) para cada dez leitos ou fração, em cada turno, perfazendo um total de no mínimo 18 (dezoito) horas diárias de atuação.

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

**Nota 3:** As escalas dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, deverão estar afixadas nas áreas de circulação da UTI e deverão ser entregues até o dia 20 do mês anterior ao Gestor do Convênio ou a Diretoria Clínica do HRDVMS.

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

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

**3.9.1. Equipe Médica**

- ✓ **01 (um)** Coordenador médico.
- ✓ **08 (oito)** Médicos plantonistas com jornada diária de 12 (doze) horas, atuando diariamente de segunda a domingo, sendo **04 (quatro)** das 07h00 às 19h00 e **04 (quatro)** das 19h00 às 07h00.
- ✓ **08 (oito)** Médicos diaristas/rotineiro com jornada de 04 (quatro) horas, atuando diariamente de segunda a sexta-feira, sendo **04 (quatro)** das 09h00 às 13h00 (período matutino) e **04 (quatro)** das 13h00 às 17h00 (período vespertino).
- ✓ Aos finais de semana os médicos, coordenadores e diaristas, poderão ser acionados para discussão de algumas condutas com a finalidade de manter a horizontalidade do atendimento aos pacientes.

**3.9.2. Equipe Enfermagem**

- ✓ **01 (um)** Enfermeiro coordenador de equipe especialista em Terapia Intensiva Adulto ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave.
- ✓ **08 (oito)** Enfermeiros Assistenciais com jornada de 12 horas de segunda a domingo, sendo **04 (quatro)** das 7h00 às 19h00 e **04 (quatro)** das 19h00 às 7h00.
- ✓ **40 (quarenta)** Técnicos de Enfermagem, que atuarão de segunda a domingo, sendo **20 (vinte)** das 7h00 às 19h00 e **20 (vinte)** das 19h00 às 07h00.

- ✓ **02 (dois)** Técnicos de enfermagem para serviços de apoio assistencial, que atuarão de segunda a sexta, 40 horas semanais.

**Nota:** Todos os profissionais descritos neste item 3.9.2. deverão ter sua cobertura prevista em termos de absenteísmo sem gerar prejuízos a assistência prestada, mantendo sempre o efetivo diário descrito e respeitando a RDC nº 07/2010 ou outra que venha sobrepor-la.

### **3.9.3. Equipe de Fisioterapia**

- ✓ **01 (um)** Fisioterapeuta Coordenador de Equipe especialista em Terapia Intensiva Adulto ou em outra especialidade relacionada à Assistência ao paciente grave.
- ✓ **01 (um)** Fisioterapeuta por turno, para cada 10 leitos, perfazendo um total de no mínimo 18 (dezoito) horas de atuação.
- ✓ **Nota:** adicionalmente, 02 (dois) **Fonoaudiólogos**, atuando de segunda a domingo, um das 7 as 13h e o outro das 13 as 19h.

### **3.9.4. Equipe Auxiliar**

- ✓ **Escriturário** (Auxiliar Administrativo): **01 (um)** escriturário de segunda a domingo, para cada 20 (vinte) leitos.

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

### **3.10. Das atribuições dos Coordenadores da equipe da CONVENIADA:**

- Os Coordenadores deverão dar suporte aos profissionais da CONVENIADA durante os 07 dias da semana, por 24 horas, e deverá manter integração contínua com a equipe multiprofissional e demais profissionais envolvidos no atendimento da UTI – Adulto;
- Fazer o gerenciamento das escalas de trabalho, através da indicação ou substituição dos profissionais que exercerão o plantão;
- Fazer a implantação e o gerenciamento de protocolos propostos pelo Hospital;
- Supervisionar e acompanhar o desempenho dos profissionais da UTI - Adulto, através dos índices definidos no contrato.

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

**4.1.** Todo paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva deverá receber assistência integral e interdisciplinar.

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

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

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

**4.5.** O SAPS 3 (Simplified Acute Physiology Score) deverá ser o índice prognóstico escolhido para determinação da estimativa de mortalidade na UTI.

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

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

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

**4.9.** A UTI poderá ser utilizada como campo de aprendizado aos graduandos e pós-graduandos dos cursos das áreas de saúde das Universidades que tenham parcerias com o Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões, não sendo permitido que nenhuma parceria seja firmada diretamente com a CONVENIADA.

**4.10.** A UTI servirá de campo de aprendizado para todos os residentes que tenham como estágio obrigatório o desenvolvimento das habilidades no atendimento aos pacientes de UTI, bem como os residentes de outras instituições

que tenham contrato de cooperação técnico-científica com a COREME (Comissão de Residência Médica) ou Diretoria Técnica do Hospital.

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

## **5. GERENCIAMENTO DE RISCOS E NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS**

**5.1.** Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na Unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

**5.2.** O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a:

- I - procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente;
- II - medicamentos e insumos farmacêuticos;
- III - produtos para saúde, incluindo equipamentos;
- IV - uso de sangue e hemocomponentes;
- V - saneantes;
- VI - outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade.

**5.3.** Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve:

- I - definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade;
- II - coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente.

**5.4.** Os eventos adversos devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela Instituição, de acordo com as normas institucionais.

## **6. HUMANIZAÇÃO**

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

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

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

## **7. PROTOCOLOS CLÍNICOS**

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

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

**7.3.** Uma vez elaborados, serão aprovados e assinados pelos Responsáveis Técnicos – Médico, de Enfermagem e de Fisioterapia da CONVENIADA.

**7.4.** Serão revisados anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias pela equipe técnica.

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

## **8. RECURSOS MATERIAIS**

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

**Nota 1:** Os materiais médico-hospitalares e medicamentos serão padronizados pelo Hospital e, portanto, os médicos e as equipes multidisciplinares não deverão solicitar produtos não padronizados.

**8.2.** O Hospital disponibilizará Ambulância UTI com equipamentos para atender às necessidades de remoção de paciente para outra Unidade Hospitalar, incluindo equipe de saúde, através de solicitação junto à Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, devendo a CONVENIADA solicitar formalmente com antecedência ao Hospital.

**8.3** A responsabilidade da manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos e mobiliários cedidos pelo Hospital à CONVENIADA, conforme relação

patrimonial constante do **Anexo 1**, é da CONVENIADA, sendo que a mesma deverá ser realizada em tempo hábil a não gerar qualquer prejuízo ou perda de continuidade na assistência aos pacientes, incluindo peças e acessórios decorrentes da manutenção.

**Nota 2:** Deverá ser mantida na Unidade cópias do calendário de manutenções preventivas e o registro das manutenções realizadas.

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

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

**8.6.** Os serviços de lavanderia e limpeza serão de responsabilidade do Hospital.

## **9. RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS**

**9.1.** A equipe da UTI deverá proceder ao uso racional de antimicrobianos e insumos, água e luz, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar, Almoxarifado e Laboratório de Microbiologia.

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

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

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

**9.5.** Devem ser monitorados os indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4, de 24 de Fevereiro de 2010, da ANVISA.



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

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

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

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

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

**10.2.** O cadastro deverá conter:

- Curriculum Vitae do Profissional;
- Foto 3x4;
- Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pelo MEC e Conselho Regional de Classe, quando couber;
- Residência Médica ou Título de Especialista em: Clínica Médica, Medicina Intensiva, Anestesiologia, Infectologia, Nefrologia, Pneumologia, Cardiologia ou Neurologia;
- Documentação comprobatória dos profissionais especialistas que respondem ao gerenciamento técnico e administrativo dos 40 (quarenta) leitos de UTI Adulto, obedecendo a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012.

## **11. TRANSPORTE DE PACIENTES**

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

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

**11.3.** O transporte inter-hospitalar de paciente grave é de responsabilidade da CONVENENTE, devendo ser seguidos os requisitos constantes na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002;

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

**11.5.** O relatório de transferência, de responsabilidade da CONVENIADA, deve conter, no mínimo:

- I - dados referentes ao motivo de internação na UTI e diagnósticos de base;
- II - dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo realização de procedimentos invasivos, intercorrências, infecções, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos;
- III - dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários e cuidados administrados antes da transferência, perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrio ácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas.

## **12. RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA**

**12.1.** Constitui responsabilidade da CONVENIADA:

- a)** O gerenciamento das escalas médica, de enfermagem, de fisioterapia e fonoaudiologia, através da indicação ou substituição dos profissionais que executarão o trabalho;
- b)** A supervisão e acompanhamento do desempenho dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital.
- c)** A implantação e supervisão de protocolos para o atendimento médico assistencial da UTI, definidos pela CONVENENTE;
- d)** A cobertura do atendimento médico 24 horas/dia, sete dias por semana, objetivando sempre manter o número suficiente de médicos para atendimento a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, ambas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- e)** Providenciar a substituição dos profissionais de forma que o atendimento não seja descontinuado;
- f)** Zelar pelos equipamentos de propriedade da CONVENENTE e responder por qualquer dano causado, independente da culpa;
- g)** Preencher fichas e emitir relatórios necessários, que fazem parte obrigatória da documentação objeto da prestação do serviço;

**h)** Registrar no prontuário do paciente todo o atendimento realizado, objeto da prestação de serviço;

**i)** Responder civil, penal e administrativamente por todos os danos causados ao paciente, decorrentes da ação ou omissão na prestação de serviço;

**j)** Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica nos termos na Resolução CFM – 1931/2009;

**k)** Cumprir e fazer cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 1802/2006 e/ou outra que venha substituí-la;

**l)** Cumprir e fazer cumprir a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, e/ou outra que venha substituí-la;

**m)** Toda a Equipe de Trabalho sob responsabilidade da CONVENIADA deve estar adequadamente uniformizada, com o uso de equipamento de uso pessoal, identificada com crachá de fácil identificação, devendo estabelecer uma linguagem uniforme, integrada e uma postura acolhedora aos usuários que buscam a Assistência;

**n)** A CONVENIADA deve instalar controle de acesso e frequência dos seus profissionais, deixando à disposição da CONVENENTE;

**o)** É de responsabilidade da CONVENIADA o fornecimento de refeição de seus profissionais, bem como vestuário adequado para o ambiente de trabalho (avental de tecido, uniforme, etc);

**p)** A responsabilidade Ética Profissional da CONVENIADA deverá seguir as orientações da Comissão de Ética Médica da CONVENENTE;

**q)** A CONVENIADA deverá designar um Coordenador médico, que a representará nos assuntos relacionados à prestação do serviço objeto do contrato, inclusive nas reuniões e demais assuntos de interesse da Equipe Médica de trabalho da CONVENENTE;

**r)** A CONVENIADA deverá designar um Coordenador enfermeiro e fisioterapeuta, que a representará nos assuntos relacionados à prestação do serviço objeto do contrato;

### **13. RESPONSABILIDADES DA CONVENENTE**

#### **13.1. São de responsabilidade da CONVENENTE:**

**a)** Supervisão do atendimento realizado aos pacientes pelos profissionais da CONVENIADA;

**b)** Orientar a equipe da CONVENIADA quanto aos protocolos implantados na Unidade;

- c) Disponibilizar equipamentos na UTI em perfeitas condições de utilização;
- d) Disponibilizar materiais de consumo e medicamentos padronizados necessários à prestação de serviços;
- e) Disponibilizar ambulância UTI, se necessário;
- f) Disponibilizar estar médico para a equipe médica;
- g) Acompanhar e avaliar os serviços prestados;
- h) Definir o padrão do uniforme a ser usado pelos profissionais da CONVENIADA;
- i) Apresentar aos profissionais da CONVENIADA o sistema de gerenciamento assistencial da Unidade.

**Nota:** Não é de responsabilidade da CONVENENTE o fornecimento de alimentação aos funcionários da CONVENIADA.

#### **14. INDICADORES DE PARA MONITORAMENTO**

##### **14.1. INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA (95% valor do Convênio)**

| <b>Nº</b> | <b>INDICADOR</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>META UTI</b>                                 |
|-----------|------------------|--|---|
| 01        | Saídas           | É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), transferência externa, transferência interna ou óbito. (nº de pacientes dia/média de permanência) | Produzir um número >ou = 150 saídas/mês da UTI. |

##### **14.2. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO -**

##### **REMUNERAÇÃO VARIÁVEL (5% do valor Convênio)**

| <b>Nº</b> | <b>INDICADOR</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>METAS UTI</b> | <b>PONTUAÇÃO UTI (%)</b> |
|-----------|------------------|---|------------------|--------------------------|
| 01        | Taxa de Ocupação | É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e número total de leitos-dia, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados. | 85%              | 06                       |

|    |  |  |   |    |
|----|--|--|---|----|
| 02 | Média de Permanência (Dias)  | É a relação entre o número de pacientes-dia e o número de saídas. Mede o tempo médio que o paciente permanece internado em uma determinada clínica ou na instituição e o resultado é expresso em dias. | 7   | 06 |
| 03 | Paciente-Dia   | Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.   | 35  | 06 |
| 04 | Taxa de mortalidade em UTI   | Razão entre o número total de óbitos de pacientes internados na UTI e o número total de altas da UTI.  | 20%   | 05 |
| 05 | Taxa de reinternação em 24 horas   | É a relação porcentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa ou causas associadas em até 24 horas após a alta da UTI.   | $\leq 1\%$                                    | 06 |
| 06 | Taxa de utilização de Ventilação mecânica  | Razão entre o número de dia de VM sob total de paciente/dia.   | $\leq 36\%$<br><b>Referência:</b><br>CVE 2018 | 05 |
| 07 | Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central | Razão entre os casos novos de IPCS no período e número de pacientes com CVC/dia no período, multiplicado por 1.000.  | $\leq 3\%$<br><b>Referência:</b><br>CVE 2018  | 05 |
| 08 | Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)   | Razão entre o número de dia de CVC sob total de paciente/dia.  | $\leq 54\%$<br><b>Referência:</b><br>CVE 2018 | 05 |
| 09 | Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical                       | Razão entre casos novos de ITU no período e número de pacientes com SVD no período, multiplicado por 1.000.  | $\leq 2\%$<br><b>Referência:</b><br>CVE 2018  | 05 |

|    |  |   |  |    |
|----|--|---|--|----|
| 10 | Prontuários evoluídos  | Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes.  | 100 %<br>UTI e UCI                             | 05 |
| 11 | Reclamação na ouvidoria em número                                    | Numero de pacientes/mês dividido pelo número de ouvidoria registrada/mês.   | $\leq 1\%$                                     | 05 |
| 12 | Incidência de queda de paciente                                      | Relação entre o número de quedas e o número de pacientes/dia, multiplicado por 1.000.   | $\leq 0,5\%$<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018 | 05 |
| 13 | Índice de Úlcera por Pressão   | Relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 1.000.  | $\leq 1\%$<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018   | 05 |
| 14 | Incidência de erro de medicação                                      | Relação entre o número de erros relacionados à administração de medicamentos e o número de pacientes/dia, multiplicado por 100.   | $\leq 0,5\%$<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018 | 06 |
| 15 | Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral     | Relação entre o número de saídas não planejadas de sonda oro/ nasogastroenteral e o número de pacientes com sonda oro/nasogastroenteral / dia. multiplicado por 100   | $< 2\%$<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018      | 05 |
| 16 | Incidência de flebite  | Relação entre o número de casos de flebite em um determinado período e o número de pacientes/dia c/ acesso venoso periférico, multiplicado por 100.   | $< 0,2 \%$<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018   | 05 |
| 17 | Incidência de perda de cateter venoso central                        | Relação entre o número de perda de cateter venoso central e o número de pacientes c/ cateter venoso central, multiplicado por 100.  | $< 0,20 \%$<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018  | 05 |
| 18 | Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC) | Relação entre o número de perda de cateter central de inserção periférica (PICC), multiplicado por 100.<br>$Taxa = \frac{N^{\circ} \text{pacientes /dia com CVC/PIC} \times 100}{N^{\circ} \text{ de perdas.}}$ | $< 0,20 \%$<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018  | 05 |

|              |  |  |   |            |
|--------------|--|--|---|------------|
| 19           | Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal | Relação entre o número de extubação não planejada e o número de paciente intubado/dia, multiplicado por 100. | < 0,5 %<br><b>Referência:</b><br>CQH 2018 | 05         |
| <b>TOTAL</b> |  |  |   | <b>100</b> |

## **15. AVALIAÇÃO/MONITORAMENTO DOS INDICADORES**

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

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

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

## **16. ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS**

### **16.1. Reunião com a Direção**

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

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

### **16.2. Reuniões com o Corpo Clínico**

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

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

A avaliação de desempenho será feita segundo os indicadores acima.

## **17. FISCALIZAÇÃO**

**17.1.** A Diretoria Técnica do Hospital Regional de Osasco fará, por ocasião da assinatura do Convênio, a indicação do Gestor e Fiscalizador do Convênio;

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

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

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

### **17.2.1. São atribuições do Fiscal do Convênio:**

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

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

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

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

**Nota 1:** para a adequada fiscalização do Convênio, a CONVENIADA fornecerá mensalmente **(1)** cópia impressa e cópia eletrônica do extrato bancário da conta exclusiva, em planilha Excell no formato xlsx, categorizado conforme itens de despesa do orçamento aprovado, **(2)** cópia eletrônica de todos os comprovantes de pagamento, termos de rescisão contrato de trabalho e quaisquer outros



documentos que justifiquem despesa, **(3)** cópia impressa em folhas numeradas, do relatório de execução financeira, do Anexo 17 do Tribunal Contas do Estado, do extrato de investimento financeiro, do pagamento de impostos e benefícios que incidem sobre a folha CLT (INSS, IRRF, FGTS, etc), das notas fiscais dos prestadores de serviços de RH, da manutenção de equipamentos e dos custos indiretos.

**Nota 2:** Todas as notas fiscais dos prestadores de serviço à CONVENIADA, devem conter o nº do Convênio, o mês da prestação, a descrição do serviço e anexar comprovantes de recolhimento de Imposto Renda PJ e Pis/Confins/Csll. Para o RH médico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, devem anexar à nota fiscal, a relação dos profissionais que prestaram o serviço citando o dia, a carga horária e o período de trabalho. Para a manutenção dos equipamentos deve anexar à nota fiscal, a relação do número patrimônio dos equipamentos onde foi realizado a manutenção preventiva e corretiva, descendo o serviço efetivamente prestado. Para os 'Custo Indireto' (administrativo de RH, prestação de conta financeira-contábil, e a assistência jurídica), devem citar na nota fiscal o nº do Convênio, o mês da prestação e a descrição do serviço prestado.

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

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

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

**17.2.2.** São atribuições do Gestor do Convênio:

**I** - Acompanhar e fiscalizar in loco a execução contratual;

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

**III** - Manter o Diretor Técnico do Hospital informado de qualquer ocorrência de irregularidade contratual.

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

## **18. ANÁLISE DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

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

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

## **19. DOS PREÇOS**

**19.1.** A CONVENIADA deverá apresentar seus preços, unitário, mensal e total, compreendendo todo o atendimento médico, enfermagem, fisioterapêutico e fonoaudiólogo na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

**19.2.** Na composição dos preços ofertados, a CONVENIADA deverá contemplar, dentre outros, o adequado dimensionamento da equipe técnica que será alocada na execução das atividades a serem desenvolvidas no Serviço de Terapia Intensiva – Adulto do Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões.

## **20. PAGAMENTOS**

**20.1.** Para efeito de pagamento será considerado os procedimentos efetivamente realizados, devendo ser entendido por procedimento toda saída de paciente da UTI Adulto, considerando o número mínimo de 150 saídas/mês, conforme demonstrado no quadro de Indicadores - item 14.1.

**20.2.** Os pagamentos à CONVENIADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

**a)** 95% (noventa e cinco por cento) do valor total do convênio serão pagos em 12 (doze) parcelas fixas mensais – item 14.1.

**b)** 5% (cinco por cento) do valor total do convênio serão pagos mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e desempenho, conforme sua valoração estabelecida no quadro de Indicadores.

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

## **21. DISPOSIÇÕES FINAIS**

**21.1.** A CONVENIADA no gerenciamento da Unidade de Terapia Intensiva Adulto obedecerá à normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010, de 24 de fevereiro de 2010, e RDC nº 26/2012, de 11 de maio de 2010, e demais legislações aplicáveis para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva.

**21.2.** As questões que porventura não estiverem contempladas neste Termo de Referência, farão parte do Termo de Convênio e/ou poderão ser incluídas após discussão e acordo entre as partes.

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

Os serviços serão prestados no Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins, localizado à Rua Ari Barroso nº 355, CEP 06216-040 Osasco, SP Fone (11) 3683-3077.

Em, 01 de Março de 2021.

### **Elaborado por:**

**Dr. Alexandre Pellizer**  
Diretor Técnico de Saúde II  
Divisão Médica

**Dra . Dulcineia Gonçalves**  
Diretor Técnico de Saúde II  
Divisão de Enfermagem

Aprovo o Termo de Referência.

**Dr. Jorge Luiz Evangelist Farah**  
**Diretor Técnico de Saúde III**  
DTDS/HRDVMS

**ADENDO DO ANEXO 1**  
**RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS DA UTI PERTENCENTES AO**  
**PATRIMONIO DO HOSPITAL**

| <b>QUANT.</b> | <b>DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO/MOBILIÁRIO</b> |
|---------------|--|
| 40            | Cama beira leito                           |
| 01            | Cama para obeso                            |
| 40            | Monitor multiparâmetro                     |
| 04            | Monitor de transporte                      |
| 40            | Ventilador beira de leito                  |
| 03            | Ventilador transporte                      |
| 04            | Marca passo externo                        |
| 04            | Desfibrilador (carro completo)             |
| 04            | Eletrocardiógrafo                          |
| 02            | Foco cirúrgico móvel                       |
| 01            | Máquina de hemodiálise                     |
| 04            | Carro maca                                 |
| 09            | Módulo capinografia                        |
| 04            | Módulo PAI (completo)                      |
| 04            | Central de Monitorização (40 leitos)       |
| 02            | Aspirador cirúrgico                        |
| 25            | Estetoscópio                               |
| 02            | Aspirador                                  |
| 02            | Oftalmoscópio                              |
| 01            | Otoscópio                                  |
| 04            | Laringoscópio adulto                       |
| 53            | Suporte para medicação intravenosa         |
| 09            | Cadeira estofada giratória sem braço       |
| 15            | Suporte de perfuro cortante                |
| 05            | Cadeira estofada fixa com braço            |
| 48            | Criado-mudo                                |
| 43            | Escada pequena para maca                   |
| 04            | Carro para medicamento                     |
| 03            | Carro de transporte inox                   |
| 04            | Cadeira de banho                           |
| 07            | Carro de curativo                          |

|    |  |
|----|--|
| 15 | Cadeira estofada fixa sem braço          |
| 40 | Mesa de refeição de leito                |
| 01 | Negatoscópio                             |
| 11 | Microcomputador (CPU) c/ teclado e mouse |
| 02 | Impressora Laser                         |
| 14 | Poltrona reclinável                      |
| 09 | Biombo                                   |
| 14 | Mesa Hospitalar Auxiliar                 |
| 12 | Apoio para pés                           |
| 14 | Armário de Aço c/ porta                  |
| 10 | Estante de aço                           |
| 05 | Cama beliche                             |
| 10 | Mesa de trabalho escriturário            |
| 10 | Cadeira fixa plástica                    |
| 04 | Cadeira conjugada 3 lugares              |
| 01 | Refrigerador doméstico duplex            |
| 21 | Suporte de saco hamper                   |
| 04 | Aspirador cirúrgico                      |
| 05 | Cadeira de madeira fixa sem braço        |
| 04 | Cadeira de rodas                         |
| 04 | Refletor parabólico                      |
| 02 | Armário de vidro                         |
| 03 | Arquivo de aço com gavetas               |
| 02 | Suporte de ferro para TV/vídeo-cassete   |
| 04 | Refrigerador domestico simples           |
| 02 | Gaveteiro volante                        |
| 02 | Grampeador comum 26/6 para papeis        |
| 01 | Chapa aquecedora de soro                 |
| 04 | Armário de madeira c/ porta              |
| 02 | Lixeira de inox                          |
| 01 | Poltrona estofada elétrica               |
| 04 | Carrinho tipo supermercado               |
| 01 | Poltrona reclinável para obeso           |
| 01 | Elevador para paciente/transporte        |

**ANEXO I-B – PLANILHA DE ORÇAMENTO**

**EQUIPE MÉDICA**

| SERVIÇO  | Qtde. de profissionais (A) | Valor Plantão Diário (Por Profissional) (B) | Valor Total Plantão (AxB) | Valor Total Mensal (D) (Cx30) | Valor Total 06 Meses (Dx12) |
|--|----------------------------|---|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Médicos Plantonistas com jornada de 12 horas diárias, sendo: 4 das 07:00 as 19:00 horas 4 das 19:00 às 07:00 horas | 4 (Diurno)                 |   |                           |                               |                             |
|  | 4 (Noturno)                |   |                           |                               |                             |
| Médicos diaristas – (4) matutino e (4) vespertino  | 8 (matutino/ Vespertino)   |   |                           |                               |                             |
| TOTAL - EQUIPE MÉDICA:   |                            |   |                           |                               |                             |

**EQUIPE ENFERMAGEM**

| SERVIÇO                      | Qtde. de profissionais (A) | Valor (Por Profissional) (B) | Valor Total Mensal (C) | Valor Total 12 MESES (D) |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Enfermeiro                   | 04 (Diurno)                |                              |                        |                          |
|                              | 04 (Noturno)               |                              |                        |                          |
| Técnico de Enfermagem        | 20 (Diurno)                |                              |                        |                          |
|                              | 20 (Noturno)               |                              |                        |                          |
| Técnico de Enfermagem 40 hrs | 2 (diário)                 |                              |                        |                          |
| TOTAL - EQUIPE ENFERMAGEM:   |                            |                              |                        |                          |

**EQUIPE DE FISIO/FONO**

| SERVIÇO                      | Qtde. de profissionais (A) | Valor (Por Profissional) (B) | Valor Total Mensal (C) | Valor Total 12 MESES (D) |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Fisioterapia                 | 04 (Diurno)                |                              |                        |                          |
|                              | 04 (Noturno)               |                              |                        |                          |
| TOTAL - EQUIPE FISIOTERAPIA: |                            |                              |                        |                          |
| Fonoaudióloga                | 02 (Diurno)                |                              |                        |                          |
| TOTAL - FONOAUDIOLOGIA:      |                            |                              |                        |                          |

**EQUIPES AUXILIARES**

| SERVIÇO  | Qtde. de profissionais (A) | Valor (Por Profissional) (B) | Valor Total Mensal (C) | Valor Total 12 MESES (D) |
|--|----------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Aux. Administrativos segunda a domingo 8 as 17 hs. | 2                          |                              |                        |                          |
| <b>TOTAL - EQUIPE:</b>                             |                            |                              |                        |                          |

**MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS**

| DESCRIÇÃO  | Valor Mensal | Valor Total 12 Meses |
|--|--------------|----------------------|
| Manutenção de Equipamentos<br>(Preventiva e Corretiva) |              |                      |
| <b>TOTAL:</b>  |              |                      |

**CUSTOS INDIRETOS**

| DESCRIÇÃO     | Valor Mensal | Valor Total 12 Meses |
|---------------|--------------|----------------------|
|               |              |                      |
| <b>TOTAL:</b> |              |                      |

**TOTAL GERAL**

| DESCRIÇÃO                             | Valor Mensal | Valor Total 12 Meses |
|---------------------------------------|--------------|----------------------|
| Equipe Médica                         |              |                      |
| Coordenador Médico                    |              |                      |
| Equipe de Enfermagem                  |              |                      |
| Coordenador de Enfermagem             |              |                      |
| Equipe de Fisioterapia                |              |                      |
| Coordenador de Fisioterapia           |              |                      |
| Fonoaudiologia                        |              |                      |
| Equipe Auxiliar                       |              |                      |
| Manutenção de Equipamentos<br>Anexo 1 |              |                      |
| Custos Indiretos                      |              |                      |
| <b>TOTAL:</b>                         |              |                      |

OBS: Descrever os custos indiretos.

**ANEXO II**

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

**À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões**

Chamamento Público nº 001/2021

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

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

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

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



**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE DE CARGOS E FUNÇÕES**

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

*Assumo total e inteira responsabilidade pela declaração acima*

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

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

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

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS TERMOS**

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 001/2021, cujo objeto é a **CELEBRAÇÃO PARA CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO TÉCNICO E ADMINISTRATIVO DE 40 LEITOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL REGIONAL DR. VIVALDO MARTINS SIMÕES**, 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><br><i>Cadastro de Profissional</i> | <i>Ficha nº 20</i>   |
| <b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b> → INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/><br><b>2 - IDENTIFICAÇÃO</b><br>2.1 - CNES <input type="text"/> 2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/> |   |  |
| <b>34 - DADOS DO PROFISSIONAL</b>   |   |  |
|   |   | <b>CADASTRAMENTO</b> <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 - Fls <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 - CPIS 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  |   |  |
| Código <input type="text"/>   | Nome <input type="text"/>   |  |
| 34.3.2 - Agência  |   |  |
| Código <input type="text"/>   | Nome <input type="text"/>   |  |
| 34.3.3 - Conta Corrente <input type="text"/>  |   |  |
| Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade  |   | Data <input type="text"/>  |
| Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS   | Data <input type="text"/>   | Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS   |
|   |   | Data <input type="text"/>  |
| Assinatura e Carimbo do Profissional  |   | 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**

**D E C L A R A Ç Ã O**

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 \_\_\_\_\_/2021.**

**Processo nº: SES-PRC-2021/14594**

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, **Jeancarlo Gorinchteyn**, brasileiro, casado, médico, portador do RG. n.º **17.321.176**, CPF n.º **111.746.368.07**, 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 pelos Decretos estaduais n.º 60.868/2014, 60.908/2014, 61.981/2014, 62.032/2016, 63.264/2018, 64.065/2019 e 64.757/2020), e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e em conformidade com o credenciamento da CONVENIADA, mediante Edital de Chamamento Público n.º 001/2021 promovido pela Secretaria da Saúde, através do **Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões**, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente convênio tem por objetivo a conjugação de esforços dos convenientes visando 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 **a Implantação e Gerenciamento de 40 leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões**, 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 CONVENENTE**

São atribuições da Convenente:

**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. Dr. Eryberto Steves T. do Egito, médico, lotado no Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões.**

**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;

**VIII** - gerir os bens públicos com observância aos princípios da legalidade da legitimidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade, da eficiência e da eficácia, ficando sujeito às penalidades previstas em lei;

**IX** - atender à solicitação da CONVENENTE através da apresentação de prestação de contas parcial, fora do prazo estabelecido no Inciso VII.

## **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 CONVENENTE, 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 CONVENENTE 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 -** 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;

**XVII -** 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;

**XVIII** – 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.

**XIX** – 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.

**XX** - Gerir os bens públicos com observância aos princípios da legalidade, da legitimidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade, da eficiência e da eficácia, ficando sujeito às penalidades previstas em lei;

**XXI** – Atender à solicitação da CONVENIENTE através da apresentação de prestação de contas parcial, fora do prazo estabelecido no Inciso VII.

**Parágrafo único** - Ficam vedadas as seguintes práticas por parte da CONVENIADA:

1. Utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pela CONVENIENTE para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;
2. Realizar despesa em data anterior à vigência do instrumento;
3. Efetuar pagamento em data posterior à vigência deste instrumento.
4. Realizar qualquer cobrança direta ou indireta ao paciente vinculado ao SUS por qualquer serviço referente a assistência a ele prestada nas dependências da CONVENIADA;
5. Efetuar pagamento a qualquer título a pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do convênio ou sem a devida contraprestação laborativa;
6. Aplicar os recursos com despesas de taxas de administração ou assemelhada, tarifas, juros moratórios e multas e honorários advocatícios;
7. Utilizar os recursos repassados para locação de imóvel;
8. 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.
9. 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;
10. Aplicar dos recursos repassados com despesas de: taxas administrativas, tarifas, juros moratórios, multas, pagamento de dívidas anteriormente contraídas, recursos humanos não envolvidos na consecução do objeto do convênio, consultorias e honorários advocatícios.

#### **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 III do parágrafo 3º do artigo 116 da lei federal nº 8.666/93, casos em que as mesmas ficarão retidas até o saneamento das impropriedades 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** – 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 SÉTIMO** – 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.

**PARAGRAFO 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) **Dra. Magali Vicente Proença, Coordenador de Saúde, lotada na Coordenadoria de Serviço de Saúde.**

**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**

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 – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

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

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

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

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

**PARÁGRAFO QUARTO** – A CONVENIADA deve:

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

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

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

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

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

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

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

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

**PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO** – É vedada a transferência de dados pessoais, pela CONVENIADA, para fora do território do Brasil.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - 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 2021.

\_\_\_\_\_  
**Presidente da Instituição**

\_\_\_\_\_  
**Secretário de Estado da Saúde**

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_

**ANEXO VIII**  
**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

Processo: SES-PRC-2021/14594

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: Secretaria de Estado da Saúde – Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões

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

Convênio nº 001/2021

OBJETO: **Implantação e Gerenciamento de 40 leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões.**

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 2021.

**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**

|                                     |                 |                        |
|-------------------------------------|-----------------|------------------------|
| <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> |                        |

|                                     |                 |                        |
|-------------------------------------|-----------------|------------------------|
| <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><br><i>Não se aplica</i>              |
| <i>CNPJ</i>   |
| <i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i> |

|          |    |     |              |        |
|----------|----|-----|--------------|--------|
| Endereço |    |     |              |        |
| Cidade   |    |     |              | UF     |
| Cidade   | UF | CEP | DDD/Telefone | E-mail |

**b) Responsáveis**

|  |          |                 |
|--|----------|-----------------|
| Responsável pela Instituição Interveniente |          |                 |
| Não se aplica                              |          |                 |
| CPF  | RG       | Órgão Expedidor |
| Cargo                                      | Função   |                 |
| Endereço                                   |          |                 |
| Cidade                                     |          | UF              |
| CEP  | Telefone |                 |

**IV – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

| <b>Objeto</b> | <b>Descrição</b>  |
|---------------|---|
| Custeio       | Exemplos: recursos humanos, Reforma da UTI, Material de Escritório, Conserto do Telhado, Instalação de equipamento. |

**a) Identificação do Objeto**

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

**Exemplos:**

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

**b) Objetivo**

Exemplo: Veículo

| <b>Questões</b>                    | <b>Respostas</b> |
|------------------------------------|------------------|
| <b>O que se pretende alcançar?</b> |                  |

| Questões | Respostas |
|----------|-----------|
| 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 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:

| <b>META</b><br><i>( Passo a passo que demonstrará alcance do objetivo)</i>   | <b>DESCRIÇÃO</b> das ações para atingir a meta                    | <b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b><br><i>(cálculo ou relatório para identificar se a meta foi alcançada)</i>                          |
|--|---|--|
| Eliminar 80% da demanda reprimida de 1200 cirurgias eletivas<br>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><br><i>(cálculo p/ identificar se a meta foi alcançada)</i> |
|---|--|--|
| Aumentar de 70% para 90% o índice de satisfação "ótima" dos | Aplicar pesquisa de satisfação aos usuários SUS de acordo com os critérios especificados | Quantidade de Usuários com avaliação ótima no período / Quantid. Total                         |

| <b>META</b>              | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b><br><i>(cálculo p/ identificar se a meta foi alcançada)</i> |
|--------------------------|-------------------|--|
| usuários SUS em 6 meses. | em norma interna. | de Usuários que participaram dos serviços nos últimos 06 meses.                                |

**e) Etapas ou Fases de Execução**

Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros.

Exemplo:

| <b>ETAPA</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>DURAÇÃO</b> | <b>APLICAÇÃO</b> |
|--------------|---|----------------|------------------|
| 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:

| <b>ORDE<br/>M</b> | <b>OBJETO</b>                                      | <b>VALOR</b> | <b>%</b> |
|-------------------|--|--------------|----------|
| 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   |              |          |
| <b>Total</b>      |  |              |          |





Assinatura do Diretor da Unidade

**VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA**

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

Ordenador de Despesa

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

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

Secretário de Estado da Saúde

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

## **ANEXO X**

### **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 pelo Entidade)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, na condição de representante legal de \_\_\_\_\_ (*nome Instituição*), interessado em participar do Chamamento Público nº 001/2021, Processo nº SES-PRC-2021/14594, **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.