

ATO DE CONVOCAÇÃO
HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS DE SANTO ANDRÉ

PROCESSO Nº. 15-362/2022

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI'S I, II E III).

O presente certame segue as determinações do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC e unidades mantidas, publicado em 02 de dezembro de 2015 no DOESP/ Volume 125/ nº223 e retificado em 03 de dezembro de 2016 no DOESP/ Volume 126/ nº226;

MODALIDADE: Valor Superior (art. 11, alínea “c”, do Regulamento).

FORMA DE SELEÇÃO: Será considerado para o presente certame o critério de julgamento de **“Menor Preço Global Anual”** para determinar a ordem de classificação das empresas participantes.

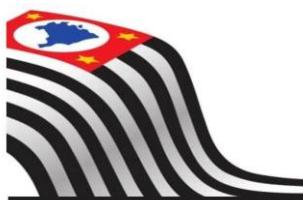
OBJETO: Contratação de empresa especializada na prestação de serviços médicos em unidade de terapia intensiva adulto (UTI'S I, II e III).

DATA DA REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA: Para o correto dimensionamento e elaboração da proposta, as empresas proponentes poderão realizar a vistoria técnica acompanhada por funcionário do hospital, ***visita poderá ocorrer até o dia 15 de março de 2022***, no Hospital Estadual Mário Covas, que será acompanhada por colaborador da Diretoria Técnica, sendo que as Empresas que já realizaram a visita técnica não a necessidade de realizar novamente. A visita deverá ser agendada através do e-mail: emerson.sabaini@hospitalmariocovas.org.br após a realização da vistoria, será expedida pelo hospital uma declaração a ser assinada pelo representante que vistoriou as instalações, comprovando estar ciente das informações técnicas e das condições locais para o cumprimento das obrigações do objeto de contratação.

ENTREGA DAS PROPOSTAS: até ***15.03.2022***, sendo que as documentações serão solicitadas ao vencedor do certame posteriormente.

A documentação e as propostas deverão ser entregues no endereço: Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321, Bairro Paraíso, Santo André/SP em envelopes separados. A documentação necessária estará relacionada no Memorial Descritivo.

A proposta e a documentação, em seu respectivo envelope, deverão indicar: o nome da empresa, o objeto do certame e; **OBRIGATORIAMENTE na proposta, indicar o endereço eletrônico (e-mail) para o qual será enviado o resultado do presente**



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000

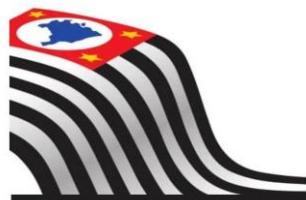


certame, ficando certo que o Hospital não será responsabilizado e/ou onerado por eventual ausência de indicação, erro de digitação por parte da empresa e problemas em seu servidor.

Santo André, 07 de março 2022.

Emerson Sabaini
Comprador

Carlos André da Rocha
Coordenador de Compras e Contratos



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000



MEMORIAL DESCRIPTIVO

Processo nº 15-362/2022

MEMORIAL PARA COLETA DE PREÇOS, VISANDO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI'S I, II E III).

Acha-se disponível no **Hospital Estadual Mário Covas** (Fundação do ABC – Organização Social de Saúde), doravante denominado “Hospital”, localizado na Rua Doutor Henrique Calderazzo, nº 321, CEP 09190-615, Bairro Paraíso, Santo André/SP, inscrito no CNPJ sob o nº 57.571.275/0006-07, o memorial descritivo para concorrência e coleta de preços, tipo “**Menor Preço Global Anual**”, objetivando a contratação supramencionada.

A retirada do presente Memorial Descritivo, a realização de eventual visita técnica, bem como a entrega de propostas deverão cumprir o estabelecido no respectivo Ato de Convocação publicado no site www.fuabc.org.br, “Publicações Oficiais”, “Editais”.

1. DO OBJETO

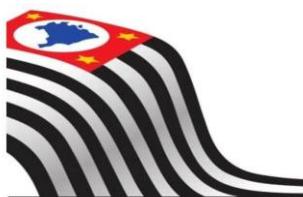
1.1. A presente Coleta de Preços tem por objeto a Contratação pelo Hospital Estadual Mário Covas de empresa especializada em prestação de serviços médicos Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI's I, II e III).

2. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA EMPRESA MELHOR CLASSIFICADA NA COLETA DE PREÇO

2.1. Os documentos abaixo relacionados deverão ser entregues presencialmente no setor de compras do Hospital, disponibilizados em folha tamanho A4 e em envelope lacrado, devidamente identificado com o nome da empresa.

2.1.1. Relativos à Habilitação Jurídica:

- a) Registro comercial, no caso de empresário individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresárias e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- b.1 Os documentos em apreço deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;
- c) Prova do Registro nos órgãos competentes, quando couber;



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

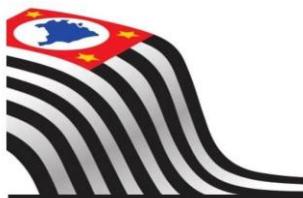
- d) Toda documentação específica, pertinente ao ramo de atividade.

2.1.2. Relativos à Regularidade Fiscal e Trabalhista:

- a) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da matriz ou filial, da empresa que irá executar os serviços, se vencedora do certame;
- b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal (se houver), relativo à sede da participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratado;
- c) Prova de regularidade com as Fazendas Públicas:
 - c.1 Federal: (Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007),
 - c.2 Estadual: admitida a certidão positiva com efeito de negativa ou outra equivalente na forma da lei;
 - c.3 Municipal: certidão de tributos mobiliários e imobiliários, que deverão ser entregues separadamente, conforme sede da participante.
- d) Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF);
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei Federal nº 12.440/11;
- f) Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, emitida no período de até 30 (trinta) dias anteriores à data fixada para a entrega dos envelopes;
- g) Declaração da empresa, sob pena da lei, de responsabilidade em caso de seus funcionários ou prepostos moverem futuras reclamações trabalhistas ou processos cíveis, se comprometendo a efetuarem a exclusão do polo passivo do Hospital Estadual Mário Covas, tanto para responsabilidade solidária quanto subsidiária.

2.1.3. Relativos à Qualificação Econômico-financeira:

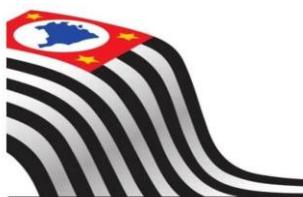
- a) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, apresentados na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios;



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

2.1.4. Relativos à Qualificação Técnica:

- a) Atestado de capacidade técnica, emitida por órgãos públicos ou privados, pertinente ao ramo de atividade da interessada, registrado no órgão competente, somente quando solicitado pela área no Termo de Referência
- b) Os atestados deverão conter, no mínimo, as seguintes informações: Prazo contratual, Data de início e término (caso o contrato ainda esteja vigente, esta informação deverá constar do atestado), Natureza da prestação dos serviços, Quantidades executadas, Caracterização do bom desempenho da Participante; Ser (em) fornecido (s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado em nome da empresa participante, com indicação do cargo e telefone de quem assinou o atestado para confirmação;
- c) Registro da empresa perante o Conselho Regional de Medicina (CRM);
- d) Declaração indicando o responsável técnico legalmente habilitado em medicina, comprovado através de título de especialista na área de atuação (ou documento equivalente), compatível com o objeto do presente Memorial;
- e) Relação de profissionais que executarão o serviço, contendo:
 - Cópia da Comprovação do Registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) dos médicos.
 - Cópia do Título de Especialista em medicina intensiva do responsável técnico (coordenador médico geral da unidade).
 - Cópia do Certificado de residência médica concluída, preferencialmente na área de medicina Intensiva e/ou Cópia do Título de Especialista preferencialmente na área de medicina Intensiva, dos médicos plantonistas.
 - Cópia do Título de Especialista em medicina intensiva dos médicos diaristas.
 - Comprovação do Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina (CRM).



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- f) Declaração que, de acordo com as especificações fornecidas pelo Hospital, a empresa possui perfeitas condições para execução completa dos serviços objeto do presente Memorial;
- g) Declaração da empresa, sob pena da lei, de responsabilidade em caso de seus funcionários ou prepostos moverem futuras reclamações trabalhistas ou processos cíveis, se comprometendo a efetuarem a exclusão do polo passivo do Hospital Estadual Mário Covas, tanto para responsabilidade solidária quanto subsidiária.

2.2. É facultado a Comissão de Análise de Julgamento (COJU) ou autoridade superior, em qualquer fase do certame, providenciar a **atualização de certidões** por meio eletrônico, para fins de comprovação de regularidade Fiscal e Trabalhista, quando os documentos apresentarem **prazo de validade expirado**, certificando nos autos do processo a sua regularidade, **vedada a inclusão posterior de documentos novos não apresentados originariamente**.

2.2.1. Não serão atualizadas as certidões com prazo de validade expirado a mais de 60 (sessenta) dias.

2.2.2. Se não for possível atualizá-las por meio eletrônico hábil de informações, a empresa vencedora será notificada para, no prazo de 02 (dois) dias úteis, apresentar certidão atualizada, comprovando a sua situação de regularidade, sob pena de desclassificação do certame.

2.3. Ausente quaisquer dos documentos solicitados no item 2, a empresa participante será automaticamente desclassificada.

3. DOS IMPEDIMENTOS

3.1. Conforme § 1º do artigo 20 do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC e suas unidades mantidas, a empresa vencedora de qualquer concorrência não deverá incidir em quaisquer penalidades ou impedimentos de licitar ou contratar com a Administração Pública e a Fundação do ABC e suas unidades mantidas.

3.2. Não serão analisadas propostas de empresas que se encontrarem nas seguintes condições: impedidas por lei, participação de consórcio, subcontratação de serviço.

4. DAS PROPOSTAS

4.1. A proposta deverá ser encaminhada em envelope lacrado, identificado com a razão social da empresa candidata e com objeto do certame, sob pena de desclassificação, vedado a inclusão de novos documentos após a entrega, seja pessoal ou por qualquer meio eletrônico.

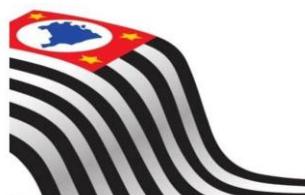


Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 4.2. A empresa candidata, em sua proposta, deverá indicar o endereço eletrônico (e-mail) para o qual será enviada a ata de julgamento do resultado do presente certame, ficando certo que o Hospital não será responsabilizado e/ou onerado por eventual ausência de indicação, erro de digitação por parte da empresa ou problemas em seu servidor.
- 4.3. A proposta comercial deverá apontar o “Valor Total Mensal e Valor Total Global Anual”.
- 4.4. Ficam obrigadas as participantes, para composição dos valores, apresentar suas propostas conforme tabela constante do Anexo II do presente Memorial Descritivo.
- 4.5. Os preços apresentados deverão ser em reais, com até duas casas decimais, expressos em algarismos e por extenso, computados todos os custos básicos diretos, bem como tributos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários e quaisquer outros custos ou despesas que incidam ou venham a incidir direta ou indiretamente sobre o objeto do Memorial, tais como frete, combustível, embalagens, e demais despesas concernentes à plena execução do objeto.
- 4.6. A proposta deverá conter as especificações dos serviços oferecidos, em consonância com o objeto do presente memorial, bem como do Termo de Referência (Anexo I).
- 4.7. Os participantes que ofertarem suas propostas abaixo do valor praticado no mercado, deverão apresentar quando solicitado, junto com sua planilha de quantitativos e valores, planilha de custos de demonstre que a mesma é exequível e compatível com os preços de mercado e com a execução do objeto ora tratado, em relação a preços, salários, produtividade, BDI correspondente, transporte, seguro, encargos sociais e previdenciários, tributos fiscais e outros fatores que influenciem de forma direta ou indireta na execução do objeto tratado, sob pena de desclassificação.
- 4.8. O prazo de validade da proposta, não inferior a 60 (sessenta) dias, deverá ser determinado na proposta.

5. DO PROCESSAMENTO E JULGAMENTO

- 5.1. As propostas serão processadas e julgadas pela Comissão de Análise e Julgamento (COJU) do Hospital Estadual Mário Covas que submeterá sua decisão ao Diretor Geral do Hospital, nos termos regimentais.
- 5.2. A COJU publicará a conclusão da concorrência, constando o nome da empresa vencedora no site da FUABC (www.fuabc.org.br) e enviará e-mail com ata do



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

resultado do julgamento das propostas para cada um dos participantes deste certame, ocasião em que será aberto prazo para recurso e impugnações.

- 5.3. A COJU utilizará como forma de desempate, a avaliação da idoneidade das empresas candidatas; qualidade do produto e/ou serviço oferecido; condições de garantia; verificação e comparação da somatória de fatores, incluindo distância, transporte seguro até o local da entrega, forma de pagamento, prazo para entrega e o cumprimento integral das especificações do presente Memorial Descritivo.
- 5.4. Será considerada vencedora a empresa que propuser o “Menor Preço Global Anual”, atender todas as exigências formais do presente Memorial Descritivo e que o serviço esteja de acordo com as especificações mencionadas no “Termo de Referência”.
- 5.5. Serão desclassificadas as propostas que não atendam as exigências formais ou técnicas deste Memorial Descritivo.
- 5.6. Na hipótese de todas as propostas serem desclassificadas e a critério da COJU, poderá ser fixado prazo para apresentação de novas propostas comerciais.
- 5.7. A COJU, ou quem ela indicar, reserva-se o direito de efetuar diligências para esclarecer ou verificar a autenticidade e veracidade dos documentos e/ou informações apresentadas nas Propostas.
- 5.8. A empresa melhor classificada da presente coleta de preços, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis a partir da comunicação oficial, para a apresentação dos documentos, sob pena, de não o fazendo, ser desclassificada.**

6. DOS QUESTIONAMENTOS E ESCLARECIMENTOS

6.1. Os questionamentos e/ou esclarecimentos de caráter técnico ou legal sobre o presente Memorial Descritivo, deverão ser formalizados em papel timbrado da empresa e protocolizados no Setor de Compras do Hospital Estadual Mário Covas.

6.1.1. Tais questionamentos deverão ser encaminhados à COJU em até 02 (dois) dias úteis antes da data final da entrega das propostas, para análise e respostas.

6.2. As respostas aos questionamentos serão publicadas no site da Fundação do ABC (www.fuabc.org.br) permitindo acesso a todos os interessados.

6.3. Não serão atendidas solicitações verbais ou por telefone.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 6.4. Durante o período compreendido entre a data de entrega das propostas e a notificação do resultado final do certame, os concorrentes deverão abster-se de entrar em contato com os membros da COJU para assuntos correlatos.
- 6.5. Os questionamentos e/ou esclarecimentos não suspendem o certame, salvo, em caso de análise técnica que demande maior tempo para análise, razão pela qual a suspensão será publicada no site da Fundação do ABC (www.fuabc.org.br).

7. DAS IMPUGNAÇÕES E RECURSOS

- 7.1. As empresas participantes poderão protocolizar no Setor de Compras do Hospital Estadual Mário Covas impugnação dos termos deste Memorial Descritivo até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para entrega das propostas, remetendo suas razões à Diretoria Geral do Hospital.
- 7.2. As impugnações serão analisadas quanto à existência de efeito suspensivo pela COJU, que publicará sua decisão através do site da FUABC (www.fuabc.org.br).
- 7.3. Caberá recurso da decisão da COJU no prazo de 02 dias úteis da notificação do resultado final. Os recursos deverão ser protocolizados no Setor de Compras do Hospital Estadual Mário Covas e remetidos à Diretoria Geral do Hospital Estadual Mário Covas para análise e julgamento.
- 7.4. São legitimados para apresentação de recurso os representantes legais da empresa e/ou aqueles indicados em procuração específica.
- 7.5. Ocorrendo interposição de recurso por quaisquer das empresas participantes, as demais serão noticiadas através de e-mail, para que, em havendo interesse, apresentem sua impugnação e/ou contrarrazões em 02(dois) dias úteis da notificação.
- 7.6. A decisão do recurso apresentado será publicada no site da FUABC (www.fuabc.org.br).

8. DAS VISTAS AO PROCESSO

- 8.1. Após a publicação do resultado final no site www.fuabc.org.br, caso alguma empresa candidata tenha interesse ou necessidade de vistas ao processo do certame, deverá formalizar tal pedido em papel timbrado e protocolizar na recepção do Hospital. As vistas serão realizadas individualmente aos proponentes interessados, em dia, hora e local estipulados pelo Hospital.
- 8.2. Na realização das vistas ao processo, o proponente solicitante será acompanhado por funcionário indicado do Hospital.

8.2.1. Em razão da pandemia do Corona Vírus (COVID-19), a parte interessada deverá providenciar por meios próprios, a extração de cópias, preferencialmente por qualquer meio eletrônico.

9. DOS ANEXOS

9.1. Integram o presente Memorial Descritivo:

ANEXO I - Termo de Referência e seus anexos

ANEXO II - Minuta Contratual

10. DO CONTRATO

10.1. O representante ou procurador da empresa declarada como vencedora deverá comparecer a sede do Hospital, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis contados da sua convocação, para retirada, assinatura e devolução do respectivo Contrato em 03 dias úteis após sua retirada, sob pena de, não o fazendo, ficar a mesma impossibilitada de participar de futuras coletas de preços do Hospital.

10.2. Os serviços serão iniciados pela empresa vencedora após a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços.

10.3. O Termo de Referência integrará o contrato que vier a ser firmado com a empresa vencedora.

11. DAS PENALIDADES

11.1. As penalidades serão aplicadas conforme os termos do Contrato, cuja minuta constitui Anexo III do presente Memorial Descritivo.

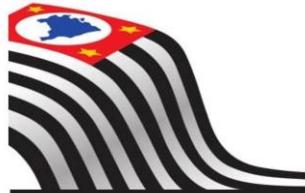
12. DOS PAGAMENTOS

12.1. Os pagamentos serão efetuados em conformidade ao termo do Contrato, cuja minuta constitui Anexo III.

13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. O presente Memorial Descritivo respeita os princípios da igualdade, legalidade, moralidade, publicidade, imparcialidade, probidade administrativa e transparência, garantindo assim lisura em todo o processo.

13.2. Os documentos xerocopiados apresentados deverão ser preferencialmente autenticados.

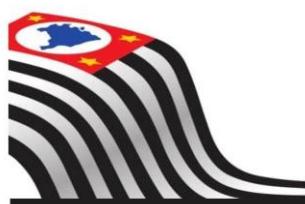


Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000



13.3. A proposta comercial deverá ser apresentada em papel timbrado da empresa candidata, impressa ou datilografada sem emendas ou rasuras.

13.4. O Hospital Estadual Mario Covas de Santo André se reserva o direito de cancelar o presente processo, a qualquer tempo, fundamentando sua decisão.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

ANEXO I – Termo de Referência

TERMO DE REFERÊNCIA PARA SERVIÇO

1. OBJETO

1.1. Prestação de serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação de serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto se faz necessária para a manutenção dos serviços de alta complexidade, que são prestados pela instituição para o atendimento da demanda de pacientes graves ou de risco, encaminhados pelos órgãos de regulação de acesso da Secretaria de Estado da Saúde (SES), bem como para suprir a demanda interna do Hospital Estadual Mário Covas (HEMC).

3. ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO

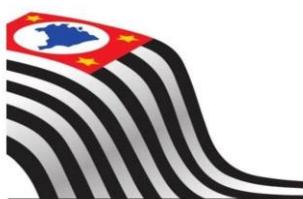
3.1. Descrição detalhada do serviço a ser executado:

3.1.1. Prestação de serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (tipo II), seguindo a Resolução do CFM nº 2.271/2020, a Portaria Ministerial - ANVISA nº 895/2017; Instrução Normativa ANVISA nº 04/2010; RDC ANVISA nº 07/2010; nº 26/12; nº 137/17 e demais normas legais e técnicas pertinentes, incluindo outras que vierem alterá-las, substituí-las ou complementá-las naquilo que se aplica ao objeto do presente instrumento, para o atendimento a pacientes graves ou de risco, provenientes dos órgãos de regulação de acesso da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e demanda interna da instituição, que exijam assistência médica ininterrupta, com o apoio de equipe de saúde multiprofissional a ser disponibilizada pelo **H.E.M.C.**

3.2. Definição de equipe para execução do serviço:

3.2.1. A **PRESTADORA** deverá disponibilizar médicos Intensivistas, devidamente cadastrados no Conselho Regional de Medicina, em quantitativo suficiente para atender a legislação e a demanda de referência descrita no item 4 e seus subitens, bem como a todas as exigências presentes neste Termo de Referência, contendo:

3.2.1.1. 1 (um) responsável técnico para assumir a função de coordenação-geral e chefia das unidades, realizando interface entre **PRESTADORA** e o **H.E.M.C**, devendo possuir título de especialista em medicina intensiva.

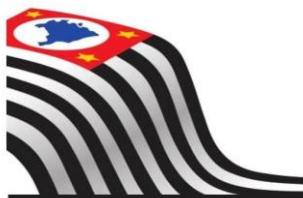


Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 3.2.1.2. Profissionais médicos plantonistas intensivistas que possuam residência médica formal concluída, preferencialmente em medicina intensiva e/ou título de especialização, preferencialmente em medicina intensiva.
- 3.2.1.1. Profissionais médicos diaristas para elaboração e supervisão a condução do plano e planejamento diagnóstico e terapêutico, devendo possuir título de especialista em medicina intensiva.

3.3. Horário da prestação do serviço, frequência e periodicidade:

- 3.3.1. **Plantonistas:** A **PRESTADORA** deverá garantir cobertura 24h, 07 (sete) dias por semana, conforme legislação vigente.
- 3.3.2. **Diaristas:** A **PRESTADORA** deverá disponibilizar diaristas, conforme legislação vigente.
- 3.3.3. A prestação dos serviços deverá ser executada ininterruptamente pela **PRESTADORA**, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana, inclusive aos finais de semana e feriados, devendo manter equipe médica à disposição de forma presencial para atender à demanda de procedimentos eletivos, emergenciais e avaliações, de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos pelo H.E.M.C., em consonância com as Normas e Resoluções do Conselho Federal de Medicina e demais normativas pertinentes ao ramo de atividade objeto desta contratação.
 - 3.3.3.1. A **PRESTADORA** deverá responsabilizar pela cobertura de folgas, férias e eventuais ausências de seus profissionais.
 - 3.3.3.2. Não será admitido pelo **H.E.M.C.**, a prestação de serviços assistenciais a distância.
- 3.3.4. A **PRESTADORA** deverá garantir que os plantonistas aguardem até a efetiva cobertura do plantão para sua saída.
- 3.3.5. O **H.E.M.C** fornecerá aos profissionais designados pela **PRESTADORA** para a execução dos serviços objeto deste Termo de Referência, crachá de identificação/acesso para registro de catraca de entrada e permanência na instituição e livro ponto para controle, que será utilizado como outra opção de conferência.
 - 3.3.5.1. A falta de registro em catraca de entrada ou ausência de justificativa prévia poderão acarretar descontos proporcionais **e** multa, previstos no item **“14 e seguintes”** deste instrumento.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

3.3.5.2. A falta, ausência ou abandono de plantão pelo plantonista ou diarista acarretará desconto **e** multa, previstos no item “**14 e seguintes**” deste instrumento.

3.3.6. É vedado que qualquer profissional disponibilizado pela **PRESTADORA** realize plantões com carga horária superior a 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas, conforme estabelece o artigo 8º da resolução nº 90/2000 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), bem como a **PRESTADORA** deverá respeitar o intervalo mínimo de 11 (onze) horas entre 02 (duas) jornadas de trabalho, conforme estabelecido no artigo 66 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

3.3.6.1. O não cumprimento dessa exigência poderá acarretar na notificação da **PRESTADORA** pelo **H.E.M.C.** e na imposição de multa prevista no item “**14 e seguintes**” deste instrumento e demais medidas administrativas que se fizerem necessárias.

3.4. Local da Prestação:

3.4.1. Os serviços serão prestados nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Estadual Mário Covas, denominadas internamente como “UTI I”, “UTI II” e “UTI III”, localizadas na Rua: Dr. Henrique Calderazzo, nº321, Santo André – SP CEP: 09190-615.

3.5. Serviços a serem executados pela **PRESTADORA**:

3.5.1. Atendimento de alta complexidade aos pacientes graves ou de risco, internados nas Unidades de Terapia Intensiva, tipo II, denominadas internamente como “UTI I”, “UTI II” e “UTI III” do **H.E.M.C.**

3.5.2. Prestar assistência médica em conformidade com o modelo assistencial do **H.E.M.C.**;

3.5.3. Realizar o acolhimento e internação de todos os pacientes encaminhados para internação via Núcleo Interno de Regulação (NIR) do **H.E.M.C** ou demanda interna;

3.5.4. Coletar dados da anamnese clínica, do exame físico de forma complementar, solicitar exames radiológicos e de análises clínicas necessários para viabilizar a definição do plano terapêutico;

3.5.5. Elaborar as hipóteses diagnósticas;

3.5.6. Elaborar e executar plano terapêutico em conjunto com a equipe multidisciplinar do **H.E.M.C**;



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 3.5.7. Realizar o atendimento das intercorrências clínicas em pacientes internados;
- 3.5.8. Realizar a análise de riscos assistenciais em conjunto com equipe multidisciplinar do **H.E.M.C.**;
- 3.5.9. Executar procedimentos de internação e alta - segundo as diretrizes da instituição;
- 3.5.10. Realizar os procedimentos de transferência de cuidados médicos assistenciais, em conformidade as rotinas institucionais;
- 3.5.11. Solicitar visita de especialidade médica do **H.E.M.C.**, sempre que necessário para esclarecimentos terapêuticos e condutas;
- 3.5.12. Realizar o registro da assistência médica em prontuário eletrônico, em conformidade com as regras definidas pela instituição;
 - 3.5.12.1. Considerando a inexistência, até o presente momento, de certificação digital no prontuário eletrônico do paciente utilizado pelo **H.E.M.C.**, a equipe médica da **PRESTADORA** deverá imprimir, assinar e carimbar, imediatamente após a sua realização, todos os documentos médicos de sua autoria, para que esses sejam arquivados respeitando a legislação vigente.
 - 3.5.12.2. A não prática do quesito anterior será considerada infração contratual e poderá ser penalizada com a multa contratual prevista no item “**14 e seguintes**” deste instrumento.
- 3.5.13. Prestar informações aos familiares dos pacientes, sobre quadro clínico, através dos dados do boletim médico;
- 3.5.14. Comunicar o óbito aos familiares repassando as informações necessárias;
- 3.5.15. Preencher e fornecer aos familiares, a declaração de óbito sempre que tiver as condições de estabelecer a causa de morte, caso não tenha, encaminhar o paciente falecido para o Instituto Médico Legal – IML ou Serviço de Verificação de Óbito – SVO;
- 3.5.16. Manter interface com equipe interdisciplinar; sugerir, elaborar, participar e realizar procedimentos que visem melhorar o atendimento aos pacientes da Instituição.

3.6. Dos equipamentos, bens e materiais:

- 3.6.1. Responsabilidades do Hospital estadual Mário Covas (H.E.M.C.):



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

3.6.1.1. O **H.E.M.C** será responsável pela disponibilização de todos os equipamentos/bens/materiais necessários para a execução dos serviços a serem prestados, objeto deste Termo de Referência.

3.7. Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços:

3.7.1. O **H.E.M.C** providenciará aos profissionais da **PRESTADORA**, todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços.

3.8. Demais especificações que se fazem necessárias:

3.8.1. Os serviços descritos neste Termo de Referência são de natureza Continuada.

4. CENÁRIO DE REFERÊNCIA

4.1. Informamos que devido a pandemia, foi utilizado o cenário de referência correspondente ao ano de 2019 para orientar esta concorrência, sendo este, o que reflete a situação normal de funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, tipo II.

4.2. Quantidade de Unidades de Terapia Intensiva Adulto:

4.2.1. O **H.E.M.C** possui 3 (três) unidades de Terapia Intensiva, tipo II, conforme nomenclatura interna descrita abaixo:

4.2.1.1. **UTI Adulto I.**

4.2.1.2. **UTI Adulto II.**

4.2.1.3. **UTI Adulto III.**

4.3. Quantidade de Leitos por unidade:

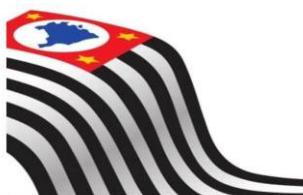
4.3.1. UTI Adulto I: **14 (quatorze) leitos.**

4.3.2. UTI Adulto II: **14 (quatorze) leitos.**

4.3.3. UTI Adulto III: **14 (quatorze) leitos.**

4.4. Ocupação média mensal dos pacientes em tratamento nos leitos de UTI's durante o ano de 2019:

4.4.1. UTI Adulto I: **93,4% (noventa e três inteiros e quatro décimos por cento).**



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000



4.4.2. UTI Adulto II: **92,11% (noventa e dois inteiros e onze centésimos por cento).**

4.4.3. UTI Adulto III: **76,81% (setenta e seis inteiros e oitenta e um centésimos por cento).**

4.5. Média mensal de internações nas Unidades de Terapia Intensiva durante o ano de 2019:

4.5.1. UTI Adulto I: **51 (cinquenta e uma) internações mensais.**

4.5.2. UTI Adulto II: **57 (cinquenta e sete) internações mensais.**

4.5.3. UTI Adulto III: **94 (noventa e quatro) internações mensais.**

4.6. Perfil do paciente internado nas Unidades de Terapia Intensiva durante o ano de 2019:

4.6.1. UTI Adulto I: Pacientes agudos ou crônico agudizados, portadores de quaisquer afecções clínicas ou de origem traumática, que ofereça risco de morte (Ex: Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), choque de qualquer etiologia, Acidente Vascular Cerebral (AVC), etc.).

4.6.2. UTI Adulto II: Pacientes agudos ou crônico agudizados, portadores de quaisquer afecções clínicas ou de origem traumática, que ofereça risco de morte (Ex: Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), choque de qualquer etiologia, Acidente Vascular Cerebral (AVC), etc.).

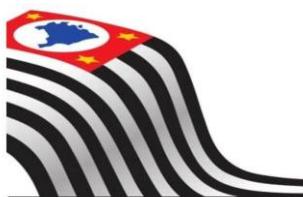
4.6.3. UTI Adulto III: Preferencialmente, pós-operatórios não complicados, além de pacientes agudos ou crônico agudizados, portadores de quaisquer afecções clínicas ou de origem traumática que ofereça risco de morte (Ex: Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), choque de qualquer etiologia, Acidente Vascular Cerebral (AVC), etc.).

5. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

5.1. As empresas participantes deverão apresentar sua proposta nos mesmos moldes estabelecidos no ANEXO I, sob pena de desclassificação.

5.2. O preço ofertado deverá contemplar todos os tributos, fretes, tarifas e despesas decorrentes da execução do serviço.

5.3. Serão desclassificadas as empresas que apresentarem propostas e ofertas diferentes das especificações contidas neste Termo de Referência, no Memorial Descritivo e no ato de Convocação.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000

5.4. A apresentação da proposta e a tramitação da concorrência seguirá as exigências e formalidades estabelecidas no Memorial Descritivo e no ato de Convocação.

6. CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS EMPRESAS

6.1. Será considerado para o presente certame o critério de julgamento de **“Menor Preço Global Anual”** para determinar a ordem de classificação das empresas participantes.

6.2. Será considerada como vencedora do certame a empresa melhor classificada dentre as participantes que, concomitantemente, atender todas as exigências especificadas no Termo de Referência, no Ato de Convocação, no Memorial Descritivo e na Minuta Contratual.

7. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATADA

7.1. A **CONTRATADA** se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.

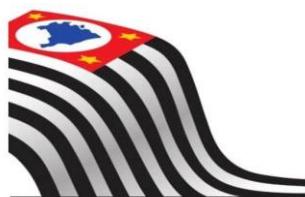
7.2. Após assinatura do contrato vinculado ao presente instrumento, a **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE**, com prazo máximo de 15 (quinze) dias corrido, a relação do quadro de funcionários, com nomes, cargos, data de admissão, os respectivos Curriculum Vitae dos profissionais vinculados e comprovante do vínculo empregatício com a empresa, bem como deverá apresentar:

7.2.1. Relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, número de RG, CPF, CRM, Registro no órgão regulador de especialidade, endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residencial) de todos os profissionais que ela designará para prestar os serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:

7.2.1.1. Diploma de graduação em Medicina, Cópia do Certificado de residência médica concluída, bem como Cópia do Título de Especialista preferencialmente na área de medicina Intensiva.

7.2.1.2. Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade, se aplicável;

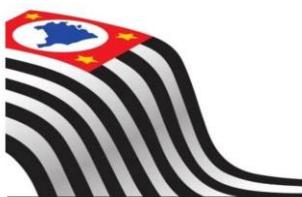
7.3. A **CONTRATADA** deverá manter atualizada na Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**, a relação dos profissionais que prestam serviços na instituição, informando imediatamente a **CONTRATANTE**, sempre que ocorrer qualquer alteração no seu quadro de profissionais.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000



- 7.4. A **CONTRATADA** deverá solicitar autorização prévia à Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**, antes de tomar quaisquer medidas que acarretem alteração dos termos contidos no presente instrumento.
- 7.5. Os profissionais da **CONTRATADA** deverão certificar-se da assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo paciente ou seu representante legal, antes da realização dos procedimentos médicos, informando sobre seus riscos inerentes, sempre que possível.
- 7.6. A **CONTRATADA** se compromete a manter atualizados os prontuários dos pacientes, zelando pela veracidade das informações inseridas, sua integridade e conservação.
- 7.7. A **CONTRATADA** deverá fornecer a escala dos plantonistas do próximo mês, até o dia 25 do mês corrente para a Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**.
- 7.8. A **CONTRATADA** deverá informar com antecedência de 24 horas à Diretoria Técnica eventuais trocas na escala. Na impossibilidade de informar com antecedência, deverá apresentar justificativa.
- 7.9. A **CONTRATADA** deverá garantir que todos os profissionais médicos designados para prestação do serviço possuam registro regular no Conselho Regional de Medicina (CRM) / CREMESP.
- 7.10. A **CONTRATADA** deverá informar ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) as previsões de alta para o dia seguinte até às 11h.
- 7.11. A **CONTRATADA** diariamente deverá avisar ao NIR o número de vagas disponíveis, até às 07h30min.
- 7.12. A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se pela preceptoria dos alunos de graduação do Centro Universitário da Faculdade de Medicina do ABC e dos residentes, quando estiverem no ciclo de Medicina Intensiva.
- 7.13. A **CONTRATADA** deverá providenciar o cadastro dos profissionais que prestarão serviço diretamente na instituição, junto à Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**, garantindo que todos portem crachá de identificação em local visível.
- 7.14. A **CONTRATADA** deverá seguir as diretrizes de todas as comissões instituídas pela **CONTRATANTE**.
- 7.15. A **CONTRATADA** deverá respeitar integralmente todos os protocolos, procedimentos, regulamentos, normas, e indicadores estabelecidos pela **CONTRATANTE**, contribuindo para a acreditação ou manutenção da qualidade nas certificações nacionais e internacionais que o hospital esteja inserido.

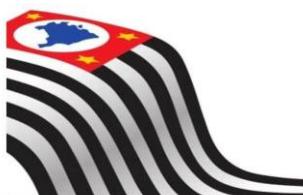


- 7.16. A **CONTRATATADA**, através de seu representante, deverá prestar esclarecimentos sempre que convocada pela **CONTRATANTE**.
- 7.17. Caso o objeto da prestação de serviços requeira a utilização de equipamentos de propriedade da **CONTRATANTE**, caberá a **CONTRATADA** zelar pelo equipamento utilizado, fazendo uso dentro das especificações técnicas recomendadas pelos fabricantes.
- 7.18. Considerando que a **CONTRATANTE** utiliza sistema eletrônico de gestão hospitalar, caso o objeto de contratação seja vinculado ao uso do referido sistema, os profissionais que prestarão serviços à **CONTRATADA** deverão passar por treinamento ministrado pela **CONTRATANTE**.
- 7.19. A **CONTRATADA** deverá comunicar por escrito à **CONTRATANTE** sempre que constatar defeito, desgaste ou algum outro problema que reduza ou impossibilite o uso normal de qualquer equipamento utilizado durante a execução dos serviços objeto deste contrato.
- 7.20. A **CONTRATADA** se compromete em manter atualizadas as fichas de profissionais no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do Sistema Único de Saúde - SUS e outros documentos que se fizerem necessários.
- 7.20.1. A falta da atualização prevista no parágrafo anterior poderá acarretar multa prevista no item “**14 e seguintes**” deste instrumento.

- 7.21. A **CONTRATADA** se compromete a executar seus serviços respeitando todas as disposições estabelecidas neste Termo de Referência, bem como as demais determinações estabelecidas no contrato.

8. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATANTE

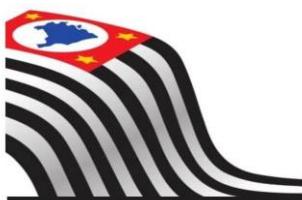
- 8.1. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da empresa **CONTRATADA**.
- 8.2. A **CONTRATANTE** fornecerá o local e as instalações para o desenvolvimento dos serviços contratados.
- 8.3. Responsabilizar-se pela manutenção predial, conservação e limpeza das instalações da **CONTRATANTE**, onde os serviços serão executados.
- 8.4. Efetuar os pagamentos referentes ao objeto contratual, desde que cumprido os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000

9. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 9.1. O pagamento será efetuado no dia 20 do mês subsequente aos serviços prestados, caso essa data seja em finais de semana ou feriados, o pagamento ocorrerá no próximo dia útil vigente.
- 9.2. A **CONTRATADA** deverá encaminhar ao gestor do contrato, até o dia 3 do mês subsequente à prestação dos serviços, a nota fiscal com a descrição dos serviços realizados no mês anterior, bem como o relatório detalhado dos atendimentos realizados, juntamente com os indicadores pactuados previamente, com a devida análise crítica de cada um deles. O gestor do contrato, após avaliação dos aspectos técnicos quantitativos e qualitativos do serviço, validará a nota e os relatórios, encaminhando os documentos ao setor financeiro para pagamento.
- 9.3. Nos pagamentos será retido na fonte o valor correspondente aos tributos, nos termos da legislação específica e demais tributos que recaiam sobre o valor faturado.
- 9.4. Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.
- 9.5. O pagamento será efetuado mediante a apresentação mensal pela Contratada dos seguintes documentos que serão arquivados pelo Contratante:
- A)** Nota Fiscal constando a discriminação detalhada do serviço prestado;
 - B)** CND - Federal: (Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007);
 - C)** Prova de regularidade perante o FGTS. Quando isento, deverá o Prestador apresentar justificativa e comprovante;
 - D)** Cópia de guia de recolhimentos do INSS, acompanhada da folha resumo da GEFIP correspondente. Quando isento, o prestador deverá apresentar justificativa e comprovante, nos termos da instrução normativa RFB N 971/2009.
 - E)** Relação nominal atualizada de todos os profissionais que trabalham na empresa, prestando serviços diretamente nas dependências da **CONTRATANTE**.
 - F)** Demonstrativos dos pagamentos realizados a todos os empregados (salário, vale transporte e benefícios), acompanhado do respectivo recibo firmado pelo empregado.



10. DAS CONDIÇÕES PARA O USO DO REFEITÓRIO

10.1. A **CONTRATANTE** permitirá à **CONTRATADA** a utilização do refeitório localizado em suas instalações para alimentação dos funcionários vinculados aos seus prestadores de serviço, desde que o valor integral correspondente às refeições consumidas seja devidamente descontado da respectiva fatura ao final de cada período.

10.1.1. Para tanto, a **CONTRATADA** se responsabilizará por encaminhar relação nominal dos profissionais que utilizarão o serviço, à Coordenação da Unidade de Nutrição da **CONTRATANTE** e mantê-la sempre atualizada.

10.2. O valor correspondente às refeições poderá ser reajustado sempre que necessário, após notificação.

11. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

11.1. A gestão dos serviços contratados será acompanhada pelo gestor médico designado pela Diretoria Técnica.

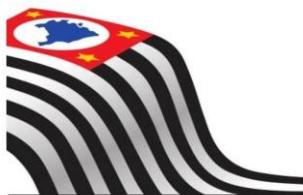
12. VIGÊNCIA CONTRATUAL

12.1. O contrato terá a duração de 12 (doze) meses, a contar da sua assinatura, podendo ser prorrogado, desde que assim fique acordado entre as partes, limitada a prorrogação a 60 (Sessenta) meses ou até 72 (setenta e dois) meses, em casos excepcionais, devidamente justificados, nos termos do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da FUABC e Mantidas.

13. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

13.1. A **CONTRATADA** deverá entregar mensalmente ao gestor do contrato para análise, validação e monitoramento, todos os indicadores que forem pactuados com o HEMC, bem como aqueles exigidos pelas RDC's que regularizam os serviços de UTI, dentro eis:

- 13.1.1. Admissão do paciente (Score de gravidade dos pacientes que internam na UTI);
- 13.1.2. % de alta até as 10:00 horas da manhã;
- 13.1.3. % efetividade de desmame ventilatório;
- 13.1.4. Tempo médio de utilização da ventilação;
- 13.1.5. % de adesão aos protocolos institucionais gerenciados;
- 13.1.6. Nº de notificações de não conformidades;
- 13.1.7. Nº de notificações de eventos adversos;
- 13.1.8. % Previsão de altas diárias informadas dentro do prazo;



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 13.1.9. % Confirmação de Altas ao NIR dentro do prazo;
- 13.1.10. % de mortalidade;
- 13.1.11. % de infecção de UTI.
- 13.2. A **CONTRATADA** terá seu desempenho submetido a acompanhamentos sistemáticos de acordo com os critérios de avaliação acima descritos e controle da **CONTRATANTE**, aplicados através de formulários próprios.
- 13.3. A **CONTRATADA** garantirá livre acesso às informações, dos procedimentos e à documentação referente aos serviços prestados, aos gestores indicados pela **CONTRATANTE**, para o acompanhamento da gestão contratual.
- 13.4. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato, por parte dos órgãos competentes da **CONTRATANTE**, não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**.
- 13.5. O não cumprimento do estabelecido no item anterior poderá acarretar multa prevista no item “**14 e seguintes**” deste instrumento.

14. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 14.1. As não conformidades constatadas e registradas pela **CONTRATANTE**, após concessão do direito de defesa prévia à **CONTRATADA**, serão penalizadas com multa de **2%** do valor total do contrato no respectivo mês.
- 14.2. A reincidência de qualquer não conformidade no mesmo mês de prestação do serviço, além dos descontos correspondentes, acarretará multa de **5%** do valor total do contrato no respectivo mês.
- 14.3. Se a **CONTRATADA** tiver um somatório maior que 5 (cinco) não conformidades em um mês, devidamente registradas, após concessão do direito de defesa prévia, será penalizada com multa de **10%** do valor total do contrato no respectivo mês ou rescisão contratual, dependendo do caso.
- 14.4. Qualquer não conformidade constatada, após concessão do direito de defesa prévia à **CONTRATADA**, além das penalidades previstas nos itens anteriores, a depender da gravidade dos fatos, poderá acarretar rescisão contratual imediata, bem como a indenização de eventuais prejuízos e danos causados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** ou a terceiros.
- 14.5. A **CONTRATANTE**, a após analisar a gravidade dos fatos, poderá substituir as penalidades descritas nos itens anteriores por “Advertência Escrita”.

14.6. A **CONTRATADA** será multada se não cumprir o 3.2.1, referente ao quantitativo mínimo de profissionais médicos. O valor da multa será descontado no pagamento da nota do referido mês e será composta da seguinte forma:

14.6.1. Na falta de um plantonista ou diarista será cobrado o valor diário correspondente ao período de ausência em questão, baseado na proporcionalidade daquele período em relação ao valor mensal do contrato para plantonista ou diarista conforme apresentado na Tabela 02 do ANEXO I. Ou seja, se em um determinado mês ocorrer a falta de um plantonista por 12 (doze) horas, no pagamento da nota referente a esse período, além de não serem pagas as horas desse profissional, tendo em vista que o serviço não foi prestado, será descontado o valor, a título de multa, do equivalente a 12 (doze) horas no montante total do custo mensal de 01 (um) plantonista. A mesma lógica de cálculo se aplicará no caso dos médicos diaristas.

14.6.2. Da quarta ausência em diante, contada essa ausência por período de 12 (doze) horas, quando plantonista, ou 06 (seis) horas, quando diaristas, além dos valores descritos na cláusula anterior para cada ausência, será cobrada uma multa adicional de 5% sobre o valor total mensal da nota de serviço prestados no respectivo mês.

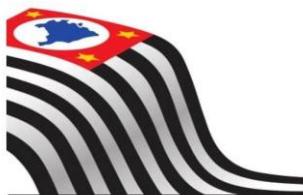
14.7. Se a **CONTRATADA** não respeitar o item 3.3.4 desse termo, referente ao abandono de posto de trabalho na UTI sem a devida substituição por outro médico, será aplicada multa no valor abaixo especificado:

14.7.1. Do abandono do posto será cobrado o valor correspondente ao dobro do valor do plantão, de 12 (doze) horas de plantonista. Se comprovada causa justa, a **CONTRATADA** deverá realizar o desligamento imediato do plantonista.

14.7.2. Do quarto abandono em diante, além dos valores descontados para cada abandono, será cobrada uma multa adicional de 5% sobre o valor total mensal da nota de serviços prestados no respectivo mês.

14.8. O não envio pela **CONTRATADA** do relatório mensal, conforme item 9.2 desse termo, juntamente com a nota fiscal, acarretará em multa de 2% do valor total do contrato no respectivo mês.

14.9. Se a **CONTRATADA** tiver um somatório maior que 5 (cinco) ocorrências em um mês, devidamente registradas e comunicadas pela **CONTRATANTE**, se referindo ao não cumprimento dos requisitos técnicos básicos da equipe médica (itens 3.2.1 e seguintes), à realização de plantões de mais de 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas por um mesmo profissional (item 3.3.6), ao desrespeito no cumprimento dos horários de previsão de alta (item 7.10) ou alta médica (item 7.11), ao desrespeito às normas de prestação dos boletins



médicos (item 3.5.13) ou aos protocolos institucionais, municipais, estaduais ou federais (item 7.15), à ocorrências envolvendo o não preenchimento ou preenchimento inadequado do prontuário do paciente (item 3.5.12), ou não envio pela **CONTRATADA** da escala dos profissionais da equipe médica (item 7.7), a **CONTRATADA** será multada no valor de 5% sobre o valor total mensal da nota de serviços prestados do respectivo mês.

15. VISTORIA TÉCNICA FACULTATIVA

- 15.1. As empresas interessadas, por intermédio de seus respectivos representantes, poderão efetuar vistoria onde serão prestados os serviços no Hospital Estadual Mário Covas, para que tomem conhecimento das respectivas condições para execução do objeto, devendo apresentar Declaração de Vistoria (Anexo II) e não podendo alegar qualquer desconhecimento como componente impeditivo da formulação da proposta ou do perfeito cumprimento da futura contratação.
- 15.2. A vistoria técnica deverá ser realizada mediante agendamento prévio, conforme exigido no Ato de Convocação.
- 15.3. Ao término da vistoria, o representante da empresa deverá exigir da unidade vistoriada que lhe seja fornecida declaração de vistoria, conforme modelo (Anexo II), que deverá estar datada e assinada pelo responsável pela Unidade, com a respectiva identificação funcional legível.

16. DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA ESPECÍFICA

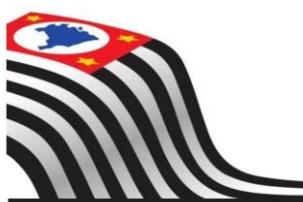
- 16.1. Considerando a natureza do serviço objeto da contratação, a empresa melhor classificada, deverá apresentar, quando solicitado pela Comissão de Análise e Julgamento (COJU), os documentos abaixo relacionados, bem como todos os demais documentos solicitados no ato de convocação e memorial descritivo, sob pena de desclassificação.
 - 16.1.1. Relação de profissionais que executarão o serviço, contendo:
 - 16.1.1.1. Cópia da Comprovação do Registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) dos médicos.
 - 16.1.1.2. Cópia do Título de Especialista em medicina intensiva do responsável técnico (coordenador médico geral da unidade).
 - 16.1.1.3. Cópia do Certificado de residência médica concluída, preferencialmente na área de medicina Intensiva e/ou Cópia do Título de Especialista preferencialmente na área de medicina Intensiva, dos médicos plantonistas.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 16.1.1.4. Cópia do Título de Especialista em medicina intensiva dos médicos diaristas.
- 16.1.2. Comprovação do Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina (CRM).
- 16.2. Havendo alteração na composição dos profissionais que farão parte da equipe médica, entre a entrega da documentação à Comissão de Julgamento consoante no item 16 e a assinatura do Contrato, deverá a empresa vencedora do certame atualizar imediatamente junto a Diretoria Técnica, a relação dos referidos profissionais prestadores que efetivamente farão parte do quadro.

Santo André, de 2022.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000

(Inserir timbre da empresa no cabeçalho)
ANEXO I – MODELO DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: _____

INSCRITA NO CNPJ N°: _____

TABELA 1:

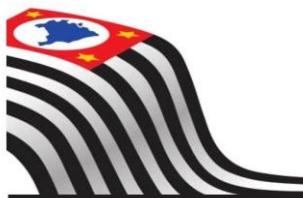
TABELA 01		
SERVIÇOS	VALOR TOTAL (Mensal)	VALOR TOTAL GLOBAL ANUAL (Mensal x 12)
Prestação de serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI's I, II e III), conforme exigências descritas no Termo de Referência.	R\$ _____	R\$ _____

TABELA 02*	
Valor Plantão (12hs)	R\$ _____ (_____)
Valor do diarista (mês)	R\$ _____ (_____)
Valor do coordenador (mês)	R\$ _____ (_____)

* A “Tabela 02” deverá ser preenchida apenas para precificação, não sendo utilizada para fins de reserva financeira e critério de julgamento do serviço.

ESCREVER VALOR GLOBAL ANUAL POR EXTENSO:

R\$ _____ (_____)



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

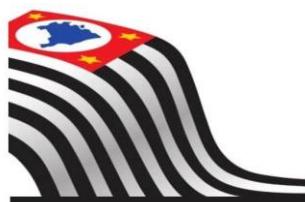


DATA DE EMISSÃO DA PROPOSTA: _____ / _____ / _____

DATA DE VALIDADE DA PROPOSTA: _____ / _____ / _____

DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM O INTERIOR TEOR DO ATO DE CONVOAÇÃO, TERMO DE REFERENCIA E/OU MEMORIAL DESCRIPTIVO

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA
(Nome Completo, CPF)



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000



ANEXO II - DECLARAÇÃO DE VISTORIA

PROCESSO N.º 15. _____ /202 _____

OBJETO:

DECLARAMOS, exclusivamente para o fim de participação no processo de concorrência em epígrafe, que a empresa _____, CNPJ nº _____, com sede na (rua, avenida) _____, nº _____, neste ato representada pelo por seu representante legal/procurador Senhor (a) _____ portador (a) da Cédula de Identidade RG nº _____, compareceu ao Hospital Estadual Mário Covas de Santo André, sítio a Rua Dr. Henrique Calderazzo, 32, Bairro Paraiso – Santo André - SP, local onde serão prestados os serviços, verificando e tomando pleno conhecimento de todas as especificações do objeto a ser contratado, bem como verificou os equipamentos que se encontram aqui instalados, não podendo alegar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo da formulação da proposta ou do perfeito cumprimento do contrato a ser firmado com a administração.

Santo André, _____ de _____ de 20 ____.

E-mail da empresa: _____

Telefones para Contato: _____

Representante da Empresa:

Visita Acompanhada por:

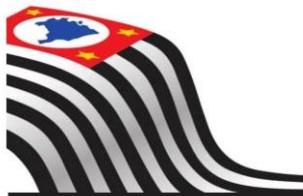
(Assinatura)

(Carimbo e Assinatura)

RG: _____

CPF: _____

Função: _____



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000



ANEXO II – Minuta do Contrato

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº ____/22

Processo nº 15-362/2022

Ementa: Contratação de empresa especializada na Prestação de serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI's I, II e III).

Pelo presente instrumento particular de um lado **FUNDAÇÃO DO ABC – Organização Social de Saúde (HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS)**, com sede à Rua Doutor Henrique Calderazzo, nº 321, Bairro Paraíso, Santo André/SP, CEP 09190-610, inscrita no CNPJ sob o nº 57.571.275/0006-07, com Inscrição Estadual Isenta, neste ato representado por _____, simplesmente denominado CONTRATANTE, e de outro lado, _____, situada no endereço _____, representado neste ato por, _____, detentor da cédula de identidade RG nº; e inscrito no CPF sob nº aqui e adiante simplesmente denominada CONTRATADA, têm entre si justo e acordado o presente termo que será regido pelas cláusulas e condições a seguir expostas.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente contrato tem por objeto a contratação de empresa destinada à prestação de serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI's I, II e III).

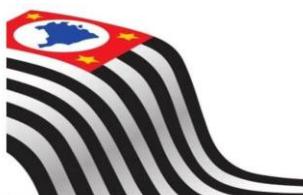
2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO TERMO DE REFERÊNCIA

2.1. O Termo de Referência anexo faz parte integrante do presente instrumento contratual, produzindo os mesmos efeitos legais.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. A CONTRATADA, através de seus profissionais, deverá auxiliar tecnicamente a CONTRATANTE com elaboração de relatórios e, se necessário, atuação como assistente técnico em processos judiciais cujo pleito for relacionado ou pertencente ao objeto da presente contratação.

3.2. Disponibilizar, sempre que houver serviços que exijam formação especializada, somente profissionais que possuam os respectivos registros nos conselhos da



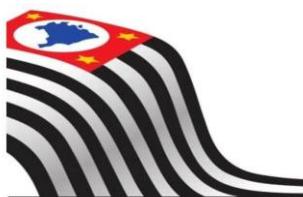
Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000



Secretaria da Saúde

categoria e em número determinado pela legislação e/ou normas regulamentadoras vigentes.

- 3.3. A **CONTRATADA** deverá manter os plantonistas até o momento da troca do plantão (às 07h e 19h). Caso não cumprido será passível de penalidade.
- 3.4. Para serviços contínuos e que utilizarem água, energia elétrica e telefone disponibilizados pela **CONTRATANTE** e; houverem medidores individualizados, tais despesas deverão ser arcadas pela **CONTRATADA**.
- 3.5. É vedada a cobrança ao paciente e/ou seus acompanhantes e familiares por quaisquer serviços prestados, sob pena de responsabilidade civil e criminal da **CONTRATADA**.
- 3.6. A **CONTRATADA** responderá por todas as despesas e tributos incidentes na execução do contrato, inclusive, sempre que cabível: encargos sociais, comerciais, civis, administrativos, fiscais, previdenciários, acidentários e trabalhistas, abrangendo pagamento de férias, indenização de quaisquer natureza e contribuições devidas ao INSS.
- 3.7. Reconhecendo que não se estabelecerá qualquer vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** e os trabalhadores que forem encaminhados pela **CONTRATADA** para prestação dos serviços, esta assume, sempre que cabível, a obrigação de responder e suportar integralmente todos os custos e despesas relativas às decisões trabalhistas, bem como a processos administrativos e judiciais de qualquer natureza que sejam eventualmente instaurados ou ajuizados contra a **CONTRATANTE** por funcionários da **CONTRATADA**, sendo que neste caso a **CONTRATADA** irá requerer em juízo a exclusão do **CONTRATANTE** do feito.
- 3.8. Para serviços que gerarem responsabilidade subsidiária, correrá por conta da **CONTRATADA** todos os encargos, vínculos sociais e benefícios, tais como: salários, férias, 13º salário, avisos prévios, vales transportes, cestas básicas, seguros de vida, uniformes incluindo equipamentos de proteção individual (E.P.I.), e outros direitos previsto em lei.
- 3.9. A **CONTRATADA** deverá se responsabilizar civil e criminalmente por danos e/ou prejuízos decorrentes de ação, omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, que seus diretores, prepostos ou profissionais não vinculados a seu quadro, porém por ela indicados, nessa qualidade, causarem ao paciente, bens públicos, móveis e imóveis, objetos do serviço contratado.
- 3.10. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 3.11. A **CONTRATADA** deverá manter a **CONTRATANTE** atualizado quanto as alterações em seu Contrato Social, entregando obrigatoriamente uma cópia do documento comprobatório pertinente.
- 3.12. A **CONTRATADA** é vedada, sem prévia e expressa autorização por escrito da **CONTRATANTE**, prestar informações a terceiros sobre a natureza ou andamento dos serviços prestados, objeto do Contrato ou divulgá-los através da imprensa escrita ou falada ou por qualquer outro meio de comunicação. Se for o caso, no ato da autorização da divulgação ou reprodução desse material, a **CONTRATANTE** estabelecerá a sua forma ou conteúdo.
- 3.13. Responsabilizar-se pela idoneidade dos serviços prestados, assim como pelo exato cumprimento da legislação aplicável, seja ela federal, estadual ou municipal, aqui incluídas todas as resoluções, recomendações e demais determinações emanadas de órgão legalmente investido de funções fiscalizadoras das atividades objeto deste instrumento.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 4.1. A **CONTRATANTE** disponibilizará o local, equipamentos, com fornecimento de água, energia elétrica, ramal telefônico e as instalações para o desenvolvimento dos serviços contratados, que ficarão à disposição da **CONTRATADA** para suas atividades.
- 4.2. Descontar da fatura apresentada pela **CONTRATADA** os valores relativos ao fornecimento de água, energia elétrica e telefone, conforme cláusula 3.13 deste instrumento.
- 4.3. A **CONTRATANTE**, sempre que cabível e necessário, fornecerá o local, as instalações e condições para o desenvolvimento dos serviços ora contratados, que ficarão à disposição da **CONTRATADA** para suas atividades.
- 4.4. Efetuará os pagamentos referentes ao objeto contratual.
- 4.5. Para serviços classificados como “contínuos”, a **CONTRATANTE** permitirá a utilização pela **CONTRATADA** do seu refeitório para alimentação dos funcionários e prestadores de serviço vinculados ao objeto do contrato, desde que o valor integral correspondente às refeições consumidas seja devidamente pago mensalmente.
- 4.5.1. Para tanto a **CONTRATADA** deverá encaminhar relação e, mantê-la atualizada, dos funcionários que utilizarão tal benefício para a Coordenação da Unidade de Nutrição da **CONTRATANTE**.

5. CLÁUSULA QUINTA – DOS VALORES

5.1. O pagamento será de acordo com o “Valor Total Mensal” descrito na tabela 01, constante no **ANEXO I** do Termo de Referência.

5.2. O valor mensal estimado para o exercício contratual é de R\$ ().

5.3. O valor total estimado para o exercício contratual será de R\$ ().

6. CLÁUSULA SEXTA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado até o dia 20 do mês subsequente aos serviços prestados, caso essa data seja em finais de semana ou feriados, o pagamento ocorrerá no próximo dia útil vigente.

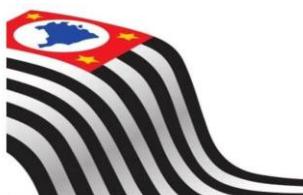
6.2. A **CONTRATADA** deverá encaminhar ao setor financeiro a nota fiscal com a descrição dos serviços realizados no mês anterior e ao setor de Faturamento, até o dia 3 de cada mês, relatório detalhado dos atendimentos realizados e os indicadores pactuados previamente com a devida análise crítica de cada um deles, que encaminhará ao gestor para avaliação dos aspectos técnicos qualitativos e o acompanhamento do serviço em relação ao pactuado após a conferência encaminhar para o aval da Diretoria Técnica, que encaminhará a Diretoria Econômico-financeira para análise quanto aos aspectos financeiros e para aval final e encaminhamento do documento ao financeiro para pagamento.

6.3. Nos pagamentos será retido na fonte o valor correspondente ao “Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza”, nos termos da legislação específica e demais tributos que recaiam sobre o valor faturado.

6.4. Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.

6.5. O pagamento será efetuado, mediante a apresentação mensal pela **CONTRATADA** dos seguintes documentos que serão arquivados pela **CONTRATANTE**:

- a) Nota Fiscal e anexo constando discriminação detalhada do serviço prestado;
- b) CND válida, provando regularidade do prestador do serviço contínuo, oriundo de contrato formal, junto à Previdência Social, se cabível;
- c) Prova de regularidade perante o FGTS, se cabível.
- d) Cópia de guia de recolhimentos do INSS, acompanhada da folha resumo da GEFIP correspondente, se cabível;



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- e) Relação nominal atualizada de todos os profissionais que trabalham na empresa, prestando serviços diretamente nas dependências da **CONTRATANTE**, se cabível.
- f) Demonstrativos dos pagamentos realizados a todos os empregados (salário, vale transporte e benefícios), acompanhado do respectivo recibo firmado pelo empregado.

6.6. A **CONTRATADA**, neste ato, declara estar ciente de que os recursos utilizados para pagamento dos serviços ora contratados serão aqueles repassados pelo Estado de São Paulo, em razão do Contrato de Gestão vigente, firmado entre a Fundação do ABC - OSS e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para gestão do Hospital Estadual Mario Covas/**CONTRATANTE**.

6.7. A **CONTRATANTE** compromete se em pagar o preço irreajustável constante da proposta da **CONTRATADA**, desde que não ocorram atrasos e/ou paralisação dos repasses pelo Estado de São Paulo para a **CONTRATANTE**, relativo ao custeio do objeto do Contrato de Gestão vigente.

6.8. No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente, salvo quando não decorram de atrasos e/ou paralisação dos repasses pelo Estado de São Paulo para a **CONTRATANTE**, em consonância com o disposto nas cláusulas 6.6 e 6.7 deste instrumento.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DO REAJUSTE

7.1. Após o término da vigência deste contrato, caso seja de interesse das partes pela renovação contratual, poderá ser definido no momento da assinatura do respectivo Termo Aditivo o percentual de reajuste ou dedução da Prestação de Serviço, objeto do Contrato.

8. CLÁUSULA OITAVA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

8.1. O presente contrato terá a duração de 12 (doze) meses a contar da sua assinatura.

8.2. Caso o presente contrato versar sobre a prestação de serviços a serem executados de forma contínua, pode, no entanto, ter a duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos, com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a **CONTRATANTE**.

9. CLÁUSULA NONA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

9.1. O presente contrato poderá ser alterado por meio de assinatura de termo aditivo, com as devidas justificativas, nos seguintes casos:



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

- 9.1.1. Quando houver modificação do projeto das especificações, para melhor adequação técnica aos seus objetivos.
- 9.1.2. Quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimos ou diminuição quantitativa de seu objeto.
- 9.1.3. Quando necessária a modificação do regime de execução da obra ou serviço, bem como do modo de fornecimento, em face de verificação técnica da inaplicabilidade dos termos contratuais originários.
- 9.1.4. Quando necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes.
- 9.1.5. Para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contrato e a retribuição da administração para justa remuneração da obra, serviço ou fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de superveniência de fatos imprevisíveis, ou previsíveis da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior e caso fortuito.

9.2. A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, e, no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento) para os seus acréscimos.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

- 10.1. Pela inexecução parcial do Contrato, a **CONTRATANTE** poderá, garantido o direito à defesa prévia, aplicar à **CONTRATADA**, as seguintes penalidades:
 - a) Advertência por escrito;
 - b) Multa equivalente até 10% sobre o valor mensal estimado no contrato.
- 10.2. Pela inexecução total do objeto do presente Contrato, a **CONTRATADA**, além de ensejar causa à rescisão imediata do instrumento, pagará multa no valor de 100% (cem por cento) do valor mensal estimado no contrato
- 10.3. A imposição das penalidades aqui previstas, dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerando sua avaliação na situação e circunstância objetiva em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**.
- 10.4. As sanções previstas nas alíneas **a** e **b** do item 10.1, poderão ser aplicadas concomitantemente.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000



- 10.5. Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido a Diretoria Geral da **CONTRATANTE**.
- 10.6. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e; o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do serviço referente ao objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.
- 10.7. A imposição de quaisquer das sanções aqui estipuladas, não elidirá o direito da **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar ao hospital, aos seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.
- 10.8. A **CONTRATANTE** tem a prerrogativa de aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

- 11.1 Haverá rescisão imediata do presente instrumento contratual nos casos de:
- 11.1.1. Interrupção total na execução dos serviços, por um período superior a 5 (cinco) dias, excetuadas as hipóteses de caso fortuito ou força maior devidamente comprovados.
- 11.1.2. Extinção, declaração de insolvência, liquidação judicial ou extrajudicial e falência da **CONTRATADA**.
- 11.1.3. Cessão, subcontratação ou transferência, total ou parcial dos direitos e deveres relativos ao contrato, sem a prévia e expressa autorização, por escrito, da **CONTRATANTE**.
- 11.1.4. Realizar qualquer cobrança ao paciente ou seu representante, ou ainda utilizar paciente em experimentações.
- 11.2. A **CONTRATANTE** tem a prerrogativa de rescindir unilateralmente o presente contrato, desde que comunique a **CONTRATADA**, por escrito, sua intenção com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos casos de:
- 11.2.1. Conveniência para a **CONTRATANTE**.
- 11.2.2. Inadimplemento de qualquer cláusula ou condição do contrato.
- 11.2.3. Interrupção parcial na execução dos serviços, por um período superior a 5 (cinco) dias, excetuadas as hipóteses de caso fortuito ou força maior devidamente comprovados.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000

11.2.4. Negligência na organização administrativa e/ou execução dos serviços.

11.3. Dar-se-á automaticamente a rescisão dos contratos decorrentes de obrigações contraídas por meio de Convênios Administrativos ou Contratos de Gestão, no caso de rescisão das respectivas avenças administrativas.

11.4. A **CONTRATADA**, caso desejar rescindir o contrato, deverá comunicar sua intenção, por escrito à **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sob pena de ser obrigada ao pagamento da multa contratual estabelecida no item 10.1, letra b.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. A **CONTRATANTE** poderá fiscalizar a execução da prestação de serviço através de preposto devidamente qualificado para tal fim.

12.2. As cláusulas econômico-financeiras e monetárias deste contrato não poderão ser alteradas sem prévia concordância da **CONTRATADA**.

12.3. A **CONTRATADA** tem ciência, e se compromete em respeitar e seguir o código de Conduta Ética da Fundação ABC e mantidas, cuja versão na íntegra está disponível no endereço www.fuabc.org.br/codigodecondutaetica.

12.4. A **CONTRATADA** declara e se compromete a cumprir com os termos da LGPD e demais regulamentações aplicáveis relacionadas à privacidade e à proteção de dados pessoais. Em caso de quaisquer dúvidas ou deveres relacionados ao tratamento de dados dos Titulares de Dados, ou ainda, caso o Fornecedor entenda que não é capaz de atender ao previsto na LGPD, ele deverá entrar em contato direto com o Encarregado de Dados da Instituição por meio do endereço de e-mail canal.denuncia@hospitalmariocovas.org.br

12.5. Quaisquer tributos ou encargos legais que vierem a ser criados, alterados ou extintos, bem como a superveniência de disposições legais, de comprovada repercussão nos preços contratados, implicarão em negociação para possível revisão do preço do presente Contrato, proporcionalmente, para maior ou menor, conforme o caso.

12.6. A execução contratual será acompanhada diretamente pelo Gestor Médico e Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1. Fica eleito o Foro da Cidade de Santo André, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para a discussão de quaisquer questões oriundas da presente Contratação.



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André – SP – 09190-165
Tel (11) 2829-5000

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que produzam um só fim de direito.

Santo André, 07 de março de 2022.

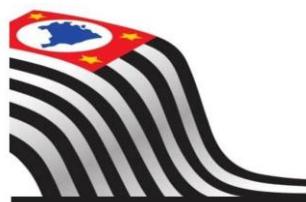
CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome: _____ RG nº _____

Nome: _____ RG nº _____



Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321
Santo André - SP - 09190-165
Tel (11) 2829-5000

