

TERMO DE REFERÊNCIA PARA SERVIÇO

1. OBJETO

- 1.1. Contratação de empresa especializada em serviços médicos de Cirurgia Oncológica, Cirurgia Ginecologia Oncológica e Afecções Benignas Uterinas.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

- 2.1. A contratação de serviços médicos especializados em Cirurgia Oncológica, Cirurgia Ginecologia Oncológica e Afecções Benignas Uterinas, se faz necessária para a manutenção dos serviços de alta complexidade prestados pela instituição e ao 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. REGIME DE INTERNAÇÃO:

- 3.1.1. A **CONTRATADA** deverá garantir atendimento, avaliação e acompanhamento aos pacientes internados em casos Ginecológicos Oncológicos, Oncológicos Cirúrgicos e Afecções Benignas Uterinas nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva da **CONTRATANTE**.
- 3.1.1.1. O atendimento prestado aos pacientes deverá contemplar admissão, prescrição, evolução, e condução nas diferentes áreas clínicas.
- 3.1.1.2. A **CONTRATADA** deverá realizar atendimento das intercorrências que porventura acometerem esses pacientes.
- 3.1.2. A **CONTRATADA** deverá realizar atendimento de interconsulta para os pacientes internados nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, sempre que solicitada por outra especialidade.
- 3.1.2.1. As solicitações de interconsultas eletivas deverão ser atendidas em até 24 (vinte e quatro) horas, conforme protocolo de Gerenciamento do Corpo Clínico.
- 3.1.2.2. As solicitações de interconsultas de urgência deverão ser atendidas em até 30 (trinta) minutos, conforme protocolo de Gerenciamento do Corpo Clínico.
- 3.1.3. A **CONTRATADA** deverá prestar suporte à distância, bem como disponibilidade para avaliação presencial de urgências e intercorrências.

3.2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

- 3.2.1. A **CONTRATADA** deverá realizar atendimentos ambulatoriais: Pré-operatórios, Pós-operatórios, Retornos, Casos Novos e Interconsultas.

3.2.1.1. Os atendimentos ambulatoriais de Ginecologia Oncológica, deverão ser realizados 3 (três) dias por semana, sendo 4 (quatro) horas por dia, atendendo as agendas, nos dias e horários a serem definidos pela **CONTRATANTE**.

3.2.1.1.1. A **CONTRATADA** deverá realizar em média 16 (dezesesseis) consultas por dia.

3.2.1.2. Os atendimentos ambulatoriais de Oncologia Cirúrgica, deverão ser realizados 1 (um) dia por semana, sendo 4 (quatro) horas por dia, atendendo as agendas, nos dias e horários a serem definidos pela **CONTRATANTE**.

3.2.1.2.1. A **CONTRATADA** deverá realizar em média 10 (dez) consultas por dia.

3.2.1.3. Os atendimentos ambulatoriais de Afecções Benignas Uterinas, deverão ser realizados 1 (um) dia por semana, sendo 4 (quatro) horas por dia, atendendo as agendas, nos dias e horários a serem definidos pela **CONTRATANTE**.

3.2.1.3.1. A **CONTRATADA** deverá realizar em média 20 (vinte) consultas por dia.

3.3. **REGIME CIRURGICO:**

3.3.1. A **CONTRATADA** deverá realizar as cirurgias eletivas e de urgência, referentes a Ginecologia Oncológica, Cirurgia Oncológica e Afecções benignas uterinas, as quais deverão ser agendadas atendendo ao descrito neste instrumento, junto ao Núcleo interno de Regulação (NIR) da **CONTRATANTE**.

3.4. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar equipe mínima composta por no mínimo 5 (cinco) médicos, com especialização em cirurgia ginecológica oncológica e/ou Cirurgia Oncológica e/ou residência médica concluída na mesma área e 1 (um) médico, com especialização em Ginecologia e/ou residência médica concluída na mesma área.

3.5. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar 1 (um) Coordenador Médico, para prestar auxílio a sua equipe, realizar acompanhamento do programa de graduandos de Medicina e de residência médica da disciplina de Cirurgia Ginecológica Oncológica da Faculdade de Medicina do ABC, bem como para realizar interface entre **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**, sendo que, dentre as suas atribuições e responsabilidades destacam-se as seguintes:

3.5.1. Exercer presencialmente suas atividades e funções no H.E.M.C. na frequência mínima de 3 (três) vezes por semana;

3.5.2. Estar disponível para resolução de pendências técnicas e administrativas pertinentes à especialidade que for acionado;

3.5.3. Participar de reuniões com a Diretoria do H.E.M.C., nos moldes de cronograma previamente estabelecido;

3.5.4. Orientar equipe médica sobre fluxos e rotinas do H.E.M.C. (kanban, atualização de ficha CROSS, horário para entrega de documentos, interconsultas, fluxo do paciente ambulatorial etc.);

3.5.5. Elaborar em conjunto com o NIR os protocolos de acesso;

- 3.5.6. Organizar escala da equipe, enviando-a à Diretoria Técnica com 30 (trinta) dias de antecedência e em documento contendo nome, vínculo, CRM e telefone de contato;
- 3.5.7. Programar férias da equipe com antecedência de, no mínimo, 30 (trinta) dias, e mediante anuência da Diretoria Técnica do H.E.M.C., com informação do médico responsável pela cobertura do profissional ausente;
- 3.5.8. Formatação, monitoramento e envio ao Departamento de Qualidade das metas e indicadores previstos nas cláusulas do contrato e;
- 3.5.9. Elaboração de estratégias para obtenção de resultados quanto às metas pactuadas, no que couber.
- 3.5.10. Desenvolver e implantar plano terapêutico e protocolos clínicos das doenças mais prevalentes.
- 3.6.A Contratada deverá manter sempre o quadro de profissionais completo, realizando substituição e cobertura, em caso de ausência de algum profissional.
- 3.7. Os serviços descritos neste Termo de Referência são de natureza Continuada, não podendo ser interrompidos devido: férias, congressos, afastamentos, dentre outros.

4. LOCAL DA PRESTAÇÃO:

- 4.1. Os serviços serão prestados nas dependências do Hospital Estadual Mário Covas, localizado na Rua: Dr. Henrique Calderazzo, nº321, Santo André – SP CEP: 09190-615.

5. CENÁRIO DE REFERÊNCIA

- 5.1. Quantidade total de procedimentos cirúrgicos realizados durante o ano de 2023:

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE ANUAL 2023
AMPLIACAO DE MARGENS	3
AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO	1
BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	1
BIOPSIA DE VULVA	1
BIOPSIA DO COLO UTERINO	2
CISTECTOMIA RADICAL	1
COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	3
CONIZACAO CERVICAL (CAF)	18
CONIZACAO DE COLO UTERINO (CAF)	38
DESBRIDAMENTO	1
EXERESE AMPLA DE MELANOMA	6
HEMICOLECTOMIA PARCIAL POR TUMOR	1
HISTEREC TOTAL AMPLIADA WERTHEIM-MEIGS	6
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	1
HISTERECTOMIA TOTAL	22
HISTERECTOMIA TOTAL C/ ANEXECTOMIA	77

LAPAROSCOPIA P/ OOFORECTOMIA BILATERAL	1
LAPAROSCOPIA P/ OOFORECTOMIA DIREITA	1
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	53
LINFADENECTOMIA PELVICA	3
LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	3
OOFORECTOMIA	19
OOFOROPLASTIA	2
RESSECCAO DE LESAO VULVAR	1
RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO)	1
SALPINGOOFORECTOMIA	11
VULVECTOMIA	7
TOTAL	284

6. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

- 6.1. As empresas participantes deverão apresentar sua proposta nos mesmos moldes estabelecidos no “**Anexo I**”, sob pena de desclassificação.
- 6.2. O preço ofertado deverá contemplar todos os tributos, fretes, tarifas e despesas decorrentes da execução do serviço.
- 6.3. 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.
- 6.4. A apresentação da proposta e a tramitação da concorrência seguirá as exigências e formalidades estabelecidas no Memorial Descritivo e no ato de Convocação.

7. CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS EMPRESAS

- 7.1. Será considerado para o presente certame o critério de julgamento de “**Menor Preço Global Anual**” para determinar a ordem de classificação das empresas participantes.
- 7.2. 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.

8. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATADA

- 8.1. 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.
- 8.2. A **CONTRATADA** deverá providenciar junto à Diretoria Técnica o cadastro dos profissionais que prestarão serviço diretamente na instituição, garantindo que todos portem crachá de identificação em local visível.
- 8.3. A **CONTRATADA** deverá manter atualizada na Diretoria Técnica da **CONTRATANTE** a relação dos profissionais que prestam serviços na instituição, informando imediatamente à **CONTRATANTE**, sempre que ocorrer qualquer alteração no seu quadro de profissionais.

- 8.4. A **CONTRATADA** deverá fornecer a escala dos plantonistas do próximo mês, até o dia 15 do mês corrente para a Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**.
- 8.5. 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.
- 8.6. A **CONTRATADA** deverá garantir que todos os profissionais médicos designados para prestação do serviço possuam registro regular no Conselho Regional de Medicina (CRM) / CREMESP.
- 8.7. 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.
- 8.8. A **CONTRATADA** deverá prestar preceptoria para alunos e residentes da **CONTRATANTE**.
- 8.9. 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.
- 8.10. A **CONTRATADA**, através de seu representante, deverá prestar esclarecimentos sempre que convocada pela **CONTRATANTE**.
- 8.11. A **CONTRATADA** se compromete a manter atualizados os prontuários dos pacientes, zelando pela veracidade das informações inseridas, sua integridade e conservação.
- 8.12. A **CONTRATADA** se compromete a atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, visando sempre a qualidade na prestação dos serviços.
- 8.13. A **CONTRATADA** se compromete a colaborar com as solicitações do setor de qualidade referente a novos protocolos, instruções de trabalhos, interações de processos, bem como, participar de reuniões quando convocada.
- 8.14. A **CONTRATADA** deverá seguir as diretrizes de todas as comissões instituídas pela **CONTRATANTE**.
- 8.15. 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.
- 8.16. A **CONTRATADA** deverá contribuir, na medida em que lhe couber, para manutenção da acreditação pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) e QMENTUM INTERNACIONAL.
- 8.17. Considerando que a **CONTRATANTE** utiliza sistema eletrônico de gestão hospitalar, os profissionais que prestarão serviços à **CONTRATADA** deverão passar por treinamento ministrado pela **CONTRATANTE**.
- 8.18. 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.

8.19.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.

9. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATANTE

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

9.2. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da empresa **CONTRATADA**.

9.3.A **CONTRATANTE** fornecerá o local e as instalações para o desenvolvimento dos serviços contratados.

9.4.A **CONTRATANTE** será responsável pela disponibilização de todos os equipamentos, bens e materiais necessários para a execução dos serviços a serem prestados, objeto deste Termo de Referência.

9.5. Responsabilizar-se pela manutenção predial, conservação e limpeza das instalações da **CONTRATANTE** onde os serviços serão executados.

9.6.A **CONTRATANTE** providenciará aos profissionais da **CONTRATADA**, todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços.

9.7. Efetuar os pagamentos referentes ao objeto contratual desde que cumprido os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato.

10. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

10.1. 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, mediante emissão de notas fiscais, após atestação dos serviços prestados no período.

10.2. O pagamento ao prestador obedecerá ao pactuado no Contrato, através de transferência bancária em conta corrente, com indicação na nota fiscal dos dados bancários, conta corrente, agência e banco.

10.2.1. Todas as notas Fiscais emitidas devem ter em seu corpo:

10.2.1.1. O nº do Contrato firmado;

10.2.1.2. O nº do Processo referente à Contratação;

10.2.1.3. A indicação do Órgão Público Contratante: FUABC – Hospital Estadual Mário Covas – CNPJ: 57.571.275/0006-07;

10.2.1.4. Os Dizeres: Despesa realizada com base no contrato de gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SE) – PRC 2022/12096 – Processo nº001.0500.000021/2017 HEMC, 23/06/2017;

10.2.1.5. Descrição dos serviços realizados no mês anterior, eventuais identificações e quantidades.

- 10.3. Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.
- 10.4. Somente após a conferência da referida nota fiscal pela **CONTRATANTE** e validação da sua diretoria é que o documento será encaminhado ao setor responsável pelo pagamento.
- 10.5. 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.
- 10.6. Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.
- 10.7. O pagamento será efetuado mediante a apresentação mensal pela **CONTRATADA** dos seguintes documentos que serão arquivados pela **CONTRATANTE**:
- 10.7.1. Nota Fiscal constando a discriminação detalhada do serviço prestado, competência da prestação de serviço e o número do Contrato de Gestão firmado entre a Administração Pública e a Fundação do ABC;
 - 10.7.2. CND válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social;
 - 10.7.3. Prova de regularidade perante o FGTS. Quando isento, deverá o Prestador apresentar justificativa e comprovante;
 - 10.7.4. Cópia de guia de recolhimentos do INSS, acompanhada da folha resumo da GFIP correspondente. Quando isento, o prestador deverá apresentar justificativa e comprovante, nos termos da instrução normativa RFB N° 2110/2022.
 - 10.7.5. Relação nominal atualizada de todos os profissionais que trabalham na empresa, prestando serviços diretamente nas dependências do Contratante, se cabível.
 - 10.7.6. Demonstrativos dos pagamentos realizados a todos os empregados (salário, vale transporte e benefício), acompanhado do respectivo recibo firmado pelo empregado.
- 10.8. As notas fiscais, referentes aos serviços prestados, deverão ser entregues em tempo considerável (quinto dia útil do mês), para que a **CONTRATANTE** possa proceder com as análises devidas e o subsequente pagamento dos valores.

11. DAS CONDIÇÕES PARA O USO DO REFEITÓRIO

- 11.1. 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.
- 11.1.1. Para tanto, a **CONTRATADA** se responsabiliza por encaminhar relação nominal dos profissionais que utilizarão o serviço à Coordenação da Unidade de Nutrição da **CONTRATANTE** e mantê-la sempre atualizada.

11.2. O valor correspondente às refeições poderá ser reajustado a cada seis meses, com base na média cobrada durante o mesmo período de seis meses anteriores.

12. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

12.1. A avaliação da execução técnica e qualitativa do contrato será acompanhada pelo Gestor Médico e Diretoria Técnica.

13. VIGÊNCIA CONTRATUAL

13.1. 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, nos termos do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da FUABC e Mantidas.

14. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

14.1. Serão considerados os indicadores abaixo relacionados para qualificar os serviços a serem executados:

14.1.1. Indicadores Quantitativos:

- 14.1.1.1. Tx de cumprimento de 36 (trinta e seis) novas consultas externas de Ginecologia Oncológica, por mês. Sendo esperado o cumprimento de 100% do indicador, uma vez tratar-se de Meta monitorada CROSS/SES Onco-regulação;
- 14.1.1.2. Tx de cumprimento de 12 (doze) cirurgias de Ginecologia Oncológica, por mês. Sendo esperado cumprimento superior a 95% do indicador.
- 14.1.1.3. Tx de cumprimento de 8 (oito) novas consultas externas de Cirurgia Oncológica. Sendo esperado o cumprimento de 100% do indicador;
- 14.1.1.4. Tx de cumprimento de 8 (oito) cirurgias de Cirurgia Oncológica. Sendo esperado cumprimento superior a 95% do indicador.
- 14.1.1.5. Tx de cumprimento de 12 (doze) novas consultas externas de Aferição Benigna Uterina. Sendo esperado o cumprimento de 100% do indicador;
- 14.1.1.6. Tx de cumprimento de 12 (doze) cirurgias de Aferição Benigna Uterina. Sendo esperado cumprimento superior a 95% do indicador.

14.1.2. Indicadores Qualitativos:

- 14.1.2.1. TX de alta médica diária dentro do prazo de até 10h da manhã. Sendo esperada adesão superior > à 90% do indicador;
- 14.1.2.2. TX de adesão aos protocolos gerenciados (SEPSE, TEV, protocolos de Segurança do paciente - 06 metas internacionais). Sendo esperada adesão superior > à 90% do indicador;
- 14.1.2.3. TX de não conformidades, sendo estas monitoradas/acompanhadas por motivo;

- 14.1.2.4. TX de eventos adversos, sendo estes monitorados/acompanhados por motivo;
- 14.1.2.5. TX de atrasos para início de cirurgias (tolerância 15min). Sendo a tolerância de incidência de até 1,5% do total de atendimentos;
- 14.1.2.6. TX de atrasos no ambulatório; (tolerância 15min. Sendo a tolerância de incidência de até 1,5% do total de atendimentos;
- 14.1.2.7. TX de ouvidorias externas, sendo estas monitoradas/acompanhadas por motivo;
- 14.1.2.8. TX resposta há interconsultas de urgência no prazo de até 30min. Sendo esperada adesão superior > à 95% do indicador;
- 14.1.2.9. TX resposta há interconsultas eletivas no prazo de até 24hs. Sendo esperada adesão superior > à 95% do indicador;
- 14.1.2.10. TX de reoperações, sendo estas monitoradas/acompanhadas por motivo;
- 14.1.2.11. TX de infecção sítio cirúrgico, sendo estas monitoradas/acompanhadas por motivo;
- 14.1.2.12. Tx de suspensão e cancelamentos cirúrgicos e de agenda ambulatorial estratificados por motivos, sendo estes monitorados/acompanhados por motivo.

15. DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA ESPECÍFICA

- 15.1. Considerando a natureza do serviço objeto da contratação, a empresa melhor classificada, deverá apresentar os documentos abaixo relacionados, bem como todos os demais documentos solicitados no Ato de Convocação e Memorial Descritivo, sob pena de desclassificação.
 - 15.1.1. Atestado de Capacidade Técnica, conforme discriminado no Memorial Descritivo.
 - 15.1.2. Relação de profissionais que executarão o serviço, contendo:
 - 15.1.2.1. Cópia da Comprovação do Registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) dos médicos.
 - 15.1.2.2. Cópia do Certificado de conclusão de especialização em Ginecologia, Ginecologia Oncológica ou Cirurgia Oncológica e/ou residência médica concluída na mesma área.
 - 15.1.3. Comprovação do Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Santo André, de de 2024.

Dr. Celso Alessandro de Andrade
Diretor Técnico

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

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: _____

INSCRITA NO CNPJ N°: _____

SERVIÇOS	VALOR TOTAL (Mensal)	VALOR TOTAL GLOBAL ANUAL (Mensal x 12)
Prestação de serviços médicos especializados em Cirurgia Oncológica, Cirurgia Ginecologia Oncológica e Afecções Benignas Uterinas.	R\$ _____	R\$ _____

ESCREVER VALOR GLOBAL ANUAL POR EXTENSO:

R\$ _____ (_____)

DATA DE EMISSÃO DA PROPOSTA: ____/____/____

DATA DE VALIDADE DA PROPOSTA: ____/____/____

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

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA
(Nome Completo, CPF)