

MINUTA DE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2021

A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, por intermédio do Hospital Guilherme Álvaro torna público o presente **Edital de Chamamento Público**, para seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, interessada para celebração de Convênio visando o **Fortalecimento do Desenvolvimento das Ações e Serviços de Assistência à Saúde prestados aos usuários do SUS na RRAS 7, composta pelas regiões da Baixada Santista e Registro que perfaz cerca de 2,1 milhões de habitantes, com aporte de recursos financeiros para viabilizar a Manutenção e Gerenciamento do ATENDIMENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À PACIENTES PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS E MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS, EM REGIME AMBULATORIAL E DE INTERNAÇÃO**, conforme dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, a Lei Federal nº. 8.666/93, artigo 116, §§ 1º ao 6º e alterações posteriores, demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e nos termos e condições estabelecidos no presente instrumento.

Oportuno mencionar que a sessão pública de abertura dos envelopes dar-se-á no dia **05/01/2022, Hospital Guilherme Álvaro**, localizado, à **Rua Dr. Oswaldo Cruz, 197, Boqueirão, Santos/SP, CEP 11045-904, às 09:00 horas.**

Visita técnica: Agendamento prévio através do telefone: (13) 3202-1423/1301 OU pelo endereço eletrônico: **hgadiretoriatecnica@gmail.com**

Período para realização: 20/12/2021 a 30/12/2021, 03/01/2022 e 04/01/2022 no horário das 09:00 às 12:00h.

1. OBJETO:

1.1. O presente Chamamento Público tem por objeto a seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, para celebração de Convênio, visando o **Fortalecimento do Desenvolvimento das Ações e Serviços de Assistência à Saúde prestados aos usuários do SUS na RRAS 7, composta pelas regiões da Baixada Santista e Registro que perfaz cerca de 2,1 milhões de habitantes, com aporte de recursos financeiros para viabilizar a Manutenção e Gerenciamento do ATENDIMENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À PACIENTES PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS E MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS, EM REGIME AMBULATORIAL E DE INTERNAÇÃO**, de acordo com Termo de Referência - **ANEXO I-A**, cláusulas e condições do presente edital.

2. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:

2.1. Em consonância com os princípios de publicidade e de isonomia, poderão participar deste Chamamento Público todas as entidades privadas, sem fins lucrativos, interessadas no certame, que em seu Estatuto tenham previstos objetivos na área da saúde e que satisfaçam plenamente todos os termos e condições deste Edital.

2.2. Somente poderão participar deste Chamamento Público as Entidades que não tenham sido declaradas inidôneas pela Administração Pública ou punidas com suspensão do direito de firmar Convênios ou outros ajustes com o Governo do Estado de São Paulo.

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

2.4. Não será admitida a participação de entidade que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista com a autoridade competente, **a Comissão de Seleção**, o subscritor do edital ou algum dos membros da respectiva equipe de apoio, nos termos do artigo 9º da Lei Federal nº 8.666/1993.

3. – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

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

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

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

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

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

3.6. Não se admitirá a inclusão de documentos ou informação que deveria constar originariamente nos envelopes I e II, exceto se em atendimento a diligências da COMISSÃO DE SELEÇÃO, nos termos do parágrafo 3º do artigo 43 da Lei Federal 8.666/93.

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

4. DO LOCAL E PRAZO DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS:

4.1. Os interessados em participar deste Chamamento Público, deverão entregar a documentação exigida no **Hospital Guilherme Álvaro**, localizado, à **Rua Dr. Oswaldo Cruz, 197, Boqueirão, - Santos / SP – CEP 11045-904, até meia hora antes do início da sessão pública**, em envelopes lacrados, devidamente identificados conforme indicado abaixo:

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

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

PROCESSO: SES-PRC-2021/24717
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2021
(Razão Social e endereço da entidade)

ENVELOPE II – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

PROCESSO: SES-PRC-2021/24717
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2021
(Razão Social e endereço da entidade)

5. DOS DOCUMENTOS DOS ENVELOPES I E II

5.1. DOCUMENTOS DO ENVELOPE I:

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

5.1.2 – DO PLANO DE TRABALHO

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

- a) As atividades assistenciais e dos serviços de saúde;
- b) Os indicadores a serem observados e metas a serem alcançadas.

5.1.2.2. O Plano de Trabalho da Instituição deverá ser apresentado em uma única via impressa, ter todas as suas folhas rubricadas e, ao final, ser datada e assinada

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

por quem detenha poderes de representação da Entidade na forma de seus atos constitutivos, devidamente identificado. Deve ser redigido em língua portuguesa, salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente, com clareza.

5.1.3. – COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

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

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

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

5.1.3.4. O(s) atestado(s) deverá(ão) conter a identificação da pessoa jurídica emitente bem como o nome, o cargo do signatário e telefone para contato.

5.1.4. – DA PROPOSTA FINANCEIRA

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

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

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

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

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

5.1.4.6. A proposta financeira não poderá ultrapassar o valor em **R\$ 3.227.790,36** (três milhões, duzentos e vinte e sete mil, setecentos e noventa reais e trinta e seis centavos) correspondentes ao valor total das despesas de custeio para 12 meses de execução do convênio.

5.2. – DOS DOCUMENTOS DO ENVELOPE II

5.2.1. HABILITACAO JURIDICA:

- a)** Estatuto devidamente registrado com as respectivas alterações, caso existam, acompanhado da ata de eleição de sua atual diretoria;
- b)** Registro Geral (R.G.) e Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) dos responsáveis legais pela instituição;
- c)** Declaração emitida pela instituição atestando que atende ao inciso XXXIII, art.7º da Constituição Federal – proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo a condição de aprendiz, a partir de catorze anos, conforme modelo do **ANEXO II**.

5.2.2. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

- a)** Registro da Entidade em Associação ou Conselho Profissional competente;
- b)** Registro do Responsável Técnico em Associação ou Conselho Profissional competente;
- c)** Declaração (**modelo no ANEXO III**) do representante legal de que proprietários, administradores ou dirigentes não ocupam cargo ou função de confiança, chefia ou assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- d)** Declaração (**modelo no ANEXO IV**), firmada pelo representante legal da instituição que:
 - d.1)** Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com o disposto na minuta de Convênio, e que estão de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamento disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde;
 - d.2)** Tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela Secretaria Estadual de Saúde e segundo as regras do Conselho Nacional de Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais.
- e)** Declaração que apresentará por oportunidade da celebração do convênio a relação do corpo clínico e demais profissionais da saúde acompanhada da ficha cadastral do profissional, conforme modelo no ANEXO V, preenchida com o respectivo número do

Conselho de Classe, carga horária e a qualificação completa dos responsáveis pelas respectivas categorias.

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

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

5.2.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

a) Declaração exarada por contador devidamente registrado no Conselho da categoria profissional, de que a instituição detém escrituração contábil regular e que goza de boa saúde financeira;

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

5.2.4. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

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

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

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

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

e) Certidão emitida pela Fazenda Municipal da sede ou domicílio da licitante que comprove a regularidade de débitos tributários relativos ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN.

f) A entidade que se considerar isenta ou imune de tributos relacionados ao objeto do convênio, cuja regularidade fiscal seja exigida no presente Edital deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração emitida pela correspondente Fazenda do domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

5.2.5. OUTRAS COMPROVAÇÕES:

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

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

c) Declaração de que apresentará, no momento da assinatura do convênio, cópia do Certificado de Regularidade Cadastral da Entidade – CRCE;

d) Certificado de realização da visita técnica que será fornecido pela ATS Sra. Carla Rodrigues Gatto;

d.1) Poderão ser feitas tantas visitas técnicas quantas cada interessado considerar necessário. Cada visita deverá ser agendada por **e-mail hgadiretoriatecnica@gmail.com** ou pelo **telefone (13) 3202-1301 ou (13) 3202-1423** e poderá ser realizada entre os dias 20/12/2021 a 30/12/2021, 03/01/2022 e 04/01/2022 no período **das 09h às 12 horas**;

d.2) A visita técnica tem como objetivo verificar as condições locais para a execução do objeto, permitindo aos interessados verificar localmente as informações que julgarem necessárias para a elaboração da sua proposta, de acordo com o que o próprio interessado julgar conveniente, não cabendo à Administração nenhuma responsabilidade em função de insuficiência dos dados levantados por ocasião da visita técnica;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.9. Será considerada inabilitada a Entidade deixar de apresentar qualquer documento exigido no item 5.2 deste EDITAL.

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

6. DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

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

A) COMPREENSÃO DO OBJETO DO CONVENIO – TOTAL DE PONTOS: 10		
A proponente deverá desenvolver plano de trabalho sob a forma de texto, apresentando um diagnóstico das necessidades do Serviço da Unidade em relação ao objeto do presente chamamento, demonstrando a compreensão acerca do volume de produção física de ações a serem executadas bem como da implantação de metas de garantia de segurança da assistência prestada aos usuários do SUS atendidos pelo Hospital Guilherme Álvaro.		
ITEM		PONTOS
Não apresenta compreensão com as necessidades do objeto.		0
Apresenta compreensão compatível com as necessidades do Anexo I-A deste Edital.		10
B) DA QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE COORDENAÇÃO DO PROJETO – TOTAL DE PONTOS: 40		
ITEM	SUBITEM	PONTOS
Coordenação geral – Comprovação de Experiência anterior	Qualificação e experiências comprovadas em Adm.Hospitalar por ao menos 5 anos	10
	Qualificação e experiências comprovadas em Adm.Hospitalar entre 1 e 5 anos	5
	Qualificação e experiências comprovadas em Adm.Hospitalar por menos de 12 meses	0
Coordenação técnica médica especializada	Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por ao menos 5 anos	10
	Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal entre 1 5 anos	5
	Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por menos de 12 meses	0
Coordenação técnica de enfermagem especializada	Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por ao menos 5 anos	10

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Certificação de titulação da equipe médico assistencial	Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal entre 1 5 anos	5
	Qualificação e experiências comprovadas na Especialidade principal por menos de 12 meses	0
	Apresentação de certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades objeto em mais de 50% dos contratados/prestadores	10
	Apresentação de certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades objeto entre 25% e 50% dos contratados/prestadores	5
	Apresentação de certificação de Título de Especialista ou Residência Médica nas especialidades objeto abaixo de 25% dos contratados/prestadores	0

C) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – TOTAL DE PONTOS: 20 PONTOS

ITEM	PONTOS
Comprovar experiência de 5 (cinco) ou mais anos em gestão de unidade de assistência em saúde, independente das características do serviço realizado e da unidade de saúde.	20
Comprovar experiência de 12 (doze) meses a menos de 5 (cinco) anos em gestão de unidades de assistência em saúde, independente das características do serviço realizado e da unidade de saúde.	10
Não comprovar nenhuma experiência em gestão de Unidades de assistência em saúde, ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses.	0

D) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE SERVIÇO DE CIRÚRGIA PLÁSTICA E ORTODONTIA EM REGIME AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO - TOTAL DE PONTOS: 15

ITEM	PONTOS
Não comprovar experiência em prestação de SERVIÇO DE CIRÚRGIA PLÁSTICA E ORTODONTIA EM REGIME AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO , ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses, de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	0
Comprovar experiência entre 12 (doze) meses e 2 (dois) anos em prestação de serviços de SERVIÇO DE CIRÚRGIA PLÁSTICA E	5

ORTODONTIA EM REGIME AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	
Comprovar experiência entre 2 (dois) a menos de 5 (cinco) anos prestação de serviços de SERVIÇO DE CIRÚRGIA PLÁSTICA E ORTODONTIA EM REGIME AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	10
Comprovar experiência de 5 (cinco) anos ou mais anos em prestação de serviços de SERVIÇO DE CIRÚRGIA PLÁSTICA E ORTODONTIA EM REGIME AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	15
E) PROPOSTA DE PREÇO – TOTAL DE PONTOS: 15	
ITEM	PONTOS
Proposta de preço acima do valor referencial	0
Proposta de preço até 5% abaixo do valor referencial	05
Proposta de preço até 10% abaixo do valor referencial	10
Proposta de preço até 15% abaixo do valor referencial	15

7 – DOS PROCEDIMENTOS DA SESSÃO PÚBLICA

7.1 - DO CREDENCIAMENTO

7.1.1. A Sessão de Abertura deste Chamamento Público será realizada em **05/01/2022** às 09:00 horas, na Sala de Reunião da Diretoria Técnica – 2º Andar Prédio Hemonúcleo, procedendo-se o Credenciamento dos representantes das Entidades com capacidade jurídica comprovada para atuar em nome da Entidade, mediante a apresentação (fora dos envelopes) dos seguintes documentos:

a) Documento de identidade na forma da lei, com fotografia;

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

7.1.2. Caso o representante da Entidade não seja seu representante estatutário ou legal, o credenciamento será feito por intermédio de procuração, mediante instrumento público ou particular. Nesse caso, o representante também entregará à Comissão de Seleção, cópia autenticada em cartório do ato que estabelece a prova de representação da entidade, em que constem os nomes dos representantes ou dirigentes com poderes para a constituição de mandatários.

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

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

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

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

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

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

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

7.2. DA ABERTURA DO ENVELOPE I E CLASSIFICAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

7.3. DA ABERTURA DO ENVELOPE II

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

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

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

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

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

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

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

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

7.4 – DISPOSIÇÕES GERAIS DA SESSÃO PÚBLICA

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

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

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

8- DO RECURSO ADMINISTRATIVO

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

8.2. A interposição de recurso será comunicada às demais Entidade, que poderão apresentar contrarrazões ao(s) recurso(s) interposto(s) no prazo comum de 03 (três) dias úteis contados da intimação do ato.

8.3. Será assegurada às Entidades vista aos autos do processo de Chamamento Público.

8.4. Os recursos deverão observar os seguintes requisitos:

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

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

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

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

09 – DA HOMOLOGAÇÃO

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

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

10 - DO SISTEMA ELETRÔNICO

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

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

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

- a) Acessar o sistema eletrônico e proceder ao seu cadastro e inclusão de todos os documentos;
- b) Proceder ao preenchimento do Plano de Trabalho, de acordo com o disposto no Anexo I-A deste Edital.

11 – DA VIGÊNCIA

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

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

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

12– DO PAGAMENTO

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

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

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

13 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

13.2. A documentação referente à prestação de contas deverá ser apresentada mensalmente seguindo a Instrução nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo com as devidas notas fiscais e relatórios de aplicação dos recursos, obedecendo o estipulado em Plano de Trabalho.

14 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

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

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

14.3 - Ocorrendo qualquer alteração que interfira na elaboração da PROPOSTA FINANCEIRA, será reaberto o prazo para entrega dos Envelopes, com designação de nova data para a realização da Sessão Pública.

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

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

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

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

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

15. Integram o presente edital os seguintes anexos:

- **ANEXO I-A** – Termo de Referência;
- **ANEXO I-B** – Planilha de Orçamento;
- **ANEXO I-C** – Equipamentos e Mobiliários Cedidos pelo Hospital;
- **ANEXO I-D** - Metodologia de Pontuação - Metas Qualitativas;
- **ANEXO II** – Situação Regular Perante o Ministério do Trabalho;
- **ANEXO III** – Declaração de Incompatibilidade de Cargos e Funções;
- **ANEXO IV** – Declaração de Ciência dos termos do Convênio;
- **ANEXO V** – Ficha Cadastral;
- **ANEXO VI** - Declaração de Conta Específica;
- **ANEXO VII** – Minuta de Convênio;
- **ANEXO VIII** – Termo de Ciência e de Notificação;
- **ANEXO IX** – Plano de Trabalho;
- **ANEXO X** – Declaração de Patrimônio;
- **ANEXO XI** – Declaração Negativa de Impedimentos;
- **ANEXO XII** – Declaração Sobre Quadro Diretivo da Instituição;
- **ANEXO XIII** - Declaração de Opção por não realizar a visita técnica

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

Santos, 15 de Dezembro de 2021.

MONICA MAZZURANA BENETTI
Diretoria Técnica de Saúde III

ANEXO I-A
TERMO DE REFERÊNCIA

MANUTENÇÃO E GERENCIAMENTO DO ATENDIMENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À PACIENTES PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS E MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS, EM REGIME AMBULATORIAL E DE INTERNAÇÃO.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O presente termo de referência tem por finalidade estabelecer diretrizes para Assistência à Pacientes Portadores de Lesões Labiopalatais e Malformações Craniofaciais, Usuários do SUS com agendamento prévio pelo CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) e NIR (Núcleo Interno de Regulação), e Atendimento Ambulatorial Multiprofissional Especializado Integrado e Pequenos Procedimentos Odontológicos e Diagnósticos Específicos voltados para esses pacientes.

2. OBJETIVO

2.1 Este Termo de Referência objetiva disciplinar as obrigações e responsabilidades para a **MANUTENÇÃO E GERENCIAMENTO DO ATENDIMENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À PACIENTES PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS E MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS, EM REGIME AMBULATORIAL E DE INTERNAÇÃO.**

2.2. O gerenciamento técnico e administrativo obedecerá às normas da vigilância sanitária e as normas da Unidade Hospitalar a que esse termo se refere, principalmente no que tange a aplicação das normas de segurança do paciente e qualidade em saúde.

2.3 Dentre as malformações craniofaciais congênitas a mais comum é a fissura labiopalatina - FLP ocasionada devido a alterações de crescimento e desenvolvimento da face na vida intra-uterina. Vários fatores podem causá-las: desnutrição materna, falta de ácido fólico e B12, exposição excessiva a Vitamina A, hipóxia fetal, exposição a radiações ionizantes, fumo, hormônios, dentre outros. Quando um casal tem um filho portador de FLP a chance de nascimento de outro filho com o mesmo problema é o dobro. A FLP provoca alterações na fala, dificuldades para alimentação, infecções de ouvidos e prejudica o desenvolvimento da arcada dentária e da face do paciente. O comprometimento do desenvolvimento da saúde e do bem estar de alguém portador dessa enfermidade é evidente. Não obstante as questões ligadas ao desenvolvimento intelectual e inclusão social. Constitui-se um problema de saúde pública, onde tratar uma FLP não se resume em fechar uma fenda, mas em promover ao indivíduo necessitado a reabilitação de sua deformidade física integrando-o na comunidade onde vive. Portanto, esta é a finalidade maior deste termo.

3 - DOS RECURSOS HUMANOS e DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS DE TRABALHO

3.1. As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais deverão estar formalmente designadas, descritas e divulgadas a todos os que atuarão no Centro de Tratamento de Malformações Crânio Faciais (CTMC).

3.2 Será formalmente designado:

O **Coordenador** deverá ser qualquer profissional da Equipe Multidisciplinar (3.3) com titulação na área específica e/ou Pós Graduação em Gestão em Serviço de Saúde, e também responderá como **Responsável Técnico** pelo serviço a que esse termo se refere, tendo ele que permanecer na unidade conforme carga horária de sua atuação.

3.3 Equipe Multidisciplinar formada por:

- Nutricionista
- Psicólogo
- Fonoaudiólogo
- Cirurgião Plástico
- Cirurgião Dentista Clínico

- Cirurgião Buco-Maxilo
- Otorrinolaringologista
- Ortodontista
- Enfermeiro
- Assistente Social

3.3.1 Equipe Multiprofissional:

- Pedagoga (brinquedista)
- Auxiliar Odontológico
- Administrativo com formação de Ensino Médio Completo

- Protético

3.3.1.1. O pedagogo brinquedista deve proporcionar vivências de ludicidade em espaços hospitalares, caracterizando-se como um mediador entre o brincar e o indivíduo, proporcionando o brincar e vários outros aspectos positivos no desenvolvimento dos pacientes, repercutindo nos resultados da recuperação dos mesmos. Para tanto, deve apresentar mensalmente um projeto de forma a promover a articulação entre os pacientes e a equipe multidisciplinar.

3.4 Cada profissional que compõe a equipe multidisciplinar deverá ter formação e experiência de no mínimo dois anos na área de atuação;

3.5 O quantitativo de profissionais deverá ser suficiente para atender os quantitativos mensais de atendimento conforme demonstrado no item 11 sem interrupções, portanto a escala de férias também não poderá provocar descontinuidade no atendimento ao paciente.

3.6 Os protocolos clínicos de atendimento descritos e gerenciados de cada especialidade da equipe multidisciplinar deverão ser entregues pela **CONVENIADA** em até 90 (noventa) dias após o início da assistência.

3.7 As avaliações de todos os profissionais envolvidos na assistência desses pacientes quando realizadas, devem ser registradas, assinadas e datadas em

prontuário, de forma legível e sempre baseadas nos protocolos de Segurança do Paciente. A **CONVENIADA** obrigatoriamente deverá utilizar o prontuário eletrônico, disponibilizado pela **CONVENENTE** e todos os usuários (100%) deverão estar inseridos na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

3.8. Todo paciente assistido por esse serviço especializado deve receber assistência integral e interdisciplinar.

3.9. As assistências nutricional, psicológica e de fonoaudiologia devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas a esses pacientes.

3.10. O serviço a que este termo se refere poderá ser utilizado como campo de aprendizado aos graduandos e pós-graduandos dos cursos das áreas de saúde das Universidades que tenham parcerias com o Hospital Guilherme Álvaro, não sendo permitido que nenhuma parceria seja firmada diretamente com a **CONVENIADA**.

3.11. O serviço a que este termo se refere poderá ser utilizado como campo de aprendizado para todos os residentes do Hospital Guilherme Álvaro que tenham como estágio obrigatório o desenvolvimento das habilidades no atendimento aos pacientes com malformações crânio maxilofaciais, bem como os residentes de outras instituições que tenham contrato de cooperação técnico-científica com a COREME (Comissão de Residência Médica) do HGA.

4. DO ATENDIMENTO

4.1 O serviço deverá funcionar de segunda-feira a sexta, das 8h às 17h, para a realização de procedimentos de rotina e encaixe de emergências.

4.2 O atendimento diário de rotina funcionará 08 (oito) horas, que deverão ser subdivididos, conforme necessidade da prestação do serviço ou em comum acordo junto à CONVENENTE sem ferir ao mínimo programado/mês.

4.3 A **CONVENIADA** deverá obedecer a agenda de exames/consultas do PORTAL

CROSS e a prioridade dos atendimentos será definida por critérios clínicos estabelecidos entre a **CONVENIADA** e a **CONVENENTE** com finalidade de melhor atender ao usuário e suas necessidades.

4.4 Observar nas áreas do serviço de CTMC as regras de acessibilidade (movimentação de macas, cadeiras de rodas ou acesso para outro tipo de deficiência).

4.5 No atendimento deverão ser observados protocolos de informações aos pacientes e seus familiares sobre os procedimentos a serem realizados (preparo, Anestesia, e outros cuidados), sobre os responsáveis por sua execução, assim como ter atenção específica para paciente frágeis, dependentes ou portadores de doenças transmissíveis e imunodeficientes.

5. LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

5.1 Os serviços serão prestados nas dependências do Hospital Guilherme Álvaro, situado na Rua Oswaldo Cruz, 197 - Boqueirão, Santos - SP, CEP 11045-904, ou outro endereço que for assim designado pela **CONVENENTE**.

6 - RECURSOS MATERIAIS

6.1. Todos os insumos necessários à execução dos procedimentos odontológicos, fonoaudiólogos, protéticos, entre outros necessários para realização dos procedimentos serão de responsabilidade da **CONVENIADA**, quantitativos esses que deverão ser suficientes para a segura e eficiente execução dos mesmos.

6.2. A responsabilidade da manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos e mobiliários cedidos pelo Hospital, conforme relação constante do **Anexo I**, é da **CONVENENTE**.

7 – HUMANIZAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE

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

7.2. Caberá a equipe multiprofissional o fornecimento de orientações aos familiares e aos usuários em linguagem clara, sobre o estado de saúde e assistência a ser prestada.

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

7.4. A **CONVENIADA** deverá seguir as normas do NSP – Núcleo de Segurança do Paciente do HGA.

8 - NORMAS E ROTINAS

8.1. O Hospital Guilherme Álvaro disporá de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, em comum acordo entre a **CONVENIADA** e a Direção do Hospital as quais devem ser:

- a) Aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico;
- b) Revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias.

9 - PROTOCOLOS CLÍNICOS:

9.1. As diretrizes clínicas/protocolos clínicos constituem importante ferramenta para tornar as condutas de assistência aos usuários mais homogênea e de melhor qualidade científica, e deverão ser entregues pela **CONVENIADA** em até 90 (noventa) dias após o início da assistência.

9.2. Os protocolos implantados e homologados serão disponibilizados pelo

Hospital.

10 - RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS:

10.1. A **CONVENIADA** deverá proceder ao uso racional de materiais e insumos.

11 - INDICADORES QUANTITATIVOS, QUALITATIVOS E DE DESEMPENHO

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

1. Quantitativo: Peso (88)

INDICADOR DE PRODUÇÃO – OFERTA/REALIZAÇÃO
OFERTA AMBULATORIAL + CIRÚRGICA

ITEM	DESCRIÇÃO
Finalidade	Garantir o Acesso a População, com equidade e integralidade da assistência
Meta a Cumprir	(100%) Oferta ambulatorial
Instrumento Medição	Relatório CROSS Produção – Ofertado/Realizado
Forma Acompanhamento	Sistema CROSS e InPut
Periodicidade	Mensal
Mecanismo Cálculo	Cada especialidade será verificada individualmente Nº Consultas Ofertada dentro do prazo estipulado (no mínimo 45 dias antes)/Mês
Início Vigência	A partir de (60) dias da assunção do serviço

Faixa de Ajuste Pagamento	> 80% - 100% pagamento 00 a 79% - Conforme cálculo de pontuação – Memória de claculo: peso do indicador X % alcançado x100; Resultado alcançado X \$ do indicador
Sanções	Não Oferta por falta de profissional/Mês – Multa de 10% do custo variável, em caso de reincidência, ou período superior a (30) dias, sujeito a não execução do Convênio podendo incorrer em rescisão, considerando a integralidade da assistência estará prejudicada.
Observações	

INDICADOR	DESCRIÇÃO	META/MÊS	OBSERVAÇÃO	PONTUAÇÃO
Produzir número de consulta/mês	1ª consulta: atendimentos de Psicologia	15 consultas/mês	Serão utilizados como base para validação dessa meta, as consultas e procedimentos devidamente preenchidos e entregues do setor de faturamento do HGA.	5
	Retorno: atendimentos de Psicologia	120 consultas/mês		3
	1ª consulta: atendimentos de Fonoaudiologia	15 consultas/mês		3
	Retorno: atendimentos de Fonoaudiologia	120 consultas/mês		5
	1ª consulta: atendimentos Nutrição	5 consultas/mês		3
	Retorno: atendimentos Nutrição	100 consultas/mês		5
	1ª consulta: atendimentos Ortopedia Funcional dos Maxi	5 consultas/mês		3
	Retorno: atendimentos Ortopedia Funcional dos Maxilar	10 consultas/mês		5
	1ª consulta: atendimentos Odontologia Clínica	5 consultas/mês		3
	Retorno: atendimentos Odontologia Clínica	100 consultas/mês		4
	1ª consulta: atendimentos Ortodontia	30 consultas/mês		3
	Retorno: atendimentos Ortodontia	140 consultas/mês		3
	Procedimentos de Cirurgia Plástica	08 procedimentos/mês		10
	1ª consulta: atendimentos Cirurgia Plástica	8 consultas/mês		5
	Retorno: atendimentos Cirurgia Plástica	80 consultas/mês		5
	1ª consulta: Puericultura Preventiva/Brinquedoterapia	10 consultas/mês		3
	Retorno: retorno atendimento enfermagem	5 retornos/mês		5
	1ª consulta: consulta de otorrinolaringologista	5 consultas/mês		3
	Retorno: atendimentos otorrinolaringologista	100 retornos/mês		3
	1ª consulta: consulta de assistente social	15 consultas/mês		3
	Retorno: atendimentos assistente social	120 retornos/mês		3
	Atividades com Pedagoga/Brinquedoteca	1 projeto/mês		3
	Pontuação TOTAL			

2. Qualitativo: Peso (12)

INDICADOR DE PRODUÇÃO – OFERTA/REALIZAÇÃO	
Garantia dos Agendamentos – Fila Única – Agenda CROSS/InPut	
ITEM	DESCRIÇÃO
Finalidade	Garantir o Acesso a População de forma Transparente
Meta a Cumprir	(100%) Oferta Ambulatorial e Cirúrgica em sistemas indicados
Instrumento Medição	Relatório de Produção – Sistema CROSS/InPut
Forma Acompanhamento	Entrega do Relatório de Produção
Periodicidade	Mensal
Mecanismo Cálculo	Cada especialidade será verificada individualmente Nº Procedimento agendado dentro do prazo estipulado acima/Mês
Início Vigência	A partir de (30) dias da assunção do serviço
Faixa de Ajuste Pagamento	> 80% - 100% pagamento 00 a 79% - Conforme cálculo de pontuação – Memória de cálculo: peso do indicador X % alcançado x100; Resultado alcançado X \$ do indicador
Sanções	Não Oferta por causa administrativa/Mês – Multa de 10% do custo variável, em caso de reincidência, ou período superior a (30) dias, sujeito a não execução do Convênio podendo incorrer em rescisão, considerando a integralidade da assistência estará prejudicada.
Observações	

INDICADOR DE PRODUÇÃO – QUALIDADE DA OFERTA/REALIZAÇÃO	
Política de Humanização – Pesquisa de Satisfação Usuário	
ITEM	DESCRIÇÃO
Finalidade	Garantir a Qualidade da Assistência
Meta a Cumprir	Nível \geq 90% de bom ou ótimo – Nos indicadores de Satisfação, a ser acordado com o Gestor do Convênio,

	devendo conter no mínimo: Recepção e Profissionais por especialidade, brinquedoteca, e medir cordialidade, tempo de espera, limpeza, e outros.
Instrumento Medição	Impresso ou QR Code – Modelo aprovado pelo Gestor do Convênio.
Forma Acompanhamento	Relatório Compilado com as pesquisas efetuadas na competência. E sempre que o Gestor julgar necessário, apresentar as pesquisas efetuadas na competência escolhida. (As pesquisas impressas, deverão ser guardadas por (13) meses, no mínimo, podendo ser descartada em conformidade com o regimento interno da CONVENIADA após este prazo).
Periodicidade	Mensal
Mecanismo Cálculo	O Compilado total da Pesquisa deverá apresentar índice satisfatório $\geq 90\%$
Início Vigência	A partir de (30) dias da assunção do serviço
Faixa de Ajuste Pagamento	> 80% - 100% pagamento 00 a 79% - Conforme cálculo de pontuação – Memória de cálculo: peso do indicador X % alcançado x100; Resultado alcançado X \$ do indicador
Sanções	Não Oferta por causa administrativa/Mês – Multa de 10% do custo variável, em caso de reincidência, ou período superior a (30) dias, sujeito à não execução do Convênio podendo incorrer em rescisão, considerando a integralidade da assistência estará prejudicada.
Observações	

INDICADOR DE PRODUÇÃO – OFERTA/REALIZAÇÃO	
Adesão as Metas de Segurança do Paciente - Identificação	
ITEM	DESCRIÇÃO
Finalidade	Garantir Segurança do Paciente
Meta a Cumprir	(100%) Pacientes Identificados e Checados
Instrumento Medição	Relatório de atendimento
Forma Acompanhamento	Visitas ao serviço pelo Gestor do Convênio, caso não haja cumprimento do estipulado, o mesmo irá comunicar por escrito via e-mail na mesma data
Periodicidade	Apresentação – Mensal

	Visita – Aleatório e sempre que necessária
Mecanismo Cálculo	Nº Pacientes atendidos X Nº Etiquetas Geradas
Início Vigência	A partir da assunção do serviço
Faixa de Ajuste Pagamento	> 80% - 100% pagamento 00 a 79% - Conforme cálculo de pontuação – Memória de cálculo: peso do indicador X % alcançado x100; Resultado alcançado X \$ do indicador
Sanções	Não Oferta por causa administrativa/Mês – Multa de 10% do custo variável, em caso de reincidência, ou período superior a (30) dias, sujeito a não execução do Convênio podendo incorrer em rescisão, considerando a integralidade da assistência estará prejudicada.
Observações	

INDICADOR DE PRODUÇÃO – OFERTA/REALIZAÇÃO	
Adesão ao Protocolo Paciente Seguro – Cirurgia Segura	
ITEM	DESCRIÇÃO
Finalidade	Garantir Segurança do Paciente
Meta a Cumprir	(100%) Aplicação do Check-list Institucional preenchido
Instrumento Medição	Check-list Institucional preenchido e junto ao prontuário paciente, contendo todos os campos preenchidos e assinatura do responsável pelo paciente
Forma Acompanhamento	Apresentação de Relatório com nº de cirurgias realizadas X nº Check-list completamente preenchido e no prontuário; Checagem sempre que necessário junto ao Prontuário, pelo Gestor do Convênio, afim de verificação da existência do Check-list Institucional preenchido e junto ao prontuário paciente, contendo todos os campos preenchidos e assinatura do responsável pelo paciente.
Periodicidade	Mensal
Mecanismo Cálculo	Cada especialidade será verificada individualmente Nº Procedimento realizado X Nº de Check-list Institucional preenchido e junto ao prontuário paciente, contendo todos os campos preenchidos e assinatura do responsável pelo paciente /Mês
Início Vigência	A partir da assunção do serviço

Faixa de Ajuste Pagamento	> 80% - 100% pagamento 00 a 79% - Conforme cálculo de pontuação – Memória de cálculo: peso do indicador X % alcançado x100; Resultado alcançado X \$ do indicador
Sanções	Não Oferta por causa administrativa/Mês – Multa de 10% do custo variável, em caso de reincidência, ou período superior a (30) dias, sujeito a não execução do Convênio podendo incorrer em rescisão, considerando a integralidade da assistência estará prejudicada.
Observações	

Agendamento dos atendimentos via CROSS/NIR	Agendar os atendimentos via sistema CROSS/NIR	100%		3
Pesquisa de satisfação do usuário > ou =	Aplicar questionário de Satisfação aos pacientes atendidos na 1ª consulta	90% de bom ou ótimo		3
Adesão as Metas de Identificação do Paciente	Usar etiqueta de identificação em 100% dos atendimentos ambulatoriais	100%	A equipe do Núcleo de Segurança do Paciente fará, juntamente com o gestor desse contrato, visitas mensais para auditar tal meta.	3
Taxa de adesão ao protocolo de Cirurgia Segura	Aplicar o check list de segurança do paciente em 100% dos pacientes operados por médicos desse serviço	100%	Apresentar o comprovante da realização do check-list assinado para enfermagem do Centro Cirúrgico do HGA.	3
PONTUAÇÃO TOTAL				12

Observação: Estas metas poderão ser alteradas, conforme nova pactuação do Contrato Programa ou nova Legislação vigente.

12 - AVALIAÇÃO/MONITORAMENTO DOS INDICADORES

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

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 | hgadiretoriaecnica@gmail.com

12.2. A aceitação dos serviços prestados pela **CONVENIADA** ficará vinculada a avaliação dos indicadores quantitativos, qualitativos e de desempenho acima previstos.

13. Cronograma de avaliação

Cronograma de Execução do POA			
Instância Destinatária	Instância Emissora/remetente	Data/Prazo limite De entrega	Evento/Prestação
Gestor Convênio	CONVENIADA	<u>10/</u> <u>(m+1)/2022</u>	Relatório Mensal de Produção
Gestor Convênio	CONVENIADA	<u>25/</u> <u>(m+2)/2022</u>	Prestação de Contas – Evolução Financeira
CONVENIADA	Gestor Convênio	<u>15/(m+2)/2022</u>	Entrega do parecer da Gestão quanto a Prestação apresentada da Produção, se houver glosas
Gestor Convênio	CONVENIADA	<u>22/(m+2)/2022</u>	Protocolização do Recurso de metas de Produção, se houver glosas
Gabinete Diretoria Técnica (Ordenador de Despesas)	Gestor Convênio	<u>05/(m+3)/2022</u>	Parecer final do Gestor sobre recurso da Conveniada
CONVENIADA	Gabinete Diretoria Técnica (Ordenador de Despesas) + Gestor Convênio	<u>10/(m+3)/2023</u>	Emissão para ciência de Parecer final para efetivação da Glosa

NOMENCLATURA

m: mês de competência da prestação do serviço pela **CONVENIADA**

m+1: mês subsequente à prestação do serviço

m+2: segundo mês subsequente à prestação do serviço

m+3: terceiro mês subsequente à prestação do serviço

13. ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS

13.1. Reunião com a Direção:

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

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

13.2. Reuniões com o Corpo Clínico

Avaliação qualitativa e discussão de casos (mensal ou na periodicidade que o gestor do convênio com a **CONVENIADA** houver por bem).

O Coordenador deverá participar das reuniões de corpo clínico e das comissões, a critério do Hospital, contribuindo efetivamente nas soluções para os problemas de ordem médico-administrativo, visando analisar e discutir os processos e riscos inerentes às atividades envolvidas.

A avaliação de desempenho será feita segundo os indicadores já discutidos acima.

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

14 - AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

14.1. Esse termo de referência tem como premissa o **CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE**. Para tanto, serão analisados os **DESFECHOS CLÍNICOS** relacionados a esses procedimentos e a valoração sofrerá interferência direta desses resultados. Tal proposta pretende diminuir as taxas de morbimortalidade dos pacientes ao longo deste

convênio, bem como melhorar a aplicação das metas de segurança do paciente que estão diretamente relacionadas a esse cuidado.

14.2. Nos primeiros 03 meses iniciais da vigência do convênio a **CONVENIENTE** procederá à análise das quantidades de procedimentos realizados pela **CONVENIADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação à quantidade mínima de consultas e procedimentos conforme descrito no item 11.

14.3. Da análise referida no item anterior, poderá resultar na necessidade de repactuação das quantidades de procedimentos estabelecidos e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qual poderá ser efetivada através de Termo Aditivo, dentro dos limites legais estabelecidos na legislação aplicável.

15 - DOS PREÇOS

15.1. A **CONVENIADA** deverá apresentar seus preços, unitário e mensal, para o satisfatório cumprimento da prestação de serviços especializada no gerenciamento técnico e administrativo do **SERVIÇO DE ATENDIMENTO TÉCNICO HOSPITALAR DE ASSISTÊNCIA À PACIENTES PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS E MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS**.

15.2. Na composição dos preços ofertados a **CONVENIADA** deverá

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

contemplar o adequado dimensionamento da equipe técnica que será alocada na execução das atividades (definidas no item 3), necessária e compatível com as diretrizes de atendimentos definidas neste Termo de Referência, de forma a dar cumprimento a todas as etapas de trabalho a serem desenvolvidas no serviço a que esse termo se refere.

16 - CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

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

- a)** 80% (oitenta por cento) do valor total do convênio serão pagos em 12 (doze) parcelas mensais, de acordo com o número mínimo de consultas e procedimentos realizados conforme descrição do item 9.
- b)** 20% (vinte por cento) do valor total do convênio serão pagos mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos demais indicadores de qualidade e desempenho conforme sua valoração estabelecida no quadro de Indicadores do item 9.

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

16.2. Os valores decorrentes do Convênio serão repassados à **CONVENIADA** mediante liberação de 12 (doze) parcelas mensais, de acordo o item 16.1, através de depósitos em conta específica para este convênio no Banco do Brasil, devendo o recurso financeiro recebido ser aplicado na:

- a) Utilização e Guarda dos Equipamentos** – Serão disponibilizados todos os equipamentos necessários ao perfeito funcionamento do serviço, sendo de responsabilidade da **CONVENIADA** a utilização e a guarda dos equipamentos, mas a manutenção preventiva e corretiva será de responsabilidade da **CONVENENTE**.
- b) Recursos Humanos** – Pagamento mensal de pessoal (salários, encargos sociais e benefícios, inclusive verbas rescisórias e ações trabalhistas).

c) **Educação Permanente** – É de responsabilidade da CONVENIADA a educação permanente de sua equipe de trabalho, de acordo com artigo 17 da RDC Nº 07/2010, sem ônus para a Secretaria Estadual da Saúde.

16.3. Os valores não aplicados às custas do contrato, deverá ser aplicado em conta específica e apresentado extratos bancários que comprove toda a movimentação da conta mensal e saldo em aplicação e seus rendimentos.

17. PRAZOS

17.1. Após assinatura do contrato a empresa deverá iniciar os serviços em até 05 (cinco) dias úteis nas dependências do Hospital Guilherme Álvaro.

17.2. O convênio será firmado por prazo inicial de 12 (doze) meses, contendo por termo inicial a data da assinatura, podendo o mesmo ser prorrogado por sucessivos períodos, iguais ou inferiores, a critério da **CONVENIENTE** até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme previsão legal.

18. - DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. A **CONVENIADA** deverá elaborar mensalmente, e disponibilizar para o Gestor do Contrato do HGA, até o 25º dia do mês antecedente ao da competência, escala dos profissionais designados para as funções estabelecidas no objeto deste convênio.

18.2. A **CONVENIADA** responsabilizar-se-á pela utilização criteriosa dos equipamentos disponibilizados pela CONVENIENTE, e deverá zelar pelo funcionamento dos mesmos, inclusive se responsabilizando financeiramente pelo reparo ou reposição, nos casos de comprovado dano devido ao mau uso, durante a vigência do contrato.

18.3. A **CONVENIADA** reportar-se-á administrativamente diretamente ao gestor do contrato a ser designado pelo HGA, o qual poderá nomear fiscais para

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

acompanhar a execução dos serviços das diversas áreas envolvidas. Para tanto, deverá designar, por escrito, preposto (s) que tenha (m) poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução do contrato.

18.4. As substituições dos profissionais, por motivo de férias, doenças, faltas e outros impedimentos, serão de responsabilidade da **CONVENIADA**, devendo os mesmos ser imediatamente repostos de modo a não causar prejuízos ao objeto contratado, bem comotodos os encargos trabalhistas.

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

Dr^a Mônica Mazzurana Benetti
Diretor Técnico de Saúde III
RG 10.485.895-09

ANEXO I - B
PLANILHA DE ORÇAMENTO

ESPECIALIDADES	QUANTITATIVO MENSAL	VALOR POR PROCEDIMENTO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Psicologia	15 consultas/mês			
	120 consultas/mês			
Fonoaudiologia	15 consultas/mês			
	120 consultas/mês			
Nutrição	5 consultas/mês			
	100 consultas/mês			
Ortopedia Funcional dos Maxilares	5 consultas/mês			
	10 consultas/mês			
Odontologia Clínica	5 consultas/mês			
	100 consultas/mês			
Ortodontia	30 consultas/mês			
	140 consultas/mês			
Cirurgia Plástica	8 procedimentos/mês			
	8 consultas/mês			
	80 consultas/mês			
Puericultura Preventiva/Brinquedoterapia	10 consultas/mês			
Enfermagem	5 retornos/mês			
Otorrinolaringologista	5 consultas/mês			
	100 retornos/mês			
Assistente social	15 consultas/mês			
	120 retornos/mês			
Pedagoga/Brinquedoteca	1 projeto/mês			
TOTAL				R\$ 0,00

ANEXO I - C

EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS CEDIDOS PELO HOSPITAL

Chapa	Descrição do Item	Descrição da Divisão	Data do Último Histórico
37770	ARMARIO DE ACO	CTMC	28/02/2020
41527	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41768	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
28259	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28260	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28252	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28248	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
41777	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41782	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41519	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41540	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
30774	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41765	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
27340	MESA DE REFEITORIO	CTMC	28/02/2020
31010	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
35308	CADEIRA GIRATORIA	CTMC	28/02/2020
41783	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41785	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41763	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41771	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41510	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41516	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41518	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41524	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41551	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41769	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41776	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41767	CADEIRA FIXA	CTMC	14/09/2020
41770	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41542	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
41764	CADEIRA FIXA	CTMC	08/09/2020
28249	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28251	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28257	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28262	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28264	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
32939	SUPORTE PARA TV E MONITOR	CTMC	28/02/2020
25424	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28254	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
28261	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
25425	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
25427	CONDICIONADOR DE AR	CTMC	28/02/2020
36064	Tesoura Cirurgica	CTMC	28/02/2020
32377	PINCA	CTMC	28/02/2020
32386	PINCA	CTMC	28/02/2020
32378	PINCA	CTMC	28/02/2020
32380	PINCA	CTMC	28/02/2020
32388	PINCA	CTMC	28/02/2020
32382	PINCA	CTMC	28/02/2020
32375	PINCA	CTMC	28/02/2020
32381	PINCA	CTMC	28/02/2020
32384	PINCA	CTMC	28/02/2020
32376	PINCA	CTMC	28/02/2020
32379	PINCA	CTMC	28/02/2020
32385	PINCA	CTMC	28/02/2020
32387	PINCA	CTMC	28/02/2020
32383	PINCA	CTMC	28/02/2020
32389	PINCA	CTMC	28/02/2020
36060	BANDEJA PARA INSTRUMENTAL	CTMC	28/02/2020
36061	BANDEJA PARA INSTRUMENTAL	CTMC	28/02/2020
28193	BALANCA ANTROPOMETRICA	CTMC	28/02/2020

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriaticnica@gmail.com

36063	BANDEJA PARA INSTRUMENTAL	CTMC	28/02/2020
36062	BANDEJA PARA INSTRUMENTAL	CTMC	28/02/2020
35220	FOTOPOLIMERIZADOR	CTMC	28/02/2020
36065	Caixa cirurgica	CTMC	28/02/2020
34730	OTOSCOPIO	CTMC	28/02/2020

ANEXO I-D

1. Metodologia de Pontuação - Metas Qualitativas

1.1. As metas qualitativas, estabelecidas em capítulo próprio do Termo de Referência, responderão por 20% da PARTE VARIÁVEL, perfazendo um total de (05) metas com pontuação específica.

1.2. No quesito agendamento:

1.2.1. 100% da oferta de Primeira Consulta deverão ser realizadas através da confecção da agenda em consonância com o número previsto neste Termo de Referência e disponibilizado, ou seja, sem bloqueios até a data pactuada em conformidade com as regras da Secretaria de Estado e alterações posteriores, no sistema CROSS ou o que vir a substituí-lo pela CONVENIENTE, informamos que há integração junto ao sistema de prontuário eletrônico utilizado pela Unidade para esta ação;

1.2.2. 100% da agenda de retorno e interconsultas deverão ser confeccionadas na agenda CROSS e INPUT, ou sistema que vir a substituí-los pela CONVENIENTE, dentro dos prazos pré-estabelecidos no subitem anterior;

1.2.3. É obrigatório todas as informações registradas em sistema CROSS e prontuário eletrônico – INPUT, ou sistema que vir a substituí-los pela CONVENIENTE, sendo CROSS a parte de recepção e ciclo do paciente e no INPUT além dos já lançados junto ao CROSS, todos os atendimentos e informações sobre deverão constar registros, visto ser o prontuário eletrônico do paciente.

1.2.4. Deverão ser emitidos relatórios comprobatórios do Sistema CROSS que comprovem os agendamentos e atendimentos do mês de Competência, devendo ser entregue junto a prestação de contas no quesito Produção.

Caso não ocorra o cumprimento de um quesito definido com entrega mensal ou semestral, deverá ser descontado o valor correspondente a soma dos meses pontuados na competência da entrega.

§ 3º. Será realizada a soma aritmética da pontuação correspondente a estas ações e indicadores referentes à competência do mês anterior. Sendo a pontuação máxima possível de 100 pontos (conforme especificado em tabela abaixo).

METAS QUALITATIVAS			
	Ações	Indicadores	Total
Produzir número de consulta/mês	01	22	88
Agendamento dos atendimentos via CROSS/NIR	01	01	03
Pesquisa de satisfação do usuário > ou =	01	01	03
Adesão as Metas de Identificação do Paciente	01	01	03
Taxa de adesão ao protocolo de Cirurgia Segura	01	01	03
TOTAL (Pontuação)	05	27	100

ANEXO II

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

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Chamamento Público nº 002/2021

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

_____, _____ de _____ de _____.

(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

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

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE DE CARGOS E FUNÇÕES

Eu, _____ (nome do representante legal) _____, **declaro**, com base no artigo 26, parágrafo 4º, da Lei Federal nº. 8.080/1990, que não exerço cargo de chefia ou função de confiança, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Assumo total e inteira responsabilidade pela declaração acima

_____, ____ de _____ de _____.

(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

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

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS TERMOS

Pelo presente instrumento, _____ (nome da instituição) _____, CNPJ nº _____, com sede _____ (endereço) _____, através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO nº 002/2021, cujo objeto é a **CELEBRAÇÃO PARA CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE Fortalecimento do Desenvolvimento das Ações e Serviços de Assistência à Saúde prestados aos usuários do SUS na RRAS 7, composta pelas regiões da Baixada Santista e Registro que perfaz cerca de 2,1 milhões de habitantes, com aporte de recursos financeiros para viabilizar a Manutenção e Gerenciamento do ATENDIMENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À PACIENTES PORTADORES DE LESÕES LABIOPALATAIS E MALFORMAÇÕES CRANIOFACIAIS, EM REGIME AMBULATORIAL E DE INTERNAÇÃO**, declara, sob as penas da lei, que:

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

_____, _____ de _____ de _____.

(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

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

ANEXO V

MODELO DE FICHA CADASTRAL

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

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

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE ESPECÍFICA

D E C L A R A Ç Ã O

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

_____, _____ de _____ de _____.

(identificação e assinatura do representante legal da instituição)

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

ANEXO VII

MINUTA DE CONVÊNIO

Convênio n.º _____/_____.

Processo n.º:

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

Pelo presente instrumento o **Estado de São Paulo**, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representado pelo seu Secretário, _____, brasileiro, casado, médico, portador do RG. n.º _____, CPF n.º _____, doravante denominada SECRETARIA e do outro lado o _____, C.N.P.J. n.º _____, com endereço a _____, e com estatuto arquivado no _____ Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da _____, sob n.º _____, neste ato representado por seu Presidente, _____, (qualificação), portador do RG. n.º _____, CPF. n.º _____, doravante denominado CONVENIADA, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, na Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis n.º. 8080/90 e 8142/90, Lei Federal n.º 8.666/1993, Decreto Estadual n.º 66.173/2021, alterado pelo Decreto n.º 62.032, de 17/06/2016, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e em conformidade com o credenciamento da CONVENIADA, mediante Edital de Chamamento Público n.º _____ promovido pela Secretaria da Saúde, através do _____, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente convênio tem por objetivo a **conjugação de esforços dos convenentes** visando o fortalecimento do desenvolvimentos das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região da Baixada Santista e Vale do Ribeira, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com CUSTEIO para o **Gerenciamento de Serviço de Atendimento Técnico Hospitalar de Assistência à Pacientes Portadores de Lesões Labiopalatais e Malformações Craniofaciais no Hospital Guilherme Álvaro**, conforme Plano de Trabalho anexo, que integra o Presente.

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 | hgadiretoriatecnica@gmail.com

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENENTE

São atribuições da Convenente:

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

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

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

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

V - analisar os relatórios financeiros e de resultados;

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA

São atribuições da CONVENIADA:

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

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

III - aplicar os recursos financeiros repassados pela CONVENENTE, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, exclusivamente na execução do objeto do ajuste e na forma prevista no plano de trabalho;

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

V - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis, assegurando-se o direito de regresso contra o

responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

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

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

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

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

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

X- manter registros, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao objeto do convênio;

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

XII - utilizar os bens materiais e serviços custeados com recursos públicos vinculados à parceria em conformidade com o objeto pactuado;

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

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

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

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

- 1) utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pela CONVENIENTE para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

- 2) realizar despesa em data anterior à vigência do instrumento;
- 3) efetuar pagamento em data posterior à vigência deste instrumento.
- 4) realizar qualquer cobrança direta ou indireta ao paciente vinculado ao SUS por qualquer serviço referente a assistência a ele prestada nas dependências da **CONVENIADA**;
- 5) efetuar pagamento a qualquer título a pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do convênio ou sem a devida contraprestação laborativa;
- 6) aplicar os recursos com despesas de taxas de administração ou assemelhada, tarifas, juros moratórios e multas e honorários advocatícios;
- 7) utilizar os recursos repassados para locação de imóvel;
- 8) celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e ainda com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual.
- 9) contratar a prestação de serviço ou fornecimento de bens com a empresa que tenha entre seus empregados cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, daqueles que exercem cargos em comissão de direção ou assessoramento vinculados aos quadros da CONVENENTE ou da CONVENIADA;
- 10) aplicar os recursos repassados com despesas de: taxas administrativas, tarifas, juros moratórios, multas, pagamento de dívidas anteriormente contraídas, recursos humanos não envolvidos na consecução do objeto do convênio, consultorias e honorários advocatícios.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA QUARTA - DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

UGE: 090196

Programa de Trabalho: 10.302.0930.6213.000

Natureza de despesa: 33 50 43

Fonte de Financiamento – Fundo Estadual de Saúde

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

PARÁGRAFO SEGUNDO – A liberação dos recursos está condicionada à inexistência de registros em nome da CONVENIADA junto ao CADIN ESTADUAL, de acordo com o Parágrafo Único do Artigo 19 da Portaria Conjunta CAF – CCE – CO 01, de 21/01/2015. O cumprimento desta condição poderá se dar pela comprovação, pela CONVENIADA, de que os registros estão suspensos, nos termos do artigo 8º, da Lei estadual nº 12.799/2008.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A liberação dos recursos de que trata esta cláusula, fica condicionada a apresentação mensal do Relatório de Execução, que deverá ser validado pela Unidade.

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

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

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

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

I - no período correspondente ao intervalo entre a transferência dos recursos e a sua efetiva utilização, os valores correspondentes deverão ser aplicados, por intermédio do Banco do Brasil S/A ou outra instituição financeira que venha a funcionar como Agente Financeiro do Tesouro do Estado, em caderneta de poupança, se o seu uso for igual ou superior a 1 (um) mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto, lastreada em títulos da dívida pública, quando a sua utilização verificar-se em prazos inferiores a um mês;

II - quando da prestação de contas tratada na cláusula sexta, deverão ser anexados os extratos bancários contendo o movimento diário (histórico) da conta, juntamente com a documentação referente à aplicação das disponibilidades financeiras, a serem fornecidos pela instituição financeira indicada;

III - o descumprimento do disposto neste parágrafo obrigará a CONVENIADA à reposição ou restituição do numerário recebido, acrescido da remuneração da caderneta de poupança no período, computada desde a data do repasse até a data do efetivo depósito;

IV - as notas fiscais/faturas ou comprovantes de despesas efetuadas para a execução do objeto do Convênio serão emitidas em nome da CONVENIADA, conforme o caso, devendo mencionar o número do presente Convênio SES.

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

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

I - avaliar e;

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

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

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

V - solicitar, quando necessário, reuniões extraordinárias e realizar visitas técnicas no local de realização do objeto do convênio com a finalidade de obter informações adicionais que auxiliem no desenvolvimento dos trabalhos;

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

CLÁUSULA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

- I** - Quadro demonstrativo discriminando a receita e a despesa;
- II** - Relação dos pagamentos efetuados;
- III** - Relação de bens adquiridos;
- IV** - Conciliação de saldo bancário;
- V** - Cópia do extrato bancário da conta específica;
- VI** - Relatório de atendimento contendo o comparativo entre as metas pactuadas e as metas realizadas.

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

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

- I** - Relatório consolidado das atividades desenvolvidas no período, em conformidade com as ações previstas no Plano de Trabalho;
- II** - Relação dos pagamentos efetuados com os recursos financeiros liberados pela CONVENIENTE, acompanhados dos respectivos comprovantes de realização das despesas.

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

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

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

PARÁGRAFO SEXTO - A prestação de contas final deverá ser apresentada à CONVENIENTE em até 30 (trinta) dias do término da vigência do convênio e de cada uma de suas eventuais prorrogações, na forma exigida pelo Tribunal de Contas do

Estado de São Paulo, observadas, ainda, as normas complementares editadas pela CONVENENTE.

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

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DO GESTOR DO CONVÊNIO

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

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

II - Informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas do convênio e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

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

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

CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES DO CONVÊNIO

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

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de **12 (doze) meses**, tendo por termo inicial a data de assinatura, podendo o mesmo ser prorrogado por sucessivos períodos, iguais ou inferiores, a critério da Conveniente, até o limite de 5 (cinco) anos, mediante termo aditivo, nos termos da alínea “g”, do item 3, do parágrafo primeiro do artigo 10º, do Decreto 66.173/2021.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A vigência do presente Convênio nos exercícios financeiros subsequentes ao de sua assinatura estará condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Estado e/ou da União.

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

CLÁUSULA DÉCIMA – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

Este Convênio poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, por infração legal, ou pela superveniência de norma legal, ou ainda denunciada por ato unilateral, mediante notificação prévia de **30 (trinta)** dias, respeitada a obrigatoriedade de prestar contas dos recursos já recebidos.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS SALDOS FINANCEIROS REMANESCENTES

Quando da conclusão, denúncia ou rescisão do presente convênio, não tendo ocorrido à utilização total dos recursos recebidos da CONVENENTE, fica a entidade obrigada a restituir, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, contados da data da finalização do presente convênio, sob pena de imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras, acrescidos da remuneração da caderneta de poupança, computada desde a data do repasse e até a data da efetiva devolução, devendo encaminhar a guia respectiva à CONVENENTE, sem prejuízo das demais responsabilidades, inclusive financeiras, a cargo dos partícipes.

PARÁGRAFO ÚNICO – A não restituição e inobservância do disposto no caput desta cláusula ensejará a imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, sem prejuízo da inscrição da entidade no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais – CADIN estadual, nos termos da Lei nº 12.799, de 11 de janeiro de 2008.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

PARÁGRAFO PRIMEIRO

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

PARÁGRAFO SEGUNDO

Considerando a natureza dos dados tratados, as características específicas do tratamento e o estado atual da tecnologia, assim como os princípios previstos no caput do art. 6º da Lei Federal nº 13.709/2018, a CONVENIADA deve adotar, em

relação aos dados pessoais, medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados e informações de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

PARÁGRAFO TERCEIRO

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

PARÁGRAFO QUARTO

A CONVENIADA deve:

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

PARÁGRAFO QUINTO

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

PARÁGRAFO SEXTO

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

PARÁGRAFO SÉTIMO

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

PARÁGRAFO OITAVO

Na ocasião do encerramento deste Convênio, a CONVENIADA deve, imediatamente, ou, mediante justificativa, em até 10 (dez) dias úteis da data de seu encerramento, devolver todos

os dados pessoais ao CONVENENTE ou eliminá-los, conforme decisão do CONVENENTE, inclusive eventuais cópias de dados pessoais tratados no âmbito deste Convênio, certificando por escrito, ao CONVENENTE, o cumprimento desta obrigação.

PARÁGRAFO NONO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO

É vedada a transferência de dados pessoais, pela CONVENIADA, para fora do território do Brasil.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

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

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

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

Presidente da Instituição

Secretário de Estado da Saúde

Testemunhas:

ANEXO VIII
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

Processo: SES-PRC-2021/24717

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: Secretaria de Estado da Saúde

ENTIDADE CONVENIADA: _____

Convênio nº 00/000

OBJETO: Fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região da Baixada Santista e Vale do Ribeira, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com CUSTEIO para o **Gerenciamento de Serviço de Atendimento Técnico Hospitalar de Assistência à Pacientes Portadores de Lesões Labiopalatais e Malformações Craniofaciais no Hospital Guilherme Álvaro.**

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2020 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

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

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

São Paulo, de de 20__.

Responsáveis que assinaram o ajuste:

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: _____

Cargo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: _____

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: _____

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: _____

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

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

ANEXO IX
PLANO DE TRABALHO

I – INTRODUÇÃO

a) Breve Histórico da Instituição

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

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

b) Características da Instituição

Participação no SUS.

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

II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS

a) Entidade

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

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

B) Responsáveis

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

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

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

III - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ÓRGÃO INTERVENIENTE / RESPONSÁVEIS

a) **Órgão Interveniente**

<i>Órgão Interveniente</i> <i>Não se aplica</i>				
<i>CNPJ</i>				
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i>				
<i>Endereço</i>				
<i>Cidade</i>				<i>UF</i>
<i>Cidade</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>DDD/Telefone</i>	<i>E-mail</i>

b) **Responsáveis**

<i>Responsável pela Instituição Interveniente</i>

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

IV – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

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

a) Identificação do Objeto

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

Exemplos:

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

b) Objetivo

Exemplo: Veículo

Questões	Respostas
O que se pretende alcançar?	
Como?	

c) Justificativa

Explicar a necessidade de execução.

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

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

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

Uma justificativa conter o seguinte contexto:

Exemplo

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

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

d) Metas a Serem Atingidas

Descrever o resultado esperado com este Plano de Trabalho.

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

Exemplos de Metas Quantitativas:

META <i>(Passo a passo que demonstrará alcance do objetivo)</i>	DESCRIÇÃO das ações para atingir a meta	INDICADOR DE ALCANCE DA META <i>(cálculo ou relatório para identificar se a meta foi alcançada)</i>
Eliminar 80% da demanda reprimida de 1200 cirurgias eletivas Eliminar 80% da fila de 1200 cirurgias em demanda reprimida.	Disponibilizar equipe especializada para realização de cirurgias.	Quantidade de cirurgias realizada no período / Demanda reprimida pacientes que estão aguardando para realizar a cirurgia eletiva x100.

Exemplos de Metas Qualitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META <i>(cálculo para identificar se a meta foi alcançada)</i>
Aumentar de 70% para 90% o índice de satisfação "ótima" dos usuários SUS em 6 meses.	Aplicar pesquisa de satisfação aos usuários SUS de acordo com os critérios especificados em norma interna.	Quantidade de Usuários com avaliação ótima no período / Quantidade Total de Usuários que participaram dos serviços nos ultimo 06 meses.

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META <i>(cálculo para identificar se a meta foi alcançada)</i>

e) Etapas ou Fases de Execução

Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros.

Exemplo:

ETAP A	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	APLICAÇÃO
1	Contratar Prestação de serviços de uma equipe especializada	1 mês	140.000,00
2	Adquirir material médico hospitalar	2 meses	110.000,00
Total			250.000,00

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

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

Exemplo:

ORDE M	OBJETO	VALOR	%
1	Consumo		
	Material Hospitalar		
	Material de Escritório		
	Material de Limpeza		
2	Prestação de Serviços		

ORDE M	OBJETO	VALOR	%
	Prestação de serviços de uma equipe especializada.		
	Benefícios		
	Total		

V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (preencher a tabela)

Desmembrar por natureza de despesa (custeio).

Mês	OBJETO	CONCEDENTE
1	Custeio	R\$ 0,00
	Total	R\$ 0,00

VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: Data da Assinatura do Convênio
- Duração: 12 meses

VI – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de

HOSPITAL GUILHERME ALVARO

Rua: Dr. Oswaldo Cruz, 197 CEP 11045-904 | Santos, SP | Fone: (13) 3202-1301 |
hgadiretoriatecnica@gmail.com

recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Data da Assinatura ____/____/20__

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

Assinatura do responsável pela Entidade
confecção o Plano de Trabalho

Assinatura do responsável

VII – ANALISADO E APROVADO TÉCNICAMENTE NESTA UNIDADE

Data de Assinatura ____/____

Assinatura do Diretor da Unidade

VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA

Data da Assinatura ____/____/20__

Ordenador de Despesa

IX – APROVAÇÃO – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Data da Assinatura ____/____/20__

Secretário de Estado da Saúde

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

ANEXO X

DECLARAÇÃO DE PATRIMÔNIO

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

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

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

ANEXO XI

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE IMPEDIMENTOS

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

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

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

ANEXO XII

DECLARAÇÃO SOBRE QUADRO DIRETIVO DA INSTITUIÇÃO

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

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

ANEXO XIII

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO POR NÃO REALIZAR A VISITA TÉCNICA

(elaborado pelo Entidade)

Eu, _____, portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, na condição de representante legal de _____ (*nome Instituição*), interessado em participar do Chamamento Público nº 002/2021, Processo nº SES-PRC-2021/24717, **DECLARO** que a Instituição não realizou a visita técnica prevista no Edital e que, mesmo ciente da possibilidade de fazê-la e dos riscos e consequências envolvidos, optou por formular a proposta sem realizar a visita técnica que lhe havia sido facultada.

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