**PROCESSO DE SELEÇÃO DE EMPRESA MÉDICA N.º 001/2019**

**PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL, PEDIATRIA, ORTOPEDIA e COORDENADOR MÉDICO, PARA ATENDER AS DEMANDAS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) PRINCESA ISABEL, MUNICÍPIO DE PRINCESA ISABEL/PB – CONTRATO DE GESTÃO Nº 62/2019.**

**Entrega das Propostas: Do dia 06/05/2019, no endereço da Unidade de Pronto Atendimento – UPA de PRINCESA ISABEL, Rua Alfredo Carlos da Costa, s/nº, Maia, no Município de PRINCESA ISABEL – PB, das 10:00 horas às 16:00 horas, contendo no assunto “Processo Seleção de Empresa Médica nº 001/2019/Unidade De Pronto Atendimento (UPA) PRINCESA ISABEL, Município De PRINCESA ISABEL/PB”, procurar por VALDERI FERREIRA DA SILVA.**

1. **COMUNICAÇÃO E OBJETO**
   1. O **INSTITUTO ACQUA** - AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE, URBANA E AMBIENTAL, em cumprimento ao Contrato de Gestão nº 62/2019, comunica a realização de Processo de Seleção, visando a *Contratação de empresa especializada na prestação de SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL, PEDIATRIA, ORTOPEDIA e COORDENADOR MÉDICO para atender as demandas da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PRINCESA ISABEL, MUNICÍPIO DE PRINCESA ISABEL/PB*, de acordo com os quantitativos e especificações contidas neste edital, conforme Planilha a seguir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **CLÍNICO GERAL** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** | **QUANTIDADE** |
| **OBJETO** |
|  |  |
| Serviço médico especializado em **CLÍNICO GERAL** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina; | 1. Atendimento presencial, em regime de plantão 12 horas diurno e 12 horas noturno; com experiencia mínima de 02 anos nessa assistência. 31 plantões diurnos e 31 plantões noturno.  2. Acompanhamento de pacientes em observação da unidade dentro do plantão.  3. Atendimento presencial, em regime de 4 horas diárias, perfazendo carga horária semanal de 20 horas. com experiencia mínima de 01 ano nessa assistência. | **1 (um) Profissional DIA**  **1 (um) Profissional NOITE**  **1 (um) profissional diarista** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **ORTOPEDISTA** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** | **QUANTIDADE** |
| **OBJETO** |
|  |  |
| Serviço médico especializado em **ORTOPEDIA** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina; | 1. Atendimento presencial, em regime de plantão 12 horas diurno e 12 horas noturno; com experiencia mínima de 02 anos nessa assistência. 31 plantões diurnos e 31 plantões noturno.  2. Acompanhamento de pacientes em observação da unidade dentro do plantão. | **1 (um) Profissional DIA**  **1 (um) Profissional NOITE** |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **PEDIATRIA** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** |  |
| **OBJETO** | **QUANTIDADE** |
|  |
| Serviço médico especializado em **PEDIATRIA** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina;  2. Título de especialista em Pediatria, reconhecido pela SBP. | 1. Atendimento presencial, em regime de plantão 12 horas diurno e 12 horas noturno; com experiencia mínima de 02 anos nessa assistência. 31 Plantões diurnos e 31 plantões noturnos  2. Acompanhamento de pacientes em observação da unidade dentro do plantão.  3. Atendimento presencial, em regime de 4 horas diárias, perfazendo carga horária semanal de 20 horas, com experiencia mínima de 01 ano nessa assistência. | **01 (um) Profissional DIA**  **01 (um) Profissional NOITE e**  **01 (um) profissional diarista** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **COORDENADOR MÉDICO** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** |  |
| **OBJETO** | **QUANTIDADE** |
|  |
| Serviço médico especializado em **COORDENAÇÃO MÉDICA** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina;  2. Especialista na área específica, ter formação em gestão de serviços de saúde, com experiência mínima de 2 anos em coordenação de serviço. | 1. Carga Horária seminal de 40 horas | **01 (Um) Profissional** |

**ATRIBUIÇÕES:**

**Médico DIA / NOITE**

* Garantir assistência na Clínica Médica e a Classificação de Risco.
* Atender as urgências e emergências da sala vermelha
* Seguir as normas técnicas estabelecidas em comum acordo entre o coordenador e os demais membros da equipe, cumprindo os protocolos definidos em reuniões científicas;
* Realizar os trabalhos de sua competência, orientando e supervisionando as atividades técnicas da clínica inclusive dos médicos residentes;
* Comunicar ao coordenador da clínica as ocorrências propondo medidas de solução;
* Atender bem aos pacientes mantendo elevados os conceitos da clínica;
* Realizar as prescrições médicas e evoluções diárias;
* Realizar o diagnóstico e tratamento das pacientes sob sua responsabilidade;
* Solicitar exames especializados, se necessário;
* Elaborar relatórios médicos e atestados de incapacidade dos pacientes sob sua responsabilidade;
* Atender as consultas solicitadas (interconsultas) por outras equipes;
* Manter os princípios éticos nas atividades, primando pela autonomia profissional, sempre em benefício da paciente;
* Participar de Programas de Assistência Multidisciplinar às pacientes e familiares, principalmente nas atividades de educação para a saúde;
* Participar da Comissão de Ética quando considerado ou indicado;
* Orientar trabalhos científicos visando a qualidade da assistência;
* Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho;
* Solicitar transferência do paciente caso haja necessidade, mantendo contato com a equipe que irá receber e transferir a paciente, com relatório médico completo contendo história clínica e exames realizados;

**Médico Diarista**

* Assistir integralmente as pacientes na fase de observação Clínica;
* Realizar diariamente visita, evolução e prescrição médica para as pacientes sob sua responsabilidade;
* Solicitar exames de rotina e especializados, quando necessário, com prescrição das condutas apropriadas;
* Orientar a equipe de enfermagem na realização de cuidados específicos;
* Solicitar com antecedência à equipe de enfermagem os materiais que irá necessitar para realizar procedimentos;
* Preencher os formulários e impressos padronizados do hospital tanto na admissão quanto na alta da paciente;
* Responder aos pareceres médicos quando solicitado;
* Fazer orientações específicas para a paciente/responsáveis na ocasião da alta;
* Cumprir os protocolos aprovados em reuniões científicas da equipe;
* Manter os princípios éticos nas suas atividades, primando pela autonomia profissional, em benefício da paciente;
* Participar de Comissões Internas Hospitalares quando indicado;
* Seguir os protocolos de antibioticoterapia, designados pela clínica e SCIH;
* Contribuir para o aperfeiçoamento de profissionais da Clínica e na busca de conhecimentos novos, específicos e correlatos;
* Zelar pelo uso de materiais e equipamentos do hospital;
* Notificar o SCIH os casos de infecção hospitalar;
* Emitir parecer técnico quanto a materiais e/ou equipamentos relacionados à especialidade, sempre que solicitado;
* Participar de reuniões mensais promovidas pela coordenação, contribuindo de forma ativa nas discussões técnicas; e
* Acompanhar diariamente os pacientes da observação.
* Seguir as normas técnicas estabelecidas em comum acordo entre o coordenador e os demais membros da equipe, cumprindo os protocolos definidos em reuniões científicas;

**Médico Coordenador**

* Organizar, regulamentar, coordenar e supervisionar as atividades assistenciais específicas da Clínica;
* Assessorar a Direção Técnica do Hospital propondo sugestões para o aprimoramento da assistência;
* Prover meios necessários para as necessidades da Clínica, intercedendo junto às instâncias administrativas e técnica para a obtenção das mesmas;
* Elaborar normas, rotinas e protocolos de funcionamento da Clínica, submetendo-as à aprovação da Diretoria Técnica;
* Instituir e implementar protocolos assistenciais, padronizando condutas diagnósticas e terapêuticas.
* Zelar pela qualidade técnica da assistência prestada aos pacientes da Clínica, imprimindo um atendimento humanizado no processo;
* Representar os médicos da Clínica junto à Diretoria Técnica intermediando pleitos e reivindicações;
* Garantir o cumprimento das tarefas assistenciais e das escalas de serviço, provendo a substituição de eventuais faltas;
* Assumir atitude de correção de falhas ou omissões assistenciais;
* Encaminhar à Comissão de Ética as situações pertinentes, com o devido conhecimento e aprovação do Diretor Técnico do Hospital;
* Supervisionar o processo de internação dos pacientes na Clínica;
* Promover reuniões periódicas da equipe interdisciplinar que desenvolve atividades na Clínica, resolvendo os casos clínicos e avaliando tudo que se relacione a uma assistência eficaz;
* Promover atividades de aperfeiçoamento técnico da equipe sob sua responsabilidade;
* Estimular atitudes pró-ativas da equipe e de cooperação com os demais serviços ;
* Comunicar o Diretor Técnico sobre os problemas e correções adotadas na Clínica;
* Sugerir o ingresso e/ou desligamento de membros de sua equipe;
* Assegurar assistência integral geral e especializada aos pacientes da Clínica em todas as fases de atendimento;
* Estabelecer um programa de trabalho obedecendo às diretrizes;
* Estabelecer critérios para avaliar a qualidade da assistência prestada, através de supervisão sistemática dos serviços, bem como de relatórios mensais de análise crítica dos indicadores de resultados da Clínica;
* Propor e discutir com a equipe normas para indicações de internações, altas, conduta terapêutica, solicitação de exames complementares e orientação de especialistas, com base na saúde baseada em evidência;
* Promover o trabalho integrado da equipe multidisciplinar;
* Solicitar e/ou emitir parecer técnico referente ao material ou equipamento utilizado na Clínica;
* Supervisionar orientar e incentivar as atividades acadêmicas e de pesquisa na unidade; e
* Elaborar escalas de serviço, férias, sobreaviso e licença dos médicos da Clínica, provendo assistência continua.

**2. DA ENTREGA DAS PROPOSTAS**

2.1. Os interessados deverão entregar a documentação necessária até as 18 horas do do 06/05/2019 no endereço da Unidade de Pronto Atendimento – UPA de PRINCESA ISABEL, Rua Alfredo Carlos da Costa, s/nº, Maia, no Município de PRINCESA ISABEL – PB, procurar por VALDERI FERREIRA DA SILVA em 02 envelopes distintos contendo 1º (envelope) documentos de Habilitação e 2º (envelope) Proposta Técnica e Preço, devendo ser realizado, de cor opaca, devidamente fechados e rubricados no fecho, contendo em suas partes externas e frontais, em caracteres destacados, os seguintes dizeres:

**ENVELOPE 01 DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

**AO INSTITUTO ACQUA- AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE, URBANA E AMBIENTAL**

**ENVELOPE Nº 01 - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO N.º 001/2019**

**RAZÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**

**ENVELOPE 02 PROPOSTA TÉCNICA E PREÇO**

**AO INSTITUTO ACQUA- AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE, URBANA E AMBIENTAL**

**ENVELOPE Nº 02 PROPOSTA TÉCNICA PREÇO**

**PROCESSO SELETIVO N.º 001/2019**

**RAZÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**

2.2. Caso haja dúvida quanto a idoneidade de quaisquer dos documentos apresentados, poderá ser exigida a via original, substituível apenas por cópia publicada em órgão de imprensa oficial ou certificada eletronicamente, ou ainda por cópia autenticada em Cartório competente.

**3. FUNDAMENTO LEGAL, TIPO E REGIME DE CONTRATAÇÃO**

3.1. O presente PROCESSO SELETIVO será regido pelos princípios do artigo 37, *caput,* da CF/88, e Regulamento de Compras do Instituto ACQUA, pelo presente Edital e por seus Anexos;

3.2. Tipo de PROCESSO SELETIVO: **TÉCNICA E PREÇO.**

3.3. Regime de Contratação: **PAGAMENTO MENSAL**.

**4. PARTICIPAÇÃO**

4.1. Respeitadas as normas vigentes e as condições constantes neste Edital e em seus Anexos, poderá participar deste Processo qualquer empresa médica legalmente estabelecida no País, com objeto similar ao contratado, **exceto empresas**:

4.1.1. **Declarada inidônea** por órgão ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;

4.1.2. Suspensa de contratar com Órgãos Públicos;

4.1.3. Concordatária ou em processo falimentar, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

4.1.4. Submissa a concurso de credores, em liquidação ou em dissolução;

4.1.5. Cujos diretores, responsáveis legais ou técnicos, membros de conselho técnico, consultivo, deliberativo ou administrativo ou sócios que pertençam, ainda que parcialmente, à empresa do mesmo grupo que esteja participando deste Processo;

4.1.6. Cujos diretores, responsáveis legais ou técnicos, membros de conselho técnico, consultivo, deliberativo ou administrativo ou sócios das concorrentes sejam funcionário do INSTITUTO ACQUA, ou tenham grau de parentesco com estes.

4.1.7. Também está vedada participação de qualquer entidade do terceiro setor, ou cooperativa, ou outra organização sem fins lucrativos, tais como Fundação, Associação, etc.

**5. DAS INFORMAÇÕES**

5.1. O instrumento com as condições para participação e seus Anexos poderão ser adquiridos no endereço eletrônico [www.institutoacqua.org.br](http://www.institutoacqua.org.br).

5.2. Os esclarecimentos e informações relativas ao presente processo, incluindo as dúvidas de ordem técnica, deverão ser formulados por escrito, até 02 (dois) dias úteis antes da data limite para entrega dos documentos e encaminhados por e mail [compras.sp@acqua.org.br](mailto:compras.sp@acqua.org.br) até as 16:00 hs do dia 02/05/2019, na solicitação a empresa deverá preencher que referente a qual edital se trata e inserir seus dados CNPJ / Pessoa Responsável / Email de contato e Telefone.

**6. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**

6.1. Os Documentos de Habilitação (ENVELOPE 01) deverão ser entregues em invólucro não transparente, devidamente lacrado e rubricado no fecho.

6.2. Os interessados deverão apresentar os seguintes Documentos de Habilitação para participar do presente Processo:

6.2.1. A **habilitação jurídica** será comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

6.2.1.1. **Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor ou sua última alteração e respectiva consolidação**, devidamente registrados na Junta Comercial, em se tratando de sociedades empresárias; e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

6.2.1.2. **Registro comercial na Junta Comercial**, para empresas individuais;

6.2.1.3. **Inscrição do ato constitutivo devidamente acompanhado de prova de diretoria em exercício**, no caso de sociedades civis.

6.2.2. **A regularidade fiscal será comprovada** mediante a apresentação da seguinte documentação:

6.2.2.1. **Prova de Inscrição no CNPJ** (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) com situação cadastral regular;

6.2.2.2. **Comprovação de regularidade para com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal** da Sede da Concorrente através de Certidões Negativas a serem apresentadas juntamente com a Certidão Quanto à Dívida Ativa da União;

**6.2.2.3.** **Prova de regularidade relativa aos tributos federais** e **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço** (CRF do FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

**6.2.2.4. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas** expedidas pelo Tribunal Superior do Trabalho;

**6.2.3.** Deverá ser apresentada declaração devidamente assinada pelo representante legal da empresa no tocante aos itens 4.1.1 ao 4.1.6.

6.2.3. **A qualificação técnica** será comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

6.2.3.1. **Registro da Empresa Médica junto ao CRM** - Conselho Regional de Medicina de sua sede;

6.2.3.2. **Registro do Representante Médico da Empresa junto ao CRM** - Conselho Regional de Medicina, sendo responsável técnico, preferencialmente, capacitado na especialidade médica que irá concorrer.

6.2.4. **A capacidade econômica e financeira** será comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

6.2.4.1. **Certidão negativa de falência** ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física.

6.2.4.2. **Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis** ou Speed fiscal eletrônico do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, que comprove a boa situação financeira.

**7. DA PROPOSTA TÉCNICA**

7.1. Todos os interessados deverão entregar a Proposta Técnica (ENVELOPE 02), em 01 (uma) via, a ser entregue em envelope opaco, devidamente fechado e rubricado no fecho, contendo os documentos concernentes à especialização da equipe técnica que será disponibilizada.

7.2. Na análise das Propostas Técnicas será levado em conta a qualificação profissional dos membros da equipe técnica da empresa participante.

7.3. A pontuação técnica da empresa será feita com base na seguinte **PLANILHA DE AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DOS DIPLOMAS DOS PROFISSIONAIS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVALIAÇÃO DE TÍTULOS** | | | | | |
| **ITEM** | **TÍTULOS** | **COMPROVANTE/**  **DESCRIÇÃO** | **PONTUAÇÃO POR TÍTULO** | **QUANTIDADE MÁXIMA DE COMPROVAÇÕES** | **PONTUAÇÃO MÁXIMA POR MÉDICO** |
| **1** | **Doutorado** | Diploma de conclusão de curso de Doutorado em qualquer área relacionada, devidamente registrado, fornecido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação. | **4,00** | **1** | **4,00** |
| **2** | **Mestrado** | Diploma de conclusão de curso de Mestrado em qualquer área relacionada, devidamente registrado, fornecido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação. | **3,00** | **1** | **3,00** |
| **3** | **Residência Médica** | Certificado de conclusão de residência na especialidade do Edital, reconhecido pelo Ministério da Educação ou Órgão de Classe. | **2,00** | **1** | **2,00** |
| **4** | **Especialização** | Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização *lato sensu* na especialidade do Edital, com carga horária mínima de 360 horas. | **0,5** | **2** | **1,00** |
|  |  | **PONTUAÇÃO MÁXIMA POR MÉDICO** |  |  | **10 PONTOS** |

7.4. Todos os itens da proposta técnica serão analisados pela Equipe de Apoio do Seletivo, de acordo com os quesitos e pontuação constantes no subitem 7.3 deste Edital.

7.5. As comprovações dos diplomas/certificados poderão ser apresentadas por simples cópias, ressalvado o direito do ACQUA requisitar originais em caso de inconsistências de quaisquer documentos apresentados.

7.6. No momento de assinatura do contrato com a empresa vencedora, caso a mesma não possua em seu quadro funcional os profissionais que apresentou para composição da proposta técnica, serão aplicadas as sanções previstas na legislação vigente e o contrato não será firmado, exceto se ocorrer a substituição por profissional com o mesmo nível de qualificação, conforme a pontuação do subitem 7.3.

7.7. A comprovação do vínculo profissional do membro da equipe técnica, no momento da assinatura do contrato, dá-se a por intermédio do contrato social (se sócio), ou da carteira de trabalho, ou do contrato de prestação de serviço, ou ficha de registro de empregado, ou outro documento correspondente.

7.8. A nota técnica (NT) consistirá da soma aritmética dos tópicos descritos no subitem

7.9. A não indicação em quaisquer dos subitens de avaliação corresponderá à pontuação 0 (zero) no respectivo quesito.

7.10. Para efeitos de aferição da pontuação técnica final da concorrente, será levado em consideração o somatório de qualificação de cada um dos membros da equipe técnica.

**8. PROPOSTAS DE PREÇOS**

8.1. As Propostas de Preços (ENVELOPE 02) deverão ser apresentadas em 01 (uma) única via, devidamente datadas e assinadas pelo Representante da Concorrente, e acondicionadas em invólucros lacrados e rubricados no fecho.

8.2. O invólucro da Proposta de Preços deverá conter todos os elementos a seguir relacionados:

8.2.1. Carta de Apresentação da Proposta de Preços **(Anexo III deste Edital),** com as seguintes informações:

8.2.2. Indicação do Representante para assinatura do Instrumento Contratual;

8.2.2.1. Em sendo a Proposta de Preços omissa no que tange ao que dispõe este subitem, serão considerados os representantes indicados por força de ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor ou sua última alteração e /ou por força de instrumento de procuração.

8.2.3. O prazo de validade da Proposta de Preços, não inferior a 60 (sessenta) dias contados da data limite para entrega dos documentos;

8.2.4. A Concorrente deverá apresentar o valor mensal para a prestação dos serviços pretendidos, considerando o valor bruto da contratação;

8.2.4.1. Todos os valores deverão ser expressos em Real (R$), em algarismos e por extenso (valor mensal);

8.2.5. Declarações objetivas, assinadas por Sócio(s) Administrador(es), por pessoa devidamente autorizada ou que tenha poderes outorgados para fazê-lo, de que:

8.2.5.1. Nos valores brutos propostos estão incluídos todos os custos diretos e indiretos para a prestação dos serviços, tais como: encargos da legislação social trabalhista, previdenciária, da infortunística do trabalho e responsabilidade civil por qualquer dano causado a terceiros, dispêndios resultantes de impostos, regulamentos e posturas municipais, estaduais e federais, transporte, enfim, tudo o que for necessário para a execução total e completa do objeto deste Processo, sem que caiba, em qualquer caso, direito regressivo em relação ao Instituto;

8.2.5.2. Atenderá rigorosamente a todas as exigências para o constante neste Edital, bem como ao que se refere a prazos e obrigações.

8.3. Declarações falsas, independentemente do objeto declarado, sujeitarão a Concorrente às sanções administrativas previstas neste Ato Convocatório e na legislação pertinente;

8.4. Caso os prazos de que tratam os subitens anteriores não estejam expressamente indicados na Proposta de Preços da Concorrente, esses serão considerados como aceitos.

8.5. Em nenhuma hipótese o conteúdo das propostas poderá ser alterado, seja com relação ao prazo, valor proposto ou de qualquer outra condição que importe modificação dos seus termos originais, ressalvadas aquelas destinadas a sanar apenas falhas formais, alterações essas que serão analisadas pelo Representante do Instituto ACQUA.

8.5.1. Serão corrigidos automaticamente pelo Representante do Instituto ACQUA quaisquer erros de soma e/ou multiplicação, bem como as divergências que porventura ocorrerem entre o preço escrito em algarismos e o expresso por extenso (dos quais prevalecerá o mais vantajoso), propostos para a prestação dos serviços;

8.5.2. A falta do CNPJ e/ou endereço completo poderá, também, ser suprida com aqueles constantes dos documentos de habilitação.

8.6. A Proposta de Preço deverá conter assinatura na última folha de cada via e rubricada as demais, por Diretor da Concorrente ou a pessoa devidamente autorizada;

8.7. As Propostas de Preços deverão estar redigidas em língua portuguesa, sem emendas, entrelinhas ou rasuras que comprometam a sua essência, digitadas em papel timbrado, ou equivalente, da Concorrente, que contenha o número do CNPJ/MF;

8.8. O custeio mensal está estimado em, no máximo, R$ 239.200,00 (Duzentos e Trinta e Nove Mil e Duzentos Reais).

**9. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS**

9.1. Caso o Instituto ACQUA tome conhecimento de fato anterior, no curso ou posterior ao julgamento do processo seletivo, que denuncie dolo, má-fé, ou que comprometa a capacidade, ou idoneidade administrativa, técnica ou financeira da concorrente, haverá a imediata eliminação da empresa interessada do processo de contratação.

9.2. Serão desclassificadas as propostas que:

9.2.1. Não atenderem às exigências deste Edital;

9.2.2. Apresentem irregularidades ou defeitos capazes de dificultar o julgamento;

9.3. Não serão consideradas quaisquer ofertas de vantagem não prevista neste Edital, nem preço ou vantagem com base em ofertas de outras concorrentes, inclusive financiamentos subsidiados ou a fundo perdido.

9.4. O Instituto ACQUA poderá solicitar aos concorrentes esclarecimentos, informações e dados adicionais necessários ao julgamento das Propostas. As respostas não poderão implicar em modificações das condições ofertadas e deverão ser prestadas sempre por escrito, no prazo estabelecido, sob pena de desclassificação da concorrente.

9.5. O julgamento da proposta técnica será definido através do ITP (Índice Técnico da Proposta da técnica), que consistirá no resultado da apuração da soma aritmética dos tópicos previstos no item 7.3, dividido por 10:

**ITP = NT/10**

9.6. No julgamento das propostas para a definição de Nota de Preço (NP) serão avaliados os preços propostos (PP) pelos concorrentes, sendo atribuída nota 10 (dez) à proposta de menor preço (MP) e as demais notas inversamente proporcionais aos seus valores, mediante aplicação da fórmula seguinte:

**NP = (MP x 10) / PP**

Onde:

**NP = Nota de Preço**

**MP = Menor Preço entre Todos os Concorrentes**

**PP = Preço Proposto do Concorrente Avaliado**

9.7. Será proclamada vencedora a proposta que obtiver a maior NOTA FINAL (NF), resultante da média ponderada das Notas Técnica e Preço, conforme a fórmula seguinte:

**NF = [(ITP x 70) + (NP x 30)] / 10**

Onde:

**NF = Nota Final**

**ITP = Índice técnico da proposta técnica**

**NP = Nota de Preço**

9.8. Ocorrendo divergência entre os valores numéricos e os por extenso, predominarão os últimos. Se o concorrente não aceitar, sua proposta será desclassificada.

9.9. Será proclamada vencedora a licitante que apresentar a maior Nota final.

9.10. Em havendo empate, na Nota Final, serão critérios sucessivos de desempate, e será proclamada vencedora:

9.10.1. A concorrente que for Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte;

9.10.2. A concorrente cuja sede seja do Estado da Paraíba;

9.10.3. A concorrente cuja sede da Unidade Hospitalar

9.10.4. Por meio de sorteio realizado em ato público.

**10. QUESTIONAMENTOS E RECURSOS**

10.1. Qualquer pessoa poderá impugnar o presente Edital, no prazo de até 02 (dois) dias anteriores a data limite para entrega dos documentos, devendo o pedido ser protocolado por escrito na Unidade de Pronto Atendimento – UPA de PRINCESA ISABEL.

10.2. Dos atos decorrentes da aplicação deste Edital cabem:

10.2.1. Recurso, no prazo de 03 (três) dias corridos, após a comunicação das decisões acerca da habilitação e verificação das propostas técnicas e propostas de preços. Interposto, o recurso será comunicado aos demais concorrentes, que poderão apresentar contrarrazões no prazo de 03 (três) dias corridos, contados do término do prazo de apresentação das razões do recorrente.

10.2.2. A intimação para apresentação de recurso será feita mediante publicação no site do ACQUA (<http://www.institutoacqua.org.br/>).

10.3. O recurso contra o julgamento da habilitação/inabilitação ou sobre classificação/desclassificação de propostas terá efeito suspensivo.

10.4. Não havendo interesse dos representantes credenciados em recorrer, o Instituto ACQUA procederá à adjudicação do objeto ao concorrente vencedor.

**11. PENALIDADES**

11.1. Caso a Concorrente Adjudicatária, após convidada, se recuse a assinar o contrato em 03 (três) dias úteis, garantida a prévia defesa, será considerada inadimplente e estará sujeita às seguintes cominações:

11.1.1. Decai o direito à contratação, sem prejuízos das demais penalidades previstas neste título;

11.1.2. Multa de 30% (trinta por cento) do valor total do contrato;

11.2. O não comparecimento da primeira colocada, enseja a convocação das empresas classificadas na ordem sucessiva de pontuação de NF (nota final).

**12. DISPOSIÇÕES FINAIS**

12.1. Integram este Edital:

12.1.1. Anexo I: Termo de Referência;

12.1.2. Anexo II: Declaração de Habilitação;

12.1.3. Anexo III: Modelo da Carta de Apresentação da Proposta de Preços;

12.1.4. Anexo IV: Minuta de Contrato;

12.2. Todos os atos serão registrados e documentados;

12.3. As empresas interessadas deverão examinar detidamente as disposições contidas neste Edital e em seus Anexos, pois a simples apresentação das Propostas Técnicas e de Preços e da Documentação de Habilitação submete a concorrente à aceitação incondicional de seus termos, bem como, representa o conhecimento integral do objeto, não sendo aceita alegação de desconhecimento de qualquer pormenor;

12.3.1. No caso de eventual divergência entre o Edital e seus Anexos, prevalecerão as disposições do primeiro.

12.4. O Instituto ACQUA reserva-se o direito de revogar o presente Processo por razões de interesse público, ou anulá-lo, no todo ou em parte, por vício ou ilegalidade, bem como, reserva-se o direito de prorrogar o prazo limite para envio da Documentação de Habilitação e Proposta Técnicas e de Preços, quando verificadas quaisquer das circunstâncias já descritas neste instrumento;

12.4. O documento, expondo e motivando a revogação ou a anulação, bem como a publicação do correspondente ato, ficarão arquivados no processo;

12.5. Para dirimir quaisquer dúvidas ou questões relacionadas com este Edital e seus Anexos, as partes elegem o foro da Comarca de João Pessoa, Estado da Paraíba, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

PRINCESA ISABEL/PB, 30 de Abril de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RAFAEL AGNELLO DOS SANTOS

Gerente Administrativo

**ANEXO I. TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO DO PROCESSO SELETIVO**

1.1. Constitui objeto do processo seletivo a Contratação de empresa especializada na prestação de Serviços Médicos *Contratação de empresa especializada na prestação de SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL, PEDIATRIA, ORTOPEDIA e COORDENADOR MÉDICO, para atender as demandas da* UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) PRINCESA ISABEL, MUNICÍPIO DE PRINCESA ISABEL/PB, no âmbito do Contrato de Gestão nº 62/2019, de acordo com os quantitativos e especificações contidas neste edital, conforme Planilha a seguir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **CLÍNICO GERAL** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** | **QUANTIDADE** |
| **OBJETO** |
|  |  |
| Serviço médico especializado em **CLÍNICO GERAL** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina; | 1. Atendimento presencial, em regime de plantão 12 horas diurno e 12 horas noturno; com experiencia mínima de 02 anos nessa assistência. 31 plantões diurnos e 31 plantões noturno.  2. Acompanhamento de pacientes em observação da unidade dentro do plantão.  3. Atendimento presencial, em regime de 4 horas diárias, perfazendo carga horária semanal de 20 horas. com experiencia mínima de 01 ano nessa assistência. | **1 (um) Profissional DIA**  **1 (um) Profissional NOITE**  **1 (um) profissional diarista** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **ORTOPEDISTA** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** | **QUANTIDADE** |
| **OBJETO** |
|  |  |
| Serviço médico especializado em **ORTOPEDIA** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina; | 1. Atendimento presencial, em regime de plantão 12 horas diurno e 12 horas noturno; com experiencia mínima de 02 anos nessa assistência. 31 plantões diurnos e 31 plantões noturno.  2. Acompanhamento de pacientes em observação da unidade dentro do plantão. | **1 (um) Profissional DIA**  **1 (um) Profissional NOITE** |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **PEDIATRIA** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** |  |
| **OBJETO** | **QUANTIDADE** |
|  |
| Serviço médico especializado em **PEDIATRIA** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina;  2. Título de especialista em Pediatria, reconhecido pela SBP. | 1. Atendimento presencial, em regime de plantão 12 horas diurno e 12 horas noturno; com experiencia mínima de 02 anos nessa assistência. 31 Plantões diurnos e 31 plantões noturnos  2. Acompanhamento de pacientes em observação da unidade dentro do plantão.  3. Atendimento presencial, em regime de 4 horas diárias, perfazendo carga horária semanal de 20 horas, com experiencia mínima de 01 ano nessa assistência. | **01 (um) Profissional DIA**  **01 (um) Profissional NOITE e**  **01 (um) profissional diarista** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UPA PRINCESA ISABEL – PRINCESA ISABEL - PB**  **COORDENADOR MÉDICO** | | | |
|  | **PRÉ-REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS** | **ÁREA OPERACIONAL/CARGA HORÁRIA** |  |
| **OBJETO** | **QUANTIDADE** |
|  |
| Serviço médico especializado em **COORDENAÇÃO MÉDICA** | 1. Comprovação do registro no Conselho Regional de Medicina;  2. Especialista na área específica, ter formação em gestão de serviços de saúde, com experiência mínima de 2 anos em coordenação de serviço. | 1.Carga Horária Semanal de 40 horas | **01 (Um) Profissional** |

**2. DA METODOLOGIA**

2.1. Executar a prestação dos serviços com a melhor técnica aplicável, zelo e economia, visando atender todas as Normas Regulamentadoras - NR existentes, assim como as normas internas do INSTITUTO ACQUA.

**3. DA LOCALIDADE**

3.1. A prestação dos serviços deverá ser realizada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) PRINCESA ISABEL, MUNICÍPIO DE PRINCESA ISABEL/PB*.*

**4. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

4.1 Constituem obrigações do CONTRATANTE, em especial:

4.1.1. Fornecer à CONTRATADA todas as informações que esta necessitar para viabilizar da melhor forma possível a execução das atividades ora contratadas.

4.2. Constituem obrigações da CONTRATADA:

4.2.1. prestar o serviço de acordo com as normas gerais editadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Federal e Regional de Medicina, Regimento do Corpo Clínico, bem como observar as normas, rotinas, protocolos clínicos e toda a exigência referente aos processos da Unidade;

4.2.2. cumprir obrigações decorrentes de portarias dos órgãos fiscalizadores, higiene e manutenção de equipamentos e utensílios usados na prestação dos serviços ora contratados, bem como a escolha e a cautela exigida aos procedimentos médicos a serem adotados;

4.2.3. manter em seus quadros profissionais médicos legalmente habilitados e compatíveis com as normas éticas emanadas pelos órgãos competentes, além de se responsabilizar, por intermédio de seu responsável técnico, pela atividade médica prevista na forma deste contrato;

4.2.4. tratar os pacientes de forma adequada, sem impingir-lhes qualquer forma de discriminação;

4.2.5. trabalhar em harmonia com os demais médicos que prestem serviços aos pacientes nas dependências da Unidade;

4.2.6. trabalhar em harmonia com todo o quadro funcional da Unidade, notadamente com a(s) equipe(s) de enfermagem;

4.2.7. cumprir horários conforme o previamente ajustado com o CONTRATANTE, sendo proibido disponibilizar o mesmo profissional médico para cumprir simultaneamente as especialidades contratadas, que tenham incompatibilidade de escala de horários, sob pena das sanções previstas, quando a empresa CONTRATADA for responsável por mais de uma especialidade.

4.2.8. Utilizar o sistema de tecnologia de informação do CONTRATANTE para registrar o atendimento dispensado ao paciente, realizar história e exame clínico, evolução, solicitar exames, fazer prescrição e registrar a alta médica / saída da paciente;

4.2.9. manter, durante a vigência deste contrato, em compatibilidade com obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na elaboração do contrato e informar ao CONTRATANTE qualquer alteração das mesmas;

4.2.10. manter a quantidade de profissionais médicos necessários à adequação da demanda dos serviços descritos neste contrato;

4.2.11. prestar os serviços com os equipamentos disponíveis na estrutura do CONTRATANTE, assim como os futuros métodos e equipamentos que porventura sejam incorporados na estrutura hospitalar;

**5. DA REMUNERAÇÃO E DO PAGAMENTO**

O Instituto ACQUA - Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental pagará à empresa contratada o valor devido pelos serviços atestados, mediante a apresentação de Nota Fiscal de serviços até o dia 20 do mês após o Atestado de Recebimento dos serviços pelo Fiscal do Contrato.

**Responsável**

Coord. Técnica

**ANEXO II. MODELO DE DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

**PAPEL TIMBRADO DA CONCORRENTE**

**DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

Local e data

**AO INSTITUTO ACQUA- AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL.**

Ref.: PROCESSO DE SELEÇÃO N.º 001/2019

Prezados Senhores,

Em cumprimento ao estabelecido neste Edital, declaramos que nossa empresa cumpre plenamente os requisitos de participação (item 4 do Edital) e de habilitação (item 5 do Edital) estabelecidos para este certame.

Atenciosamente,

..................................................................................................

**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**

**EMPRESA CONCORRENTE / NÚMERO DO CNPJ**

**ANEXO III. MODELO DE CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS E SERVIÇOS**

**PAPEL TIMBRADO DA CONCORRENTE**

**CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS E SERVIÇOS**

Local e data

**AO INSTITUTO ACQUA- AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL.**

Ref.: PROCESSO DE SELEÇÃO N.º 001/2019

Prezados Senhores, Apresentamos a V.Sas. a nossa proposta para prestação dos serviços ora pretendidos, OBJETO DESTE PROCESSO DE SELEÇÃO, como se segue:

A) Indicamos o Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como Representante para assinatura do Instrumento Contratual, com poderes outorgados através do (Contrato Social, procuração ou outro documento equivalente);

B) O prazo de validade desta Proposta é de \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) dias contados da data de limite para envio dos documentos (mínimo de 60 dias);

C) Apresentamos o valor mensal de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) para a prestação dos serviços;

D) Declaramos, para os devidos fins:

• Que cumpriremos rigorosamente com todas as exigências legais ora pactuadas, assim como as referentes ao atendimento da população beneficiária dos serviços ora contratados, bem como ao que se refere a prazos e obrigações;

• Que nos valores propostos estão incluídos todos os custos diretos e indiretos para a prestação dos serviços, tais como: encargos da legislação social trabalhista, previdenciária, da infortunística do trabalho e responsabilidade civil por qualquer dano causado a terceiros, dispêndios resultantes de impostos, regulamentos e posturas municipais, estaduais e federais, embalagens, transporte, enfim, tudo o que for necessário para a execução total e completa do objeto desta licitação, sem que caiba, em qualquer caso, direito regressivo em relação ao Instituto ACQUA;

• (Apenas para microempresas ou empresas de pequeno porte) Sob as penalidades administrativas e legais cabíveis, que a empresa (RAZÃO SOCIAL DA CONCORRENTE), inscrita no CNPJ sob o n.º (N.º DO CNPJ), cumpre os requisitos legais para a qualificação como microempresa ou empresa de pequeno porte, estabelecidos pela Lei Complementar n.º 123, de 14 de dezembro de 2006, em especial ao que rege seu artigo 3º, estando apta a usufruir o tratamento preferencial regido nos artigos 42 a 49 da referida Lei Complementar, regulamentada pelo Decreto n.º 6.204/2007.

Atenciosamente,

..................................................................................................

**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**

**EMPRESA CONCORRENTE / NÚMERO DO CNPJ**

**ANEXO IV. MINUTA DE CONTRATO**

**CONTRATO Nº \_\_\_\_/2019**

Contrato de Prestação de Serviços Médicos em Caráter Emergencial, que entre si celebram, de um lado, INSTITUTO ACQUA – AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE, URBANA E AMBIENTAL, e de outro**,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

### De um lado a INSTITUTO ACQUA – AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE, URBANA E AMBIENTAL, Organização da sociedade Civil de Interesse Público sem fins lucrativos, com sede na Avenida Lino Jardim, nº 905, Vila Bastos, Santo André – SP, CNPJ nº 03.254.082/0001-99, neste ato neste ato representada por seu Diretor Presidente, o Sr. Samir Rezende Siviero, brasileiro, casado, jornalista, RG 22.204.819-0, CPF nº 283.655.498-32, residente e domiciliado(a) na Av. Santo André, 500, Centro Alto, Ribeirão Pires/SP, CEP 09420-000, doravante denominada CONTRATANTE; e de outro lado, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representado na forma de seu Contrato Social por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doravante denominada CONTRATADO, resolvem entre si celebrar o presente contrato, justo e contratado na melhor forma de direito, regendo-se pelas seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

* 1. Constitui-se objeto deste contrato, a prestação de serviços médicos, nos termos do protocolo de atendimento clínico do Ministério da Saúde, junto à Unidade de Pronto Atendimento – UPA no Município de PRINCESA ISABEL/PB, nos termos do Contrato de Gestão nº 62/2019.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS SERVIÇOS**

* 1. Os serviços compreendem a realização de plantões médicos 24 horas em atendimentos de urgência e emergência, realização de atendimento médico nas especialidades *CLÍNICA GERAL, PEDIATRIA e COORDENADOR MÉDICO*, a quem necessite, nos moldes do protocolo de atendimento clínico do Ministério da Saúde.
  2. Os serviços objeto do presente instrumento ainda englobam, dentre outros, os seguintes procedimentos:

1. Consulta, exame clínico, solicitação e avaliação de exames, diagnósticos, prescrição de medicamentos;
2. Internação e prescrição médica de pacientes que necessitem;
3. Alta de pacientes que estiverem em observação na unidade de urgência e emergência;
4. Receitas, emissão de atestados médicos e declarações de comparecimento.
   1. O **CONTRATADO** executará ainda, se necessário:
5. Encaminhamento do paciente, quando se configurar hipótese de internação, observando todas as informações médicas necessárias para os prepostos ou funcionários do **CONTRATANTE**, a fim de possibilitar a continuidade adequada da atenção à saúde do paciente, de acordo com as orientações e fluxos estabelecidos pela Diretoria Técnica Médica da Unidade;
6. Participar de atividades como Comissões de prontuários, ética médica, comitê de mortalidade materna dentre outros;
7. Ser participante da prática de qualidade dos serviços com foco nos: Indicadores de infecção hospitalar, taxa de mortalidade específica, taxa de ocupação de leitos, tempo de espera para atendimento;
8. Preenchimento dos documentos comprobatórios do atendimento / internação, com detalhamento da admissão, atendimento, tratamento, evolução e encaminhamento final (alta/saída).
9. A execução dos serviços médicos se dará mediante a supervisão técnica do **CONTRATANTE**, segundo os padrões técnicos do Conselho Regional de Medicina – CRM, do constante no contrato de gestão celebrado entre o **CONTRATANTE** e o município de PRINCESA ISABEL/PB, e demais normas aplicáveis.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES**

3.1. São obrigações do **CONTRATANTE**:

a) fornecer a **CONTRATADA**, na medida do possível, todos os documentos (originais ou cópias autenticadas) e informações solicitadas por esta, com o intuito de melhor instruir os trabalhos que serão realizados;

b) proporcionar todas as facilidades necessárias à boa execução dos serviços propostos, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, acerca de qualquer alteração na administração, endereço de cobrança e local de prestação dos serviços;

c) efetuar o pagamento pelos serviços prestados, nos termos do disposto neste instrumento;

d) comunicar por escrito a **CONTRATADA** quaisquer irregularidades observadas na execução dos serviços contratados.

3.2. São obrigações do **CONTRATADO**:

a) prestar o serviço de acordo com as normas gerais editadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Federal e Regional de Medicina, Regimento do Corpo Clínico, bem como observar as normas, rotinas, protocolos clínicos e toda a exigência referente aos processos da **Unidade**;

b) cumprir obrigações decorrentes de portarias dos órgãos fiscalizadores, higiene e manutenção de equipamentos e utensílios usados na prestação dos serviços ora contratados, bem como a escolha e a cautela exigida aos procedimentos médicos a serem adotados;

c) manter em seus quadros profissionais médicos legalmente habilitados na especialidade contratada e compatíveis com as normas éticas emanadas pelos órgãos competentes, além de se responsabilizar, por intermédio de seu responsável técnico, pela atividade médica prevista na forma deste contrato;

d) tratar os pacientes de forma adequada, sem impingir-lhes qualquer forma de discriminação;

e) trabalhar em harmonia com os demais médicos que prestem serviços aos pacientes nas dependências da **Unidade**;

f) trabalhar em harmonia com todo o quadro funcional da **Unidade**, notadamente com a(s) equipe(s) de enfermagem;

g) cumprir horários conforme o previamente ajustado com o **CONTRATANTE**, sendo proibido disponibilizar o mesmo profissional médico para cumprir simultaneamente as especialidades contratadas, que tenham incompatibilidade de escala de horários, sob pena das sanções previstas, quando a empresa **CONTRATADA** for responsável por mais de uma especialidade.

h) utilizar o sistema de tecnologia de informação do **CONTRATANTE** para registrar o atendimento dispensado ao paciente, realizar história e exame clínico, evolução, solicitar exames, fazer prescrição e registrar a alta médica / saída do paciente;

i) manter, durante a vigência deste contrato, em compatibilidade com obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na elaboração do contrato e informar ao **CONTRATANTE** qualquer alteração das mesmas;

j) manter a quantidade de profissionais médicos necessários à adequação da demanda dos serviços descritos neste contrato;

l) Manter durante a vigência desse contrato a presença na unidade de coordenador médico / diretor médico;

m) prestar os serviços com os equipamentos disponíveis na estrutura do **CONTRATANTE**, assim como os futuros métodos e equipamentos que porventura sejam incorporados na estrutura hospitalar;

n) estar em dia com Alvará Sanitário, Alvará de Localização, Registro junto aos Conselhos Regionais Profissionais, emitidos pelos órgãos competentes, bem como os demais documentos que poderão ser exigidos pelo **CONTRATANTE** e sob responsabilidade do responsável técnico;

o) manter durante toda a execução do contrato a compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, bem como, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Lei, apresentando, sempre que solicitado: Certidões negativas Municipal, Estadual, Certidão Negativa de Débitos Previdenciários, Certificado de Regularidade de FGTS, Certidão Negativa Conjunta da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, dentre outras que venham a ser solicitadas.

**CLÁUSULA QUARTA - VALOR DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

4.1. A **CONTRATADA** receberá honorários pelos serviços prestados por sua equipe de profissionais com base nos seguintes critérios:

1. O valor de **\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) **por hora plantão médica** que ocorrerem nos dias de semana: de segunda-feira às 7h (sete horas) até as 19h (dezenove horas) de sexta-feira. Sendo com carga horária máxima contínua (plantão) de 24h, e serão pagos de acordo com os relatórios mensais de serviços prestados conforme autorização da coordenação da Unidade.
2. O valor de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) **por hora plantão médica** que ocorrem das 19h (dezenove horas) de sextas-feiras até as 7h (sete horas) de segundas-feiras. Sendo com carga horária máxima contínua (plantão) de 24h, e serão pagos de acordo com os relatórios mensais de serviços prestados conforme autorização da coordenação da Unidade.

4.2. A **CONTRATADA** deverá emitir nota fiscal, na qual deve constar expressamente a vinculação do presente contrato ao CONTRATO DE GESTÃO nº 62/2019, firmado entre o **CONTRATANTE** e o Estado da Paraíba, o nome da unidade de saúde, assim como os dados bancários.

4.3. Juntamente com a Nota Fiscal deverá ser encaminhado escala e relatórios de serviço;

4.4. Os pagamentos à **CONTRATADA** estão vinculados ao repasse mensal do Estado da Paraíba ao **CONTRATANTE**, de modo que não ocorrendo tais repasses ou ocorrendo atraso nestes, da mesma forma culminará no não pagamento ou no atraso do pagamento da CONTRATADA sem que o **CONTRATANTE** entre em mora ou seja compelido a pagar qualquer espécie de multa ou indenização à parte **CONTRATADA**;

4.5. Respeitadas as condições previstas neste instrumento, e em caso de atraso injustificado pelo INSTITUTO ACQUA, o valor a ser pago será atualizado financeiramente desde a data prevista para o pagamento até a do efetivo pagamento, conforme índice oficial vigente;

**CLÁUSULA QUINTA - CONDIÇÕES E EFEITOS ACESSÓRIOS DO PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

* 1. São condições e efeitos acessórios da remuneração:
     1. Os pagamentos dos valores dos serviços acima mencionados serão efetuados ao **CONTRATADO** até o dia 20 (vinte) do mês subsequente à efetiva realização dos serviços, desde que haja recebimento dos recursos mensalmente contratados junto à Secretaria Estadual de Saúde para a unidade objeto do CONTRATO DE GESTÃO nº 62/2019;
     2. O pagamento será precedido de apresentação, pelo **CONTRATADO** ao **CONTRATANTE**, da respectiva nota fiscal de cobrança, que deverá ser entregue até o dia 05 (cinco) de cada mês consecutivo ao trabalhado, juntamente com as certidões negativas pertinentes, relatórios e escalas.
     3. O valor total do contrato é estimativo e corresponde ao pagamento apenas dos serviços efetivamente realizados;
     4. Caso os serviços prestados sejam quantitativamente inferiores a meta estabelecida no Contrato, o **CONTRATANTE** efetuará glosa na Nota Fiscal do mês de referência, de forma que o valor do pagamento realizado seja proporcional aos serviços efetivamente prestados pela **CONTRATADA**.
     5. Os serviços contidos na Nota Fiscal deverão ser atestados pelo Responsável na Unidade Hospitalar em questão, e referendado pelos Representantes do ACQUA;
     6. A ausência ou atraso no repasse dos recursos por parte da Secretaria de Estado da Saúde não ensejará qualquer penalidade de mora em desfavor do **CONTRATANTE**, nem ensejará motivo para rescisão contratual por inadimplemento.

5.2. O **CONTRATADO** autoriza, expressamente, o **CONTRATANTE** a proceder, por ocasião do pagamento dos valores avençados, os descontos legais cabíveis, impostos pela legislação em vigor e pelo presente contrato**;**

5.3. Correrão por conta e responsabilidade exclusiva do **CONTRATADO** todas as obrigações trabalhistas e encargos previdenciários, decorrentes de vínculo empregatício de seus empregados, caso não sejam profissionais autônomos;

5.4. Correrão por conta e responsabilidade exclusiva do **CONTRATADO** todos os encargos tributários e fiscais devidos em decorrência de sua prestação de serviços, tais como imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza, imposto sobre serviços de qualquer natureza, contribuições sociais, bem como outros que incidirem;

5.4.1. O Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) deverá obrigatoriamente ser recolhido no Município de PRINCESA ISABEL/PB, local da prestação dos serviços objeto deste contrato.

**CLÁUSULA SEXTA – VIGÊNCIA**

6.1. O prazo de vigência se iniciará em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e se estenderá até o dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, podendo ser prorrogado por período similar ao do Termo Aditivo do Contrato de Gestão celebrado entre o Instituto ACQUA e a SES – Secretaria de Estado da Saúde;

6.2. O presente instrumento está vinculado, ainda, ao CONTRATO DE GESTÃO celebrado entre o Estado da Paraíba e o **CONTRATANTE**, de modo que a vigência daquele está vinculada à vigência deste.

**CLÁUSULA SÉTIMA – REAJUSTE E ATUALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS**

7.1. Os preços vigentes no contrato serão reajustados, nos termos e conforme índice adotado pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, para o CONTRATO DE GESTÃO nº 62/2019;

7.2. Compromete-se o **CONTRATADO** a fornecer ao **CONTRATANTE**, certidões negativas de débitos tributários perante os entes federativos, certidões negativas de débitos trabalhistas, certidão de quitação previdenciária, certificado de regularidade do recolhimento do FGTS, bem como a quitação de outras taxas inerentes as atividades médico-hospitalares de seus sócios/empregados.

**CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO**

8.1. As partes poderão exercer ampla fiscalização ao cumprimento de todas as obrigações relacionadas com este Instrumento, sobretudo no que se refere a:

1. Examinar e auditar, nas dependências do HOSPITAL, o prontuário do paciente;
2. Verificar os procedimentos declarados e a efetiva realização de serviços técnicos prestados;
3. Examinar toda e qualquer documentação que possa servir de apoio para a comprovação.

**CLÁUSULA NONA - CESSÃO DO CONTRATO**

9.1. As partes não poderão ceder ou transferir total ou parcialmente este Contrato, ou ainda subcontratar, no todo ou em parte, o seu objeto, a terceira pessoa jurídica, nem comprometer a título de garantia a terceiros, seus créditos ou obrigações, sob pena de rescisão deste Instrumento.

**CLÁUSULA DÉCIMA– EXCLUSÃO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

10.1. O presente contrato não gera, em relação ao **CONTRATANTE**, qualquer vínculo empregatício ou de responsabilidade subsidiária, entre os funcionários, terceirizados, parceiros e/ou sócios do **CONTRATADO**.

10.2. O **CONTRATADO** assume exclusiva e integralmente a responsabilidade pelos pagamentos decorrentes das obrigações financeiras, fiscais, sociais, previdenciárias e trabalhistas, referentes aos serviços contratados e prestados por intermédio deste instrumento, assim como das obrigações correlatas, responsabilizando-se, ainda, por quaisquer reclamações, pleitos, custos e despesas, de seus funcionários, parceiros ou sócios, ou ainda que proveniente de terceiro vinculado ao **CONTRATADO,** em decorrência da execução dos serviços prestados por força deste instrumento, inexistindo solidariedade ou subsidiariedade em face do **CONTRATANTE**.

10.3. O **CONTRATADO** também assume, integral e exclusivamente, toda responsabilidade quanto ao pagamento de possíveis indenizações ou créditos, vencidos ou vincendos, reclamados por seus empregados, terceirizados, parceiros ou sócios, bem como custas judiciais e honorários advocatícios de toda e qualquer ação judicial/extrajudicial movida contra si ou em face do **CONTRATANTE**, em decorrência da execução dos serviços prestados neste instrumento, inexistindo solidariedade ou subsidiariedade em relação as eventuais condenações.

10.4. Os serviços serão prestados através de pessoal especializado na área de atuação exigida, devidamente registrados nos órgãos de classe.

10.5. Na hipótese de algum empregado ou preposto do **CONTRATADO** vir a demandar contra o **CONTRATANTE**, em virtude da execução dos serviços descritos neste contrato, fica expressamente consignado que o **CONTRATADO** assumirá o polo passivo da lida, ainda que a demanda em questão ocorra após a rescisão deste contrato.

10.6. Fica resguardado ao **CONTRATANTE** o direito de ação regressiva, na hipótese de vir a arcar com qualquer ônus decorrentes das obrigações financeiras, indenizatórias, fiscais, sociais, previdenciárias e trabalhistas devidas pelo **CONTRATADO,** em razão da presente relação contratual.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESPONSABILIDADE CÍVEL, CRIMINAL E ÉTICA.**

11.1 Os sócios e outros profissionais médicos do **CONTRATADO**, que venham prestar serviços aos pacientes do **CONTRATANTE**, declaram estar devidamente credenciados e habilitados para o cumprimento do objeto deste contrato, inscritos no Conselho Regional de Medicina da PARAÍBA e habilitação na especialidade contratada, bem como estar em exercício regular à pessoa jurídica do **CONTRATADO**, sem restrições de ordem ética ou impeditiva do exercício da atividade médica, sob pena de responder extrajudicial ou judicialmente perante o **CONTRATANTE** e terceiros, porventura, prejudicados.

11.2. O responsável técnico do **CONTRATADO** responderá diretamente pelos atos médicos praticados por seus profissionais, respondendo integralmente e exclusivamente nas searas cível, penal e administrativa, seja judicial ou extrajudicial.

11.3. **O CONTRATADO** gozará de ampla liberdade profissional dentro de sua especialidade, desde que, todavia, respeite integralmente a legislação aplicável aos serviços prestados, dentre as quais as normas de Associações de Classe, Conselho Federal de Medicina, comprometendo-se, ainda, desenvolver suas atividades em ampla harmonia com os funcionários e prestadores de serviços do **CONTRATANTE**;

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- DAS SANÇÕES E PENALIDADES**

12.1. Em caso de inexecução parcial ou total, ou qualquer outra inadimplência, a **CONTRATADA** estará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, no que couber, garantida a prévia defesa, às sanções administrativas, nos seguintes termos:

12.1.1. Advertência por escrito;

12.1.2. Multa de:

12.1.2.1. 0,3 % (três décimos por cento) por dia de atraso injustificado na execução do objeto, a incidir sobre o valor mensal do contrato;

12.1.2.2. 10 % (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato, quando, sem justa causa, a contratada deixar de cumprir quaisquer clausulas;

12.1.3. Glosa pelo não cumprimento das metas.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - FORMAS DE EXTINÇÃO DO CONTRATO**

13.1. O presente contrato poderá ser rescindido pela inobservância das Cláusulas insertas neste Instrumento, mediante comunicação expressa à parte infratora, indicando a cláusula da infração, independentemente de prazo.

13.2. Poderá, também, o presente Contrato ser resilido (decisão unilateral imotivada) por qualquer das partes, a qualquer tempo, sem quaisquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, de modo expresso, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

13.3 Poderá ainda ser rescindido antecipadamente em face de eventual distrato firmado entre o Instituto ACQUA e a SES- Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba no que tange ao CONTRATO DE GESTÃO nº 62/2019.

13.4. Independentemente da forma de extinção deste contrato será devido ao **CONTRATADO** o valor da prestação dos serviços efetivamente prestados e não quitados pelo **CONTRATANTE**, de acordo com as cláusulas contratuais dispostas.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DISPOSIÇÕES GERAIS**

14.1. São disposições gerais deste contrato:

1. Qualquer tolerância das partes em relação às cláusulas e condições no presente instrumento não importará em precedente, novação ou alteração, ou renúncia de possível direito, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo.
2. O presente contrato de prestação de serviços médico-hospitalares poderá ser alterado, mediante Termo Aditivo, desde que haja concordância por escrito de ambas às partes, passando, então, as alterações e fazer parte integrante do instrumento.

14.2. Este instrumento cancela e substitui qualquer outro acordo escrito ou verbal, desta natureza, firmado anteriormente, representando todo o entendimento havido entre as partes sobre seu objeto, sobrepondo-se a todo e qualquer ajuste anterior.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO**

15.1. As partes elegem o foro da Comarca de João Pessoa/PB, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as duas testemunhas abaixo assinadas.

PRINCESA ISABEL/PB, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

**Contratante:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Instituto ACQUA – Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental**

### 

Contratado :