

## **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022**

A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, por intermédio do CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “Dr. David Capistrano da Costa Filho” da ÁGUA FUNDA torna público o presente **Edital de Chamamento Público**, para seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, interessada na celebração de **CONVÊNIO VISANDO O GERENCIAMENTO TÉCNICO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE PSIQUIATRIA E CLÍNICA MÉDICA NO CAISM DA ÁGUA FUNDA**, conforme dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis federais nº8.080/90, nº 8.142/90 e nº 8.666/1993; o Decreto estadual nº 66.173/2021, e 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 **24/06/2022, no Anfiteatro, do CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “Dr. David Capistrano da Costa Filho” da ÁGUA FUNDA**, localizado, à **Avenida Miguel Estéfno, 3030 – Saúde - São Paulo/SP**, às **10:00h**.

**Visita técnica:** Agendamento prévio por **e-mail** caism-ginformacao@saude.sp.gov.br pelo telefone: **(11) 5077-7893**. **Período para realização: 09/06/2022 a 23/06/2022** no horário das **10h00 às 15h00**.

### **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 **GERENCIAMENTO TÉCNICO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE PSIQUIATRIA E CLÍNICA MÉDICA NO CAISM DA ÁGUA FUNDA**, localizado **Avenida Miguel Estéfno, 3030 – Saúde - São Paulo/SP**, 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 na GERÊNCIA DE FINANÇAS E SUPRIMENTOS, localizado na **Miguel Estéfno, 3030 – Saúde - São Paulo/SP, até meia hora antes do início da sessão pública**, em envelopes lacrados, devidamente identificados conforme indicado abaixo:

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

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “Dr. David Capistrano da Costa Filho” da ÁGUA FUNDA

**PROCESSO: SES-PRC-2022/06344**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022

(Razão Social e endereço da entidade)

**ENVELOPE II – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “Dr. David Capistrano da Costa Filho”  
da ÁGUA FUNDA

**PROCESSO: SES-PRC-2022/06344**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022

(Razão Social e endereço da entidade)

**5. DOS DOCUMENTOS DOS ENVELOPES I E II**

**5.1. DOCUMENTOS DO ENVELOPE I:**

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

**5.1.2. – DO PLANO DE TRABALHO**

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

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

**5.1.2.2.** O Plano de Trabalho da Instituição deverá ser apresentado em uma única via impressa, ter todas as suas folhas rubricadas e, ao final, ser datada e assinada por quem detenha poderes de representação da Entidade na forma de seus atos constitutivos, devidamente identificado. Deve ser redigido em língua portuguesa, salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente, com clareza.

**5.1.3. – COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA**

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

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

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

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

#### **5.1.4. – DA PROPOSTA FINANCEIRA**

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

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

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

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

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

**5.1.4.6.** A proposta financeira não poderá ultrapassar o valor total de **R\$ 2.030.544,96 (Dois Milhões, Trinta Mil, Quinhentos e Quarenta e Quatro reais e Noventa 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. HABILITAÇÃO JURÍDICA:**

**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:**

**CAISM "Dr. David Capistrano da Costa Filho" DA ÁGUA FUNDA – Núcleo de Suprimentos e Gestão de Contratos**

Av. Miguel Estefno,3.030 | CEP 04301-901 | São Paulo, SP | Fone: (11) 5077-7857

caism-compras@saude.sp.gov.br

- 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)** 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 pelo CAISMDA ÁGUA FUNDA;
  - d.1)** Poderão ser feitas tantas visitas técnicas quantas cada interessado considerar necessário. Cada visita deverá ser agendada por **e-mail** caism\_ginformacao@saude.sp.gov.br pelo **telefone** 11 5077-7893 e poderá ser realizada até o dia imediatamente anterior à sessão pública, no período **das 10:00h às 15:00 horas**;
  - d.2)** **A visita técnica tem como objetivo verificar as condições locais para a execução do objeto, permitindo aos interessados verificar localmente as informações que julgarem necessárias para a elaboração da sua proposta, de acordo com o que o próprio interessado julgar conveniente, não cabendo à Administração nenhuma responsabilidade em função de insuficiência dos dados levantados por ocasião da visita técnica;**
  - d.3)** Competirá a cada interessado, quando da visita técnica, fazer-se acompanhar dos técnicos e especialistas que entender suficientes para colher as informações necessárias à elaboração da sua proposta.
  - d.4)** As prospecções, investigações técnicas, ou quaisquer outros procedimentos que impliquem interferências no local em que serão prestados os serviços deverão ser previamente informadas e autorizadas pela Administração;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

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

<b>A) COMPREENSÃO DO OBJETO DO CONVENIO – TOTAL DE PONTOS: 15</b>	
A proponente deverá desenvolver plano de trabalho sob a forma de texto, apresentando um diagnóstico das necessidades do XXXXXXXX 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 CAISM DA ÁGUA FUNDA.	
ITEM	PONTOS
Não apresenta compreensão com as necessidades do objeto.	0
Apresenta compreensão compatível com as necessidades do Anexo I-A deste Edital.	15
<b>B) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDICO CLÍNICO - TOTAL DE PONTOS: 25</b>	
ITEM	PONTOS
Não comprovar experiência em prestação de serviços de <b>MÉDICO CLÍNICO</b> , ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses, de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	0
Comprovar experiência entre 12 (doze) meses e 2 (dois) anos em prestação de serviços de <b>MÉDICO CLÍNICO</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	10



Comprovar experiência entre 2 (dois) a menos de 5 (cinco) anos prestação de serviços de <b>MÉDICO CLÍNICO</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	15
Comprovar experiência de 5 (cinco) anos ou mais anos em prestação de serviços de <b>MÉDICO CLÍNICO</b> de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	25
<b>C) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – TOTAL DE PONTOS: 20</b>	
Comprovar experiência de 5 (cinco) ou mais anos em gestão de unidade de assistência em saúde, independente das características do serviço realizado e da unidade de saúde.	
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.	20
Não comprovar nenhuma experiência em gestão de Unidades de assistência em saúde, ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses.	10
	0
<b>D) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE PSIQUIATRIA - TOTAL DE PONTOS: 25</b>	
<b>ITEM</b>	<b>PONTOS</b>
Não comprovar experiência em prestação de serviços de <b>PSIQUIATRIA</b> , ou comprovar experiência de menos de 12 (doze) meses, de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	0
Comprovar experiência entre 12 (doze) meses e 2 (dois) anos em prestação de serviços de <b>PSIQUIATRIA</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	10
Comprovar experiência entre 2 (dois) a menos de 5 (cinco) anos prestação de serviços de <b>PSIQUIATRIA</b> , de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	15
Comprovar experiência de 5 (cinco) anos ou mais anos em prestação de serviços de <b>PSIQUIATRIA</b> de acordo com o disposto no item 5.1.3.2. deste Edital.	25
<b>E) PROPOSTA DE PREÇO – TOTAL DE PONTOS: 15</b>	
<b>ITEM</b>	<b>PONTOS</b>
Proposta de preço acima do valor referencial	0
Proposta de preço até 5% abaixo do valor referencial	05

Proposta de preço até 10% abaixo do valor referencial	10
Proposta de preço até 15% abaixo do valor referencial	15

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

### **7.1 - DO CREDENCIAMENTO**

**7.1.1.** A Sessão de Abertura deste Chamamento Público será realizada em **24/06/2022** às **10:00** horas, **NO ANFITEATRO DO CAISM DA ÁGUA FUNDA**, 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 permitido 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 Entidades 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.

## **9 – 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 – DA CELEBRAÇÃO DO CONVÊNIO**

Após a homologação do procedimento de seleção, a vencedora será convocada para celebração de convênio que será efetivado eletronicamente, através de Sistema de Gestão de Convênios para repasses financeiros denominado "SANI".

### **10.1. DO SISTEMA ELETRÔNICO**

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

**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.

## **10.2 – DA VIGÊNCIA**

**10.2.1.** A Comissão Especial de Julgamento selecionara a entidade para a execução do Plano de Trabalho a ser desenvolvido no prazo de 12 (doze) meses, **prorrogáveis por até 5 (cinco) anos, nos termos do artigo 10, §1º, item 3, letra “g” do Decreto estadual nº 66.173, de 26 de outubro de 2021.**

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

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

## **10.3. –DOS REPASSES DE RECURSOS**

**10.3.1** A forma dos repasses dos recursos financeiros encontra-se estipulada na minuta de Convênio que constitui o **ANEXO VII**, bem como no **ANEXO I-A** – Termo de Referência.

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

**10.3.3** Os repasses dos recursos financeiros serão efetuados mensalmente, de acordo com o cronograma apresentado no Plano de Trabalho.

## **10.4 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

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

**10.4.2.** A documentação referente à prestação de contas deverá ser apresentada mensalmente seguindo as **Instruções nº01/2020 atualizadas pela Resolução nº 11/2021** 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.

## **11 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

**11.1** - 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.

**11.2** - 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.

**11.3** - 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.

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

**11.5** - 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.

**11.6** - 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.

**11.7** - 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 repasse de recursos.

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

## **12 INTEGRAM O PRESENTE EDITAL OS SEGUINTE ANEXOS:**

- **ANEXO I-A** – Termo de Referência;
- **ANEXO I-B** – Planilha de Orçamento;
- **ANEXO II** – Situação Regular Perante o Ministério do Trabalho;
- **ANEXO III** – Declaração de Incompatibilidade de Cargos e Funções;
- **ANEXO IV** – Declaração de Ciência dos termos do Convênio;
- **ANEXO V** – Ficha Cadastral;
- **ANEXO VI** - Declaração de Conta Específica;
- **ANEXO VII** – Minuta de Convênio;
- **ANEXO VIII** – Termo de Ciência e de Notificação;
- **ANEXO IX** – Plano de Trabalho;
- **ANEXO X** – Declaração de Patrimônio;
- **ANEXO XI** – Declaração Negativa de Impedimentos;

- **ANEXO XII** – Declaração Sobre Quadro Diretivo da Instituição;
- **ANEXO XIII** - Declaração de Opção por não realizar a visita técnica

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

São Paulo, 07 de Junho de 2022.

**LUCIANA DOS SANTOS MARQUES**  
*Diretoria Técnica de Saúde III - substituto*



## ANEXO I-A

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### OBJETIVO

#### **EXECUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE PSIQUIATRIA E CLÍNICA MÉDICA NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “Dr. David Capistrano da Costa Filho”, da Água Funda (CAISM da Água Funda)**

#### 1. INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental “Dr. David Capistrano da Costa Filho”, da Água Funda é um hospital referência na zona sul da cidade de São Paulo que presta assistência em saúde mental. Está organizado assistencialmente por 03 enfermarias distribuídas em: 02 Enfermarias com perfil de pacientes do sexo masculino, maiores de 18 anos, com transtorno psiquiátrico sem dependência química (NA I e NA II); 01 Enfermaria masculina, maiores de 18 anos, para tratamento de dependência química com comorbidade psiquiátrica associada (NC). A Unidade possui, no momento, Lares Abrigados com perfil de pacientes crônicos do sexo masculino com internação institucional de longa permanência, em processo de desinstitucionalização e encerramento de atividades.

- **Núcleo de Agudos I (NA I)** – enfermaria com 24 (vinte e quatro) leitos para pacientes com transtorno psiquiátrico agudo sem dependência química;
- **Núcleo de Agudos II (NA II)** – enfermaria com 17 (dezessete) leitos para pacientes com transtorno psiquiátrico agudo sem dependência química;
- **Núcleo de Comorbidades (NC)** – enfermaria com 28 (vinte e oito) leitos para pacientes dependentes químicos com comorbidade psiquiátrica associada.

O CAISM da Água Funda presta assistência psiquiátrica em regime de internação aos pacientes com o perfil e distribuição de leitos acima descrito, atendendo a demanda da Grande São Paulo. Considerando a necessidade de assegurar atendimento médico hospitalar adequado aos pacientes portadores dessas patologias, de forma a garantir um acolhimento humanizado, proporcionando atenção qualificada e eficiente, de acordo com os princípios do SUS, propõe a contratação da prestação de serviço especializado no atendimento médico para as Unidades definidas neste Termo de Referência.

## 1.1 OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto a celebração de convênio visando o gerenciamento técnico dos serviços de admissão de internação psiquiátrica e atendimento a intercorrências médicas, atendimento diário na assistência psiquiátrica aos pacientes internados e atendimento clínico aos pacientes internados de forma quantitativa e qualitativa, por meio de equipe médica com funcionamento conforme explicitado a seguir (Item 2).

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O presente Termo de Referência objetiva disciplinar as obrigações e responsabilidades para a implantação e gerenciamento técnico dos atendimentos Médicos Especializado em Regime Hospitalar de Saúde Mental para prestação de Serviços de Admissão Hospitalar e atendimento de intercorrências médicas na conformidade descrita a seguir; cobertura assistencial integral aos pacientes internados no Núcleo de Agudos II (NA II) e atendimento clínico aos pacientes internados nos Núcleos de Agudos I e II (NA I e NA II) do CAISM da Água Funda, compreendendo o atendimento médico, de forma quantitativa e qualitativa, para o funcionamento ininterrupto desta Unidades de Saúde.

## 2.RECURSOS HUMANOS

Para o atendimento da demanda descrita, a Conveniada deverá dimensionar sua equipe de trabalho na seguinte conformidade:

- A)** 01 (um) Médico Psiquiatria plantonista – De 2ª à 6ª feira, 12 horas diárias, das 07h00min às 19h00min; sábados 24 horas e domingos 24 horas;
  - a. De 2ª à 6ª feira das 19h00min até às 07h00min, o Médico Psiquiatra plantonista será o profissional do quadro de pessoal próprio desta Instituição;
  
- B)** 01 (um) Médico Psiquiatra assistente (12 horas semanais) – De 2ª à 6ª feira, no mínimo 3 vezes por semana, para atendimento de 17 (dezessete) leitos no Núcleo de Agudos II;
  - a. Os leitos do Núcleo de Agudos I (NA I) e do Núcleo de Comorbidades (NC), totalizando 52 leitos, serão atendidos por Médicos Psiquiatras assistentes do quadro de pessoal próprio desta Instituição; e
  
- C)** 01 (um) Médico Clínico diarista (20 horas semanais) – De segunda à sexta-feira, diariamente, para atendimento dos leitos do Núcleo de Agudos I e dos leitos do Núcleo de Agudos II, totalizando 41 (quarenta e um) leitos.
  - a. Os 28 (vinte e oito) leitos do Núcleo de Comorbidades (NC) serão assistidos pelo médico clínico do quadro de pessoal próprio desta Instituição.

Os horários acima descritos devem ser rigorosamente observados e cumpridos.

### **3. DIRETRIZES DO ATENDIMENTO**

- ✓ Ofertar serviços de internações psiquiátricas aos pacientes encaminhados ao CAISM da Água Funda, do sexo masculino, maiores de 18 anos, em regime de internação, portadores de transtorno psiquiátrico sem comorbidades de uso de drogas e dependentes químicos com comorbidade psiquiátrica associada, apoio a articulação em rede e atividades terapêuticas/sociais, no período previsto de internação;
- ✓ Ofertar serviços de atendimento às intercorrências médicas aos pacientes internados de todos os Núcleos e realizar os devidos encaminhamentos aos demais serviços da rede, quando necessário;
- ✓ Nos casos de maior necessidade e complexidade, deve-se prover o referenciamento e remoção dos pacientes, garantindo condições para a realização de todas as manobras de sustentação da vida, propiciando a continuidade da assistência adequada em outro nível de atendimento referenciado;
- ✓ Embora não seja característica do serviço o atendimento por demanda espontânea, urgente ou não, os casos que porventura surgirem serão tratados de acordo com os protocolos internos definidos pela Unidade;
- ✓ Os pacientes devem receber tratamento adequado, no menor espaço de tempo possível, evitando-se ou minimizando sequelas e outros danos à saúde;
- ✓ Os atendimentos de Urgência/Emergência que porventura aconteçam dentro dos Núcleos devem obedecer aos protocolos internos estabelecidos; e
- ✓ Deve-se ressaltar que o atendimento de toda a Equipe Técnica prevista neste Termo de Referência deve estar pautado em Protocolos Assistenciais, definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por esta Unidade.

#### **3.1 ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**

- ✓ A Conveniada deverá obedecer os protocolos instituídos pela Secretaria de Estado da Saúde, para as patologias de maior prevalência, obtendo assim melhor resolutividade das mesmas;
- ✓ Toda a Equipe de Trabalho sob responsabilidade da Conveniada, deverá estar adequadamente uniformizada e identificada, utilizando uma linguagem uniforme integrada e uma postura acolhedora aos usuários que buscam a assistência; e
- ✓ O gerenciamento dos serviços de internação e assistência médica deverá permitir que tais princípios sejam efetivados garantindo a integralidade da assistência e o acesso da população local aos serviços de saúde.

### **4. ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS DA CONVENIADA**

#### **4.1 MÉDICO PSIQUIATRA PLANTONISTA**

- ✓ Avaliar todas as Fichas Psiquiátricas inseridas proveniente da Central de Regulação e Oferta de Serviços de Saúde (Sistema CROSS), antes de dar o aceite ou a recusa de internação;
- ✓ Realizar as internações, que constará de anamnese, histórico pessoal e familiar do paciente, exame psiquiátrico, exame físico, exame psíquico, exame neurológico, estabelecendo um diagnóstico psiquiátrico provisório ou definitivo e estabelecer conduta que inclua o tratamento medicamentoso, dieta específica se necessário, preencher o formulário de internação psiquiátrica voluntária (IPV) ou involuntária (IPI), AIH (se necessário) e outras medidas de acordo com a necessidade do caso e legislação vigente;
- ✓ Elaborar prescrições médicas em folha própria, a partir da conduta medicamentosa adotada, fazer prescrição psiquiátrica inicial em 02 (duas) vias, até a revisão do médico assistente. No caso de prescrição de medicações clínicas, a prescrição também deverá ser efetuada em 02(duas) vias;
- ✓ Realizar prescrições em consonância com as normas fornecidas pelo Núcleo de Farmácia, a respeito do uso de medicamentos padronizados;
- ✓ Avaliar o perfil do paciente e encaminhar para a enfermaria/núcleo adequado;
- ✓ Atender às intercorrências e realizar mudança de prescrição se necessário;
- ✓ Quando necessário elaborar relatórios médicos;
- ✓ Realizar anotações em evoluções, prescrições e outros, com letra legível e de maneira clara, com data, horário, assinatura e carimbo;
- ✓ Atendimento às intercorrências de qualquer paciente em qualquer dependência do CAISM;
- ✓ Acionar o Serviço Móvel de Emergência (SAMU/Corpo de Bombeiros), caso necessário;
- ✓ Prover o referenciamento e remoção dos pacientes, garantindo condições para a realização de todas as manobras de sustentação da vida, propiciando a continuidade da assistência adequada em outro nível de atendimento referenciado, nos casos de maior necessidade e complexidade;
- ✓ Avaliar eventual procura espontânea de usuário do SUS, na portaria da Unidade, de acordo com o Manual de Fluxos, Procedimentos e Rotinas do CAISM Água Funda;
- ✓ Aplicar os princípios da integralidade, individualização da assistência, acolhimento, vínculo, responsabilização que são fundamentos de uma assistência humanizada dentro de um projeto de reabilitação psicossocial;
- ✓ Discutir casos clínicos com médicos do CAISM da Água Funda, se necessário;
- ✓ Reavaliar os pacientes pós-medicação, pós licença terapêutica e eventuais retorno de evasões, pós internação externa e na contenção e descontenção mecânica. A continuidade da condução dos casos será de responsabilidade dos médicos assistentes da respectiva enfermaria; e
- ✓ Passar o plantão pessoalmente e com registro em livro próprio.

#### **4.2 MÉDICO PSQUIATRA ASSISTENTE – NA II (17 leitos)**

- ✓ Atender ao paciente recém internado, fazendo as anotações em prontuário e nos formulários próprios do serviço;
- ✓ Realizar avaliação/assistência no mínimo 3 vezes por semana, aos pacientes do Núcleo de Agudos II (NA II), bem como seus registros em prontuários;
- ✓ Elaborar o PTS do paciente;
- ✓ Realizar ou atualizar as prescrições médicas;
- ✓ Orientar paciente e familiar/responsável quanto à patologia e tratamento indicado;
- ✓ Fazer cumprir as normas e regulamentos da Instituição, bem como as rotinas operacionais da Unidade;
- ✓ Participar de reuniões de equipe multiprofissional, técnico administrativas e outras;
- ✓ Elaborar prescrições médicas em impresso próprio, a partir da conduta medicamentosa adotada;
- ✓ Realizar prescrições em consonância com as normas fornecidas pelo Núcleo de Farmácia, a respeito do uso de medicamentos padronizados, não padronizados (com a devida justificativa de compra) e os não protocolizados;
- ✓ Elaborar relatórios médicos, quando necessário;
- ✓ Viabilizar procedimentos para licença terapêutica, em caso de indicação;
- ✓ Realizar demais procedimentos pertinentes a assistência médica previstos nos protocolos institucionais;
- ✓ Solicitar consultas e exames complementares, quando necessário;
- ✓ Realizar anotações em evoluções, prescrições, boletim de alta e outros, com letra legível e de maneira clara, com data, horário, assinatura e carimbo;
- ✓ Prover o encaminhamento e remoção dos pacientes, garantindo condições para a realização de todas as manobras de sustentação da vida, propiciando a continuidade da assistência adequada em outro nível de atendimento referenciado, nos casos de maior necessidade e complexidade; e
- ✓ Participar das Comissões Hospitalares, quando solicitado.

#### **4.3 MÉDICO CLÍNICO DIARISTA – NA I e NA II (total de 41 leitos)**

- ✓ Atender ao paciente recém internado no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, ampliado nos finais de semana e feriados, fazendo as anotações em prontuário e nos formulários próprios do serviço;
- ✓ Elaborar prescrição clínica de rotina na entrada para os pacientes com comprometimento clínico, com medicamentos padronizados pelo CAISM. Caso seja

necessário, solicitar aquisição por compra de medicamento não padronizado através de justificativa destinada ao Núcleo de Farmácia;

- ✓ Solicitar consultas e exames subsidiários através do preenchimento de guia própria, registrando a solicitação e respectivos resultados na evolução no prontuário do paciente;
- ✓ Registrar todos os atendimentos em prontuário, com letra legível, anotando data, horário, assinatura e carimbo;
- ✓ Realizar evoluções semanais ou sempre que necessário dos pacientes sob seus cuidados clínicos, com prescrições atualizadas;
- ✓ Verificar e atender casos solicitados por outros profissionais do CAISM, registrados em livro próprio;
- ✓ Elaborar receitas clínicas e orientações/encaminhamentos necessários quando da alta dos pacientes;
- ✓ Elaborar relatórios, quando solicitado;
- ✓ Solicitar avaliação externa, quando necessário, nas especialidades não contempladas pelo CAISM; e
- ✓ Participar de reuniões de equipe multiprofissional, técnico administrativas e outras.

## **5. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA**

São de responsabilidade da Conveniada, além daquelas obrigações constantes acima e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais, estaduais e municipais que regem o convênio, as seguintes:

**5.1** Designar responsável/coordenador (médico psiquiatra) para participar quando solicitado de reuniões, gerenciar a escala médica dos profissionais da Conveniada sendo de sua responsabilidade a cobertura do plantão;

**5.2** Prestar os serviços de saúde, de acordo com o estabelecido no convênio e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde – especialmente o disposto na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II – Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a Conveniada por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- III – Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- IV – Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde; e
- V – Prestação de serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

**5.3** Na prestação dos serviços, a Conveniada deverá observar:

- I - Respeito aos direitos do paciente, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- II - Manutenção da qualidade da prestação de serviços; e
- III - Garantia de sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes.

**5.4** Apresentar mensalmente à SES, até o dia 20 de cada mês, a escala de plantões dos profissionais da Conveniada, referente ao mês subsequente.

**5.5** A Conveniada deve instalar controle de frequência dos seus profissionais, deixando à disposição da Conveniente.

**5.6** É de responsabilidade da Conveniada o fornecimento de refeição de seus profissionais.

**5.7** É de responsabilidade da Conveniada o fornecimento de EPI's (Equipamento de Proteção Individual) de seus profissionais.

**5.8** Atribuir, entre os profissionais da Conveniada, responsabilidade técnica junto ao respectivo conselho de classe, Vigilância Sanitária e demais órgãos reguladores.

**5.9** As escalas dos profissionais médicos deverão ser entregues até o dia 20 do mês anterior à Diretoria Técnica do CAISM da Água Funda para posterior divulgação interna.

**5.10** É de responsabilidade da Conveniada a elaboração e atualização do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PPRA) e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com reconhecimento do risco biológico SARS-COV-2.

**5.11** É de responsabilidade da Conveniada elaboração de documento com as medidas de biossegurança e vigilância epidemiológica a serem implantadas.

**5.12** A Conveniada é obrigada a emitir Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos em que trabalhadores forem confirmados com a COVID-19 ou estiverem sob suspeita e notificar ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN).

**5.12.1** A falta de emissão de CAT e notificação ao SINAN e de adoção de medidas para investigar as causas dos acidentes de trabalho e de doenças do trabalho, como a COVID19, será considerada falta grave.

## **6. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONVENIENTE (SES)**

- 6.1** Supervisionar as internações hospitalares realizadas pelos médicos plantonistas, com relação à patologia e necessidade de internação.
- 6.2** Atender o usuário que deseja realizar queixas quanto ao atendimento médico, bem como, responder as queixas e reclamações provenientes da Ouvidoria.
- 6.3** Treinar a equipe da Conveniada para conhecer as rotinas do Estado e da Unidade, tais como: guia de contra referência a Unidade Básica de Saúde, registro de solicitações no sistema CROSS, preenchimento dos impressos padronizados e necessários para execução dos serviços.
- 6.4** Orientar a equipe da Conveniada quanto aos protocolos implantados na Unidade.
- 6.5** Disponibilizar equipamentos em perfeitas condições de utilização.
- 6.6** Disponibilizar materiais de consumo e medicamentos padronizados necessários à prestação de serviços.
- 6.7** Disponibilizar equipe de enfermagem na assistência prestada.
- 6.8** Disponibilizar à Conveniada área física em perfeitas condições.
- 6.9** Disponibilizar à Conveniada sala de estar para a equipe médica.
- 6.10** Acompanhar e avaliar os serviços prestados.
- 6.11** Não é de responsabilidade da Secretaria o fornecimento de alimentação aos funcionários da Conveniada.

## **7. LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

<b>Nome da Unidade:</b>	Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental "Dr. David Capistrano da Costa Filho" da Água Funda
<b>Endereço:</b>	Av. Miguel Estéfno, 3030 - Agua Funda, São Paulo/SP



## **8. RECURSOS MATERIAIS**

Todo o material médico-hospitalar e medicamentos serão fornecidos pelo hospital, seguindo a padronização existente na Unidade, assim como todo o processo de compra, armazenamento, distribuição para os setores e manutenção preventiva e corretiva.

## **9. HUMANIZAÇÃO**

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

Caberá à equipe multiprofissional o fornecimento de orientações aos familiares e aos usuários, nos horários de visita ou quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e assistência a ser prestada desde a admissão até a alta.

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

## **10. NORMAS E ROTINAS**

O CAISM da Água Funda disponibilizará registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na Unidade, Manual de Fluxos, Procedimentos e Rotinas, Código de Conduta e outros.

## **11. PROTOCOLOS CLÍNICOS**

As diretrizes clínicas/protocolos clínicos constituem importante ferramenta para tornar as condutas de assistência aos usuários mais homogênea e de melhor qualidade científica. Principais protocolos a serem implantados e homologados, sempre de acordo com o já estabelecido pela Unidade:

- a) Contenção mecânica e química;
- b) Intercorrências clínicas e psiquiátricas;
- c) Admissão de pacientes;
- d) Transferência de pacientes; e
- e) Outros que a Unidade estabelecer.

## **12. RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS**

A equipe da Conveniada deverá proceder ao uso racional de medicamentos e insumos, obedecendo às normas e rotinas institucionais e determinadas pelas comissões e serviços: CCIH, Segurança do Paciente, Farmácia Hospitalar, Resíduos e Almoxarifado.

### 13. INDICADORES DE QUALIDADE E 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.

#### TABELA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

##### 13.1 Metas Quantitativas/Qualitativas na área de Psiquiatra (Plantão Médico)

Nº	INDICADOR	DESCRIÇÃO	METAS	INDICADOR DE ALCANCE DA META (cálculo para identificar se a meta foi alcançada)	PONTUAÇÃO %
1	<b>Internações</b>	Atendimentos realizados imediatamente à chegada do paciente na unidade de acordo com os protocolos institucionais	100%	Número de internações efetivadas / número de pacientes que chegaram à unidade X 100	15
2	<b>Atendimento de intercorrências</b>	Atendimento médico prestado, referente a intercorrências, em qualquer Enfermarias/Núcleo do Hospital	100%	Número de atendimentos de intercorrência / número total de intercorrências x 100	10
3	<b>Tempo de atendimento de urgência e emergência</b>	Mensurar a demora para atendimento nos chamados de urgência e emergência	Inferior a 5%	Número de atendimentos em tempo superior a 20 min do acionamento / número total de X 100	10
4	<b>Prontuários evoluídos</b>	Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes	100%	Número de inconformidades encontradas / número de prontuários	05

				preenchidos x 100	
<b>5</b>	<b>Reclamação na ouvidoria em número</b>	Valor obtido através da relação do número de pacientes/mês dividido pelo número de ouvidoria registrada/mês.	≤ que 1%	Número de pacientes / número de registro na ouvidoria X 100	<b>05</b>

**13.2 Metas Quantitativas/Qualitativas na área de Psiquiatria (Assistente) – Núcleo de Agudos II (NA II)**

<b>Nº</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DESCRIÇÃO META</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b> (cálculo para identificar se a meta foi alcançada)	<b>PONTUAÇÃO</b>  <b>%</b>
<b>1</b>	<b>Atendimentos</b>	Atendimento inicial a todos os pacientes internados e atendimentos subsequentes no mínimo 3 vezes por semana	100%	Número de pacientes internados/número de pacientes atendidos X 100	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>Saídas</b>	É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), transferência externa, transferência interna ou óbito (número de pacientes dia / média de permanência)	Maior ou igual a 13 saídas	Produzir um número maior ou igual a 13 saídas/mês	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Média de Permanência (dias)</b>	Valor obtido através da relação entre o número de pacientes dia e o número de saídas. Mede o tempo médio que o paciente permanece internado no NA II e o resultado é expresso em dias	35 dias	Número de pacientes-dia / Número de saídas X 100	<b>05</b>

<b>4</b>	<b>Prontuários Evoluídos</b>	Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes	100%	Número de inconformidades encontradas / número de prontuários preenchidos X 100	<b>05</b>
<b>5</b>	<b>Participação no Projeto Terapêutico Singular</b>	Participar juntamente com a equipe multiprofissional na construção do PTS de todos os pacientes internados no NA II	100%	Número de PTS elaborados / número de saídas X 100	<b>05</b>

**13.3 Metas Quantitativas/Qualitativas na área de Clínica Médica (diarista) Núcleo de Agudos I (NA I) e Núcleo de Agudos II (NA II)**

<b>Nº</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DESCRIÇÃO META</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b> (Cálculo para verificar se a meta foi alcançada)	<b>PONTUAÇÃO</b> %
<b>1</b>	<b>Atendimento</b>	Atendimento médico inicial prestado a todos os pacientes até 24 horas após a internação (Exceto finais de semana e feriados)	100%	Número de pacientes internados / Número de atendidos X 100	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>Atendimento de interconsulta</b>	Atendimento médico prestado referente às interconsultas solicitadas pela equipe multiprofissional	100%	Número de solicitações / Número de atendimentos realizados X 100	<b>05</b>
<b>3</b>	<b>Prontuários evoluídos</b>	Preencher de forma integral e completa o prontuário do paciente sob sua responsabilidade	100%	Número de inconformidades encontradas / Número de prontuários preenchidos X 100	<b>05</b>

	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>
--	--------------	-------------

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

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.

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

#### **15. ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS**

##### **a) Reunião com a Direção e Gestor e Fiscal do Convênio**

As reuniões deverão ocorrer mensalmente, com a apresentação dos indicadores e evolução dos índices quantitativos e qualitativos. 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.

##### **b) 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 Responsável pela Conveniada deverá participar das reuniões de Corpo Clínico, e das Comissões, a critério do Hospital, contribuindo efetivamente nas soluções para os problemas de ordem médico administrativa, visando analisar e discutir os processos e riscos inerentes às atividades envolvidas.

#### **15.1 FISCALIZAÇÃO**

A Diretoria Técnica do CAISM da Água Funda fará, por ocasião da assinatura do Convênio, a indicação do Gestor e Fiscal do Convênio.

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

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

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

**15.1.1** São atribuições do Fiscal do Convênio:

- I.** Acompanhar e administrar o Convênio administrativo para o qual foi nomeado, proporcionando às partes todos os meios legais para o ideal desempenho das atividades;
- II.** Notificar a Conveniada quanto à ocorrência de qualquer fato que gere o descumprimento das cláusulas contratuais, determinando o que for necessário à regularização das falhas observadas, devendo estabelecer prazo para soluções de eventuais pendências;
- III.** Manter pasta individualizada, para arquivamento de documentos relativos à sua execução, tais como: cópia do convênio, cópias dos termos aditivos, relatórios de execução, cópias de correspondências enviadas e recebidas, inclusive por e-mail, prestação de contas mensais;
- IV.** Analisar mensalmente a prestação de contas dos gastos declarados pela Conveniada, notificando, através da autoridade competente para que apresente justificativa sobre qualquer discrepância detectada na análise;
- V.** Avaliar a condução do convênio e quando necessário, balizado pelas diretrizes contratuais, sugerir métodos de racionalização de atividade e gastos inerentes ao Convênio de sua responsabilidade;
- VI.** Encaminhar à autoridade competente, sugestão de aplicação de sanção prevista no Convênio, em graduação a gravidade da inexecução, quando o objeto estiver sendo executado de forma irregular, em desacordo com as necessidades administrativas pactuadas; e
- VII.** Manter rotineiramente o gestor substituto informado sobre a execução do convênio, para que o mesmo tenha condições de acompanhar, controlar e fiscalizar o instrumento contratual de sua responsabilidade, nos eventuais impedimentos do titular.

**15.1.2** São atribuições do Gestor do Convênio:

- I** - Acompanhar e fiscalizar “in loco” a execução contratual; e
- II** - Emitir relatórios mensais sobre o acompanhamento do Convênio de sua responsabilidade, discriminando o serviço prestado, locais de execução, quantidade, qualidade do serviço prestado, assim como, demais informações necessárias ao regular acompanhamento das atividades pela administração.

**CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDADE:** As informações sobre dados de desempenho e resultados não poderão ser divulgadas a terceiros, estando os infratores sujeitos às penalidades estabelecidas na legislação.

## **16. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

**16.1** Nos primeiros 03 meses iniciais da vigência do convênio a Conveniente procederá à análise dos indicadores definidos no item 13.

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

## **17. CRITÉRIOS PARA OS REPASSES DE RECURSOS**

Os repasses de recursos à Conveniente dar-se-ão na seguinte conformidade:

- a)** 90% (noventa por cento)
- b)**
- c)** do valor total do convênio serão repassados em parcelas fixas mensais;
- b)** 10% (dez por cento) do valor total do convênio serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e desempenho, conforme sua valoração estabelecida no quadro de Indicadores; e
- c)** 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.

## **18. CRONOGRAMA DA IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO**

A implantação e gerenciamento serão realizados imediatamente à assinatura do Convênio. As questões que porventura não estiverem explícitas neste Termo de Referência farão parte da minuta do convênio e/ou poderão ser incluídas após discussão e acordo entre as partes.

**ANEXO I-B**

**PLANILHA DE PROPOSTA**

<b>EQUIPE MÉDICA*</b>	<b>Qtd. Profissionais</b>	<b>Valor Plantão Diário</b>	<b>Valor Total Mensal</b>	<b>Valor Total 12 meses</b>
Médico Psiquiatra plantonista (12h/diurno - de 2ª a 6ª feira, sábados 24 horas e domingos 24 horas)	01			
Médico Psiquiatra assistente (12 horas semanais) - De 2ª à 6ª feira, no mínimo 3 vezes por semana	01			
Médico Clínico diarista (20 horas)	01			



semanais) – De segunda à sexta-feira, diariamente				
			<b>Valor Total :</b>	

**ANEXO II**

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

**À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Chamamento Público nº 001/2022

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 \_\_\_\_/202\_, cujo objeto é a **CELEBRAÇÃO PARA CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO TÉCNICO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE PSQUIATRIA E CLÍNICA MÉDICA NO CAISM DA ÁGUA FUNDA**, declara, sob as penas da lei, que:

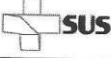
1. Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com o disposto no Convênio, e estão de acordo com o programa de repasse e financeiro disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde.
2. Tem disponibilidade para prestar atendimento conforme as regras do Conselho Nacional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

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

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

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

**ANEXO V**  
**MODELO DE FICHA CADASTRAL**

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

(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 001/202\_.**

**Processo n.º: SES-PRC-2022/06344**

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 CONVENIENTE e do outro lado o \_\_\_\_\_, C.N.P.J. n.º \_\_\_\_\_, com endereço a \_\_\_\_\_, e com estatuto arquivado no \_\_\_\_\_ Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da \_\_\_\_\_, sob n.º \_\_\_\_\_, neste ato representado por seu Presidente, \_\_\_\_\_, (qualificação), portador do RG. n.º \_\_\_\_\_, CPF. n.º \_\_\_\_\_, doravante denominada CONVENIADA, com fundamento nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, na Constituição Estadual, em especial nos seus artigos 218 e seguintes; as Leis federais n.º. 8.080/90, n.º8.142/90 e n.º 8.666/1993; o Decreto estadual n.º 66.172/2021 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e nos termos e condições estabelecidas no presente instrumento e em conformidade com o credenciamento da CONVENIADA, mediante Edital de Chamamento Público n.º \_\_\_\_\_ promovido pela Secretaria da Saúde, através do Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental “Dr David Capistrano da Costa Filho” Da ÁGUA FUNDA, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente convênio tem por objetivo a conjugação de esforços dos convenientes visando promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde, prestados aos usuários do SUS na região, por meio da transferência de recursos financeiros para acorrer despesas com CUSTEIO, do gerenciamento técnico dos serviços na área de psiquiatria e clínica médica no CAISM DA ÁGUA FUNDA, conforme Plano de Trabalho anexo, que integra o presente.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O plano de trabalho poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante Termo Aditivo, respeitada a legislação vigente e após proposta

previamente justificada e parecer técnico favorável do órgão competente e ratificado pelo Titular da Secretaria, vedada alteração do objeto.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENENTE**

São atribuições da Convenente:

- I-** acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos repassados, com a indicação de gestor no âmbito da Unidade, qual seja, Sr(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, até a publicação de regularidade pelos órgãos competentes, independente do prazo legal;

**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, **CAISM "Dr. David Capistrano da Costa Filho" DA ÁGUA FUNDA – Núcleo de Suprimentos e Gestão de Contratos**

bem assim por eventuais danos ou prejuízos causados a terceiros, isentando a CONVENENTE de qualquer responsabilidade;

**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, informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes, valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis e os relatórios físico-financeiros de acompanhamentos, regulamento de compras e de contratação de pessoal (Comunicado SDG 16/2018 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo);

**XVIII** apresentar demonstrações contábeis, sempre que solicitado pela Convenente, na forma de Fluxo de Caixa, para avaliação da saúde financeira da Conveniada, estando assegurado pela CONVENENTE o sigilo das informações;

**XIX** exigir, de empregados, em qualquer hipótese, o cumprimento da jornada contratual, por meio de ponto biométrico;

**XX** declarar, por escrito e sob as penas da Lei, anteriormente à eventual contratação da prestação de serviços de pessoa jurídica, de que não dispõe a conveniada de pessoal próprio suficiente para a execução do objeto do convênio;

**XXI** criar e manter atualizado em seu sítio na rede mundial de computadores informações em que se disponibilizem dados para acompanhamento público da parceria com a CONVENENTE.

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

- a. utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pela CONVENENTE para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;
- b. realizar despesa em data anterior à vigência do instrumento;
- c. efetuar pagamento em data posterior à vigência deste instrumento;
- d. realizar qualquer cobrança direta ou indireta ao paciente vinculado ao SUS por qualquer serviço referente à assistência a ele prestada nas dependências da CONVENENTE;
- e. efetuar pagamento a qualquer título à pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do convênio ou sem a devida contraprestação laborativa;
- f. aplicar dos recursos repassados com despesas de: taxas administrativas, tarifas, juros moratórios, multas, pagamento de dívidas anteriormente contraídas, recursos humanos não envolvidos na consecução do objeto do convênio, consultorias e honorários advocatícios;
- g. utilizar os recursos repassados para locação de imóvel;
- h. 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;

i. contratar a prestação de serviço ou fornecimento de bens com a empresa que tenha entre seus empregados cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, daqueles que exercem cargos em comissão de direção ou assessoramento vinculados aos quadros da CONVENIENTE ou da CONVENIADA.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, no montante global estimado de R\$ 0,00 (\_\_\_\_\_), a serem repassados em parcelas mensais estimadas em R\$ 0,00 (\_\_\_\_\_), onerando a seguinte classificação orçamentária, e dar-se-ão na seguinte conformidade:

UGE: 090170

Programa de Trabalho: 10.302.0930.6213.000

Natureza de despesa: 33 50 43

Fonte de Financiamento – Fundo Estadual de Saúde

- a)** 90% (noventa por cento) do valor total do convênio serão pagos em parcelas fixas mensais;
- b)** 10% (dez por cento) do valor total do convênio serão pagos mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e desempenho, conforme sua valoração estabelecida no quadro de Indicadores;
- c)** 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.

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

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Em caso de não cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, a **CONVENIADA** poderá ser obrigada a restituir proporcionalmente valores repassados, respeitando-se as demonstrações de despesas e justificativas por ela apresentadas.

## **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.
- VII** - comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.

**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 CONVENENTE, 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 CONVENENTE, e sua aprovação constituirá requisito necessário para a transferência das parcelas subsequentes.

**PARÁGRAFO QUARTO** - O setor competente da CONVENENTE 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 CONVENENTE 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 CONVENENTE 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 CONVENIENTE, por meio de simples apostilamento.

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

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

## **CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES DO CONVÊNIO**

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

## **CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de \_\_\_\_\_ (\_\_\_) meses, tendo por termo inicial a data de assinatura.

### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

O presente poderá ser prorrogado por motivo relevante devidamente justificado, corroborado por parecer técnico favorável da área competente, e após aprovação do ESTADO, mediante termo aditivo, respeitada a legislação vigente e pelo lapso de tempo compatível com o prazo de execução do objeto do convênio, não podendo ultrapassar o prazo de 5 (cinco) anos previsto no art. 10, letra "g", do Decreto nº 66.173/2021.

### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

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.

## **CLÁUSULA DÉCIMA – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO**

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

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS SALDOS FINANCEIROS REMANESCENTES**

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



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

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO**

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

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

**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:

I – imediatamente notificar o CONVENENTE ao receber requerimento de um titular de dados, na forma prevista no artigo 18 da Lei Federal nº 13.709/2018;

e

II – quando for o caso, auxiliar o CONVENENTE na elaboração da resposta ao requerimento a que se refere o inciso I deste parágrafo.

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

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

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - A CONVENIADA deve auxiliar 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 DEZ** - 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 ONZE** - 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 DOZE** Caso o objeto da presente parceria envolva o tratamento de dados pessoais com fundamento no consentimento do titular de que trata o inciso I do artigo 7º da Lei nº 13.709/2018, deverão ser observadas pela CONVENIADA ao longo de toda a vigência

do convênio todas as obrigações específicas vinculadas a essa hipótese legal de tratamento de dados pessoais, conforme instruções por escrito da CONVENIENTE.

**PARÁGRAFO TREZE** 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 04 (Quatro) vias pelos representantes legais, na presença de 02 (duas) testemunhas, para publicação e execução.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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

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

**Testemunhas:**

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

## ANEXO VIII

### TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

Processo: **SES-PRC-2022/06344**

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE: Secretaria de Estado da Saúde

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

Convênio nº **001/2022**

OBJETO: **GERENCIAMENTO TÉCNICO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE PSQUIATRIA E CLÍNICA MÉDICA NO CAISM DA ÁGUA FUNDA.**

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 extraíndo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

#### 2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

São Paulo, de de 2022.

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional: \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura:

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional: \_\_\_\_\_ E-mail

pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo:

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_



| Secretaria da Saúde

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

<b>Objeto</b>	<b>Descrição</b>
<i>Custeio</i>	Celebração de Convênio visando o GERENCIAMENTO TÉCNICO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE PSIQUIATRIA E CLÍNICA MÉDICA NO CAISM DA ÁGUA FUNDA

##### 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

Implantação e gerenciamento técnico dos serviços de admissão de internação psiquiátrica e atendimento diário na assistência aos pacientes internados e de intercorrências médicas de pacientes, de forma quantitativa e qualitativa, por meio de equipe médica com funcionamento na seguinte conformidade:

**CAISM "Dr. David Capistrano da Costa Filho" DA ÁGUA FUNDA – Núcleo de Suprimentos e Gestão de Contratos**

Av. Miguel Estefno,3.030 | CEP 04301-901 | São Paulo, SP | Fone: (11) 5077-7857  
caism-compras@saude.sp.gov.br

- I 01 (um) Médico Psiquiatria plantonista – De 2ª à 6ª feira, 12 horas diárias, das 07h00min às 19h00min; sábados 24 horas e domingos 24 horas;
- ✓ De 2ª à 6ª feira das 19h00min até às 07h00min, o Médico Psiquiatra plantonista será o profissional do quadro de pessoal próprio desta Instituição;
- II 01 (um) Médico Psiquiatra assistente (12 horas semanais) – De 2ª à 6ª feira, no mínimo 3 vezes por semana, para atendimento de 17 (dezesete) leitos no Núcleo de Agudos II;
- ✓ Os leitos do Núcleo de Agudos I (NA I) e do Núcleo de Comorbidades (NC), totalizando 52 leitos, serão atendidos por Médicos Psiquiatras assistentes do quadro de pessoal próprio desta Instituição; e
- III 01 (um) Médico Clínico diarista (20 horas semanais) – De segunda à sexta-feira, diariamente, para atendimento dos leitos do Núcleo de Agudos I e dos leitos do Núcleo de Agudos II, totalizando 41 (quarenta e um) leitos.
- ✓ Os 28 (vinte e oito) leitos do Núcleo de Comorbidades (NC) serão assistidos pelo médico clínico do quadro de pessoal próprio desta Instituição.

**c) Metas a Serem Atingidas**

**Metas Quantitativas/Qualitativas na área de Psiquiatra (Plantão Médico)**

Nº	INDICADOR	DESCRIÇÃO	METAS	INDICADOR DE ALCANCE DA META (cálculo para identificar se a meta foi alcançada)	PONTUAÇÃO %
1	<b>Internações</b>	Atendimentos realizados imediatamente à chegada do paciente na unidade de acordo com os protocolos institucionais	100%	Número de internações efetivadas / número de pacientes que chegaram à unidade X 100	<b>25</b>

<b>2</b>	<b>Atendimento de intercorrências</b>	Atendimento médico prestado, referente a intercorrências, em qualquer Enfermarias/Núcleo do Hospital	100%	Número de atendimentos de intercorrência / número total de intercorrências x 100	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>Tempo de atendimento da urgência e emergência</b>	Mensurar a demora para atendimento nos chamados de urgência e emergência	Inferior a 5%	Número de atendimentos em tempo superior a 20 min do acionamento/ número total de X 100	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>Prontuários evoluídos</b>	Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes	100%	Número de inconformidades encontradas / número de prontuários preenchidos x 100	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Reclamação na ouvidoria em número</b>	Valor obtido através da relação do número de pacientes/mês dividido pelo número de ouvidoria registrada/mês.	≤ que 1%	Número de pacientes / número de registro na ouvidoria X 100	<b>05</b>
<b>TOTAL DE PONTOS</b>					<b>100</b>

**Metas Quantitativas/Qualitativas na área de Psiquiatra (Assistente) – Núcleo de Agudos II (NA II)**

<b>Nº</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DESCRIÇÃO META</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b> (cálculo para identificar se a meta foi alcançada)	<b>PONTUAÇÃO</b>  %
-----------	------------------	-----------------------	-------------	---	---------------------------

**CAISM "Dr. David Capistrano da Costa Filho" DA ÁGUA FUNDA – Núcleo de Suprimentos e Gestão de Contratos**

Av. Miguel Estefno,3.030 | CEP 04301-901 | São Paulo, SP | Fone: (11) 5077-7857  
caism-compras@saude.sp.gov.br

<b>1</b>	<b>Atendimentos</b>	Atendimento inicial a todos os pacientes internados e atendimentos subsequentes no mínimo 3 vezes por semana	100%	Número de pacientes internados/número de pacientes atendidos X 100	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>Saídas</b>	É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), transferência externa, transferência interna ou óbito (número de pacientes dia / média de permanência)	Maior ou igual a 13 saídas	Produzir um número maior ou igual a 13 saídas/mês	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>Média de Permanência (dias)</b>	Valor obtido através da relação entre o número de pacientes dia e o número de saídas. Mede o tempo médio que o paciente permanece internado no NA II e o resultado é expresso em dias	35 dias	Número de pacientes-dia / Número de saídas X 100	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>Prontuários Evoluídos</b>	Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes	100%	Número de inconformidades encontradas / número de prontuários preenchidos X 100	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Participação no Projeto Terapêutico Singular</b>	Participar juntamente com a equipe multiprofissional na construção do PTS de todos os pacientes internados no NA II	100%	Número de PTS elaborados / número de saídas X 100	<b>10</b>

<b>6</b>	<b>Taxa de Ocupação</b>	Valor obtido através da relação percentual entre o número de pacientes-dia e número total de leitos-dia	85%	Número de pacientes-dia / total de leitos X 100	<b>10</b>
<b>TOTAL DE PONTOS</b>					<b>100</b>

**13.3 Metas Quantitativas/Qualitativas na área de Clínica Médica (diarista) Núcleo de Agudos I (NA I) e Núcleo de Agudos II (NA II)**

<b>Nº</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DESCRIÇÃO META</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR DE ALCANCE DA META</b> (Cálculo para verificar se a meta foi alcançada)	<b>PONTUAÇÃO %</b>
<b>1</b>	<b>Atendimento</b>	Atendimento médico inicial prestado a todos os pacientes até 24 horas após a internação (Exceto finais de semana e feriados)	100%	Número de pacientes internados / Número de atendidos X 100	<b>30</b>
<b>2</b>	<b>Atendimento de interconsulta</b>	Atendimento médico prestado referente às interconsultas solicitadas pela equipe multiprofissional	100%	Número de solicitações / Número de atendimentos realizados X 100	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>Prontuários evoluídos</b>	Preencher de forma integral e completa o prontuário do paciente sob sua responsabilidade	100%	Número de inconformidades encontradas / Número de prontuários preenchidos X 100	<b>30</b>

<b>4</b>	<b>Preenchimento de documentação e notificações</b>	Preencher de forma integral e completa a documentação e notificação de diversos órgãos de controle	100%	Número de pacientes com diagnóstico passível de notificação / Número de notificação realizada X 100	<b>10</b>
<b>TOTAL DE PONTOS</b>					<b>100</b>

#### d) Etapas ou Fases de Execução

Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros.

Exemplo:

ETAPA	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:

---



---

ORDEM	OBJETO	VALOR	%
1	<b>Consumo</b>		
	Material Hospitalar		
	Material de Escritório		
2	Material de Limpeza		
	<b>Prestação de Serviços</b>		
	Prestação de serviços de uma equipe especializada.		
	Benefícios		
	<b>Total</b>		

**V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (preencher a tabela)**

Desmembrar por natureza de despesa ( custeio).

Mês	OBJETO	CONCEDENTE
1	Custeio	R\$ 0,00

Mês	OBJETO	CONCEDENTE
	<b>Total</b>	<b>R\$ 0,00</b>



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

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

*(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 TECNICAMENTE NESTA UNIDADE**

Data de Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Diretor da Unidade

**VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA**

Data \_\_\_\_ da \_\_\_\_ Assinatura  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

Ordenador de Despesa

**CAISM "Dr. David Capistrano da Costa Filho" DA ÁGUA FUNDA – Núcleo de Suprimentos e Gestão de Contratos**

Av. Miguel Estefno,3.030 | CEP 04301-901 | São Paulo, SP | Fone: (11) 5077-7857  
caism-compras@saude.sp.gov.br

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

Data da Assinatura \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_, Processo nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, **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.