



**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº  
002/2017 (SESAU/FUMDES)  
PROCESSO ADM. Nº 004-0000014483-2017-6.**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO PARA PRESTADOR(A) DE SERVIÇO DE SAÚDE, INTERESSADO EM REALIZAR ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO COM VALORES DA TABELA SIA/SUS PARA OS PACIENTES DA REDE DE SAÚDE DE SÃO VICENTE, DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

A Secretaria da Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, através do Fundo Municipal de Saúde de São Vicente, inscrito no C.N.P.J. Nº 11.899.413/0001-76, considerando o interesse do dispor de uma rede de assistência mais ampla, para atendimento aos usuários do S.U.S., bem como a necessidade de habilitar interessado dentro dos padrões de qualidade e parâmetros de necessidade da população, torna público que se acha aberto o presente EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 002/2017, com fundamento na Lei Federal Nº 8.663/93 e nos Artigos 24, 25 e 26 da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para o credenciamento de prestador (a) de serviços de Atendimento Fisioterapêutico, especificados no anexo I deste Edital, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde – S.U.S., mediante a celebração de instrumento próprio, para atendimento da sua demanda, conforme as condições e as necessidades do município.

Data de Recebimento: **12/09/17 às 14:30** horas na Rua Padre Anchieta, Nº 462 – 5º andar, Auditório.

Abertura de envelopes: **12/09/17 às 14:30** horas na Rua Padre Anchieta, nº 462 – 5º andar, Auditório.

Cópia do respectivo edital encontra-se à disposição dos interessados, na Rua Padre Anchieta, Nº 462 – 5º andar, Departamento de Compras, no horário das **10:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 horas, podendo ser consultado e extraído também por meio do sítio eletrônico [www.saovicente.sp.gov.br](http://www.saovicente.sp.gov.br)** – Licitações – Edital de Chamamento para Credenciamento Nº 002/17 (SESAU/FUMDES).



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

Maiores informações poderão ser obtidas através do Tel.: (13) 3569-5710, pelos e-mails: [compras@saudesaovicante.sp.gov.br](mailto:compras@saudesaovicante.sp.gov.br) ou [sesasvcompras@yahoo.com.br](mailto:sesasvcompras@yahoo.com.br) ou no endereço supramencionado.

Fazem parte integrante e indissociável deste Edital, os seguintes ANEXOS:

**ANEXO I** – TERMO DE REFERÊNCIA - ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E TABELA QUANTITATIVA E DE VALORES SIA/SUS DOS SERVIÇOS.

**ANEXO II** – MODELO DE TERMO DE DECLARAÇÃO.

**ANEXO III** – MINUTA DE CONVÊNIO.

**ANEXO IV** – MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

**ANEXO V** – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PESSOA LEGALMENTE RESPONSÁVEL.

**ANEXO VI** – TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO.

**ANEXO VII** – CADASTRO DE RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA.

### **1. OBJETO**

O presente edital objetiva o credenciamento de pessoa jurídica prestadora de serviço de saúde, interessada em realizar serviços de Atendimento Fisioterapêutico, devendo atender pacientes da Rede de Saúde de São Vicente, do Sistema Único de Saúde – SUS, com local para a realização dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s), mediante a celebração de CONVÊNIO, no caso dos prestadores públicos, universitários e privados sem fins lucrativos (Anexo III); e, de forma complementar, ou de CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS para os prestadores de serviços privados com fins lucrativos (Anexo IV), com fundamento no Artigo 25, “caput” da Lei Federal Nº 8.666/93, conforme especificações constantes do ANEXO I, parte integrante deste Edital de Chamamento para Credenciamento.

De acordo com o Artigo 199 da Constituição Federal e Artigos 24 e 25 da Lei Federal Nº 8.080/90 terão prioridade no credenciamento os prestadores públicos de serviço de saúde, seguidos pelas entidades universitárias e filantrópicas e, complementarmente, os serviços privados com fins lucrativos.



O interessado em participar deverá executar todos os serviços objeto deste credenciamento, sob a sua única e exclusiva responsabilidade, os quais deverão estar disponíveis em sua unidade, por sua conta e risco, nas condições determinadas pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente (SESAU/FUMDES/PMSV).

## **2. RECURSOS FINANCEIROS**

O valor do repasse financeiro relativo à execução dos serviços será aquele constante da tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde, o qual será atendido pela dotação orçamentária N° 0218.021803.10.302.0167.2324.3.3.90.39.00 constante deste exercício competente, e em parte por conta dos exercícios subseqüentes.

## **3. APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES**

Os interessados no presente credenciamento deverão estar munidos de procuração ou carta de credenciamento juntamente com R.G. e protocolar na Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente (SESAU/FUMDES/PMSV), **às 14:30 horas, do dia 12/09/17**, na Rua Padre Anchieta N° 462, 5° andar, 02 (dois) envelopes fechados, contendo a documentação pertinente à sua Habilitação e outro relativo à Proposta, endereçando-o com o nome e sede da entidade/prestadora e a descrição do objeto do presente edital.

Não serão recebidos envelopes após o dia e horário acima estabelecido.

## **4. DO CREDENCIAMENTO**

O interessado poderá fazer-se representar na sessão de abertura, diretamente, por diretor ou um de seus sócios, ou indiretamente, por meio de procuração ou carta de credenciamento específica.

Em se tratando de representante legal da empresa, sócio ou diretor, deverá ser apresentada cópia do contrato social, com a última alteração, ou do estatuto social e, quando for o caso, ata da eleição da Diretoria, em cópia autenticada, indicando a sua qualificação e seus poderes.

Em se tratando de instrumento particular de procuração, este deverá ser apresentado no original ou em cópia autenticada, conferindo amplos poderes, inclusive para receber intimações e desistir de recursos, firmado



por representante legal da empresa, **preferencialmente** com firma reconhecida em Cartório de Notas.

Em se tratando de carta de credenciamento, a mesma deverá ser apresentada no original, **preferencialmente** com firma reconhecida.

Os contratos sociais, estatutos sociais, atas de eleição, procurações e as cartas de credenciamento, acompanhados respectivamente da Cédula de Identidade de Registro Geral do Diretor ou Sócio da empresa, do procurador ou do representante credenciado serão apresentados ao funcionário designado do Departamento de Compras e membros da equipe técnica convocados, que os examinará no início da sessão, antes da abertura dos envelopes.

Cada interessado somente poderá constituir um único representante para manifestar-se durante os trabalhos.

A não apresentação do credenciamento apenas impedirá o interessado de manifestar-se durante os trabalhos, não lhe sendo permitidas refutações orais.

Os documentos de credenciamento serão retidos e juntados ao processo de chamamento para credenciamento.

## **5. HABILITAÇÃO**

Na data e horário previstos para a apresentação do envelope, os interessados deverão apresentar a documentação pertinente à sua Habilitação, compreendendo:

### **5.1. REGULARIDADE JURÍDICA**

**5.1.1.** Registro Comercial, no caso de empresa individual.

**5.1.2.** Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social e seus aditivos em vigor, devidamente registrados, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade de ações, acompanhadas de documentos de eleição de seus administradores.

**5.1.3.** Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício.



**5.1.4.** Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

## **5.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA**

**5.2.1.** Prova de Inscrição no CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS JURIDICAS (CNPJ) do Ministério da Fazenda.

**5.2.2.** Certificado de Regularidade do **F.G.T.S. (C.R.F.)**, demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por Lei.

**5.2.3.** Certidão Negativa ou Positiva, com efeito, de Negativa referente aos Débitos Relativos aos Tributos Federais e a Dívida da União que também abrangem as contribuições sociais (INSS), conforme a Portaria Conjunta RFB/PGFN Nº 1751, de 02/10/2014.

**5.2.4.** Certidão Negativa de Débitos ou Certidão Positiva de Débito com Efeitos de Negativa junto à Fazenda Estadual, expedida pela Secretaria da Fazenda do Estado da sede da licitante.

**5.2.5.** Certidão Negativa de Débitos ou Certidão Positiva de Débito com Efeitos de Negativa junto à Fazenda Municipal (Tributos e Mobiliário), expedida pela Secretaria da Fazenda do Município da sede da licitante.

**5.2.6.** Certidão Negativa ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa perante a Justiça do Trabalho, referente aos Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho (de acordo com a Lei 12.440/2011).

## **5.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:**

**5.3.1.** Certidão Negativa de Falência, expedida pelo cartório distribuidor da comarca da sede da pessoa jurídica ou de



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

execução de pessoa física a, no máximo, 180 (noventa) dias da abertura do Envelope de Habilitação.

**5.3.2.** Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis do último exercício social, mencionado expressamente em cada balanço o número do livro Diário e das folhas em que se encontra transcrito o número do registro do livro na Junta Comercial, de modo a comprovar a boa situação financeira da empresa, vedada a substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data da apresentação da proposta.

**5.3.3.** Comprovação de possuir Capital Social ou o valor do patrimônio líquido correspondente a, no mínimo, 10% (dez por cento) do valor total arrematado para cada item que o licitante for participar, devendo a comprovação ser feita relativamente à data apresentação da proposta, na forma da lei, admitida a atualização para esta data através de índices oficiais.

### **5.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:**

**5.4.1.** Prova de aptidão para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto desta licitação, por meio da apresentação de Atestado(s), expedido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado.

**5.4.1.1.** O(s) atestado(s) deverá(ão) estar necessariamente em nome da empresa proponente e indicar prova de execução de, no mínimo, 50% do total do objeto licitado, conforme súmula 24 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

**5.4.1.2.** O(s) atestado(s) exigido(s) na alínea “5.4.1.1” anterior deve(m) estar em papel timbrado, com a devida identificação e assinatura do responsável, devendo possuir ainda o nome, endereço, telefone(s)/fax e e-mail do contato do emitente do atestado, além da descrição dos serviços realizados.



**5.4.2.** Prova de registro ou inscrição do estabelecimento na entidade profissional competente (CREFITO).

**5.4.3.** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**5.4.4.** Alvará Sanitário ou Licença de Funcionamento expedido pelo órgão competente, vistoriado pelo Serviço de Vigilância Municipal, Estadual ou Federal.

**5.4.5.** Relação da equipe técnica com descrição da capacidade profissional, Certificado de inscrição no Conselho competente, carga horária, qualificação dos responsáveis pelos serviços com título de especialista pela sociedade respectiva ou residência conhecida pelo MEC, juntando-se documentação comprobatória.

## **5.5. OUTRAS COMPROVAÇÕES:**

**5.5.1.** Declaração de sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no Sistema Único de Saúde a nível Municipal, Estadual ou Federal, nos termos do parágrafo 4º do Artigo 26 da Lei Nº 8080/90.

**5.5.2.** Declaração expressa e sob penas da Lei, conforme modelo facultativo constante do ANEXO II, parte integrante desde Edital, de que:

- a.** Não está impedida de celebrar ajustes com a Administração Pública, direta ou indireta.
- b.** Não foi declarada inidônea pelo Poder Público ou de contratar com a Administração.
- c.** Não existe fato impeditivo à sua habilitação.
- d.** Não possui no seu quadro de funcionários menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e funcionários menores de 16 anos em qualquer outro tipo de trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

- e. De que tomou conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações do objeto deste Credenciamento.

**5.5.3.** Declaração de que possui todas as condições necessárias para desenvolver as atividades contratadas, bem como de que disporá de instalação adequada com a descrição do Espaço Físico e dos Equipamentos Técnicos disponibilizados e de que possui pessoal qualificado para o cumprimento do objeto, informando o(s) respectivo(s) endereço(s) e os horários de funcionamento.

**5.5.4.** Declaração de que aceita as diretrizes e normas previstas na Constituição Federal e na Lei Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90.

**5.5.5.** Declaração de Indicação de Pessoa legalmente responsável para a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços/Convênio, conforme modelo facultativo no **Anexo V**.

**5.5.6.** Cadastro de Responsável pela Contratada, conforme **Anexo VII**, devendo todos os campos deste cadastro ter preenchimento obrigatório, obedecendo ao disposto na Instrução Nº 02/16 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

**5.2.** Não serão aceitos protocolos e nem documentos com prazo de validade vencido. No caso das certidões, quando não consignarem prazo de validade, serão consideradas válidas as expedidas com data não superior a 180 (Cento e oitenta) dias anteriores à data limite para o recebimento dos envelopes de credenciamento.

**5.3.** Os documentos exigidos neste subitem poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião de notas ou pelo funcionário designado do Departamento de Compras ou membros da equipe técnica convocados, ou publicação em órgão de imprensa oficial, ou ainda, emitidas via Internet.

## **6. DO JULGAMENTO DA HABILITAÇÃO**





**6.1.** No dia e horário estabelecidos, na presença dos interessados serão abertos os envelopes de HABILITAÇÃO, pelo funcionário designado do Departamento de Compras e membros da equipe técnica convocados, os quais serão rubricados por todos os presentes, ocasião em que ocorrerá a apreciação dos envelopes.

**6.2.** Será considerado inabilitado(a) o PRESTADOR(A) que não apresentar a documentação pertinente à sua participação, conforme disposto no item 5 desde Edital, ou que apresentar os documentos exigidos com vícios ou defeitos que impossibilitem o seu aproveitamento.

**6.3.** Após o exame dos documentos, pelo funcionário designado do Departamento de Compras e membros da equipe técnica convocados científicará os interessados sobre o resultado de habilitação.

**6.4.** Transcorridos os prazos de recurso, ou decididos os recursos eventualmente interpostos, serão retomados os trabalhos, com a convocação dos PRESTADORES habilitados para a próxima fase.

## **7. DA PROPOSTA**

**7.1.** A proposta deverá conter, na forma e no conteúdo, as exigências desde Edital, especialmente o seguinte:

**7.1.1.** Ser apresentada datilografada ou digitada, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas.

**7.1.2.** Conter o número do Processo e número deste **Edital de Chamamento para Credenciamento**.

**7.1.3.** A Razão Social da Proponente, C.N.P.J., endereço completo, telefone, fax e endereço eletrônico (E-Mail) para contato.

**7.1.4.** Apresentar especificação clara e detalhada dos serviços ofertados do objeto deste Credenciamento, em conformidade



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

com as especificações contidas no **ANEXO I – Lote 01** sem alternativa de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado por lote, mas devendo estar especificado na proposta entregue o Valor Unitário e o Valor Total em conformidade com os valores dos procedimentos vigentes na data da Tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde.

**7.1.5.** O prazo de pagamento ao Prestador(a) será após análise e auditoria dos procedimentos efetuados mensalmente e transmissão dos dados ao S.U.S. e logo após o competente repasse financeiro do Ministério da Saúde e das condições contidas no Convênio/Contrato.

**7.1.5.** Número de conta corrente, Agência bancária, nome e número da Agência.

**7.2.** As propostas que não estiverem em consonância com as exigências deste Edital, serão desconsideradas.

**7.2.1.** Os preços ofertados, não poderão exceder os constantes da Tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde.

**Nota 01:** Nos preços propostos estarão previstos, além do lucro, todos os custos diretos e indiretos relativos ao cumprimento integral do objeto deste Credenciamento, envolvendo, entre outras despesas, tributos de qualquer natureza, serviços solicitados, taxas, etc.

## **8. DOS CRITÉRIOS PARA CONTRATAÇÃO**

**8.1.** O funcionário designado do Departamento de Compras e membros da equipe técnica convocados efetuarão a classificação do(a) prestador(a) na própria sessão.

**8.2.** De acordo com o Artigo 199 da Constituição Federal, e Artigos 24 e 25 da Lei Nº 8.080/90, terão prioridade de contratação, os prestadores públicos de serviços de saúde, seguidos pelas entidades universitárias e filantrópicas e, complementarmente, os serviços privados em fins lucrativos. **Observadas a prioridade de contratação elencada**



**anteriormente e caso haja mais de 01 (um) prestador habilitado deverão as quantidades anuais dos serviços serem divididas igualmente por quantos sejam os prestadores credenciados.**

**8.3.** O funcionário designado do Departamento de Compras e membros da equipe técnica convocados cientificará os interessados sobre o resultado do credenciamento.

**8.4.** Transcorridos os prazos de recurso, ou decididos os recursos eventualmente interpostos, serão retomados os trabalhos, com a convocação do Prestador(a) credenciado(a), com vistas à assinatura do instrumento próprio.

## **9. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS.**

**9.1.** Dos atos da Administração cabe recurso administrativo, no prazo de 05(cinco) dias úteis, na forma do disposto no Inciso I do Artigo 109 da Lei Federal Nº 8.666/93.

**9.2.** A interposição de eventual recurso poderá ser efetuada das 08:00 às 17:00 horas na Seção de Protocolo da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente sito a Rua Padre Anchieta, Nº 462 – Térreo – Centro – São Vicente.

**9.3.** Uma vez interposto, o recurso será comunicado aos demais participantes que poderão impugná-lo no prazo de 05 (cinco) dias corridos.

## **10. DAS SANÇÕES.**

**10.1.** A inobservância, pelo(a) PRESTADOR(A) de cláusula(s) ou obrigação(ões) constantes do Contrato ou Convênio a ser firmado, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, ensejará ao SESAUFUMDES/PMSV, garantida a prévia defesa, aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos Artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal Nº 8.666/93 e suas alterações, combinado com o disposto no Parágrafo Segundo do Artigo 7º, da Portaria Nº 1.286/93 do Ministério da Saúde, ou seja:



**10.1.1.** Advertência Escrita – Advertência escrita, conforme Artigo 87, Inciso I, da Lei Federal Nº 8.666/93 e suas alterações.

**10.1.2.** Multa de 2% até 5% do valor anual do Contrato/Convênio – A multa de 2% a 5% do valor anual do ajuste, conforme Artigo 87, Inciso II, da Lei Federal Nº 8.666/93, imposta ao prestador de serviços pela inexecução, total ou parcial, das obrigações assumidas, ou pelo atraso na sua execução, será aplicada após o competente processo, sendo que:

**10.1.2.1.** Até 2% pelo atraso na sua execução.

**10.1.2.2.** Até 3% pela inexecução parcial.

**10.1.2.3.** Até 5% pela inexecução total das obrigações.

**10.1.3.** Multa-dia de até 1/30 (um trinta avos) do valor mensal do Contrato/Convênio – a multa-dia de 1/30 (um trinta avos), do valor mensal do Contrato/Convênio, Artigo 86 e parágrafos, da Lei Federal Nº 8.666/93, sempre que as obrigações do(a) PRESTADOR(A), seja por negligência, imprudência ou conduta faltosa, com dolo ou não ou, ainda, pela situações abaixo:

**10.1.3.1.** Por contas julgadas irregulares de que resulte débito, nos termos da comprovação da auditoria realizada.

**10.1.3.2.** Por irregularidade que resulte dano ao erário, decorrente de ato legítimo ou antieconômico.

**10.1.3.3.** Por infração à norma legal ou regulamentar do SUS, de natureza operacional, contábil ou financeira.



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**10.1.3.4.** Poderá ser aplicada multa de até 10 (dez) dias, sendo 01 (um) dia equivalente a 1/30 (um trinta avos) do último faturamento.

**10.1.4.** Suspensão temporária de contratar com a Administração Municipal Direta e Indireta, quando a infração for decorrente de violação culposa do ajuste pelo prestador.

**10.1.5.** A suspensão de que trata o **10.1.4** que poderá ser graduada em até 02 (dois) anos, segundo a gravidade de infração, será aplicada pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, observando o direito de defesa prévia em processo administrativo competente.

**10.1.6.** Declaração de inidoneidade – A declaração de inidoneidade, após o julgamento do processo, dar-se-á quando houver ilícito gravíssimo ou descumprimento total do contrato, que venha resultar em comportamento doloso do prestador. A penalidade será aplicada observando o direito de defesa prévia em processo administrativo competente.

**10.2.** A imposição das penalidades previstas neste item ocorrerá, depois de efetiva auditagem assistencial ou inspeção, e dela será notificado(a) o(a) PRESTADOR(A).

**10.3.** Os valores pecuniários, relativos às alíneas **10.1.2** e **10.1.3** serão ressarcidos a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, através de Guia de Recolhimento, para pagamento imediato, mediante desconto em pagamento futuro, ou através de cobrança judicial.

**10.4.** Na aplicação das penalidades, previstas nas alíneas **10.1.1, 10.1.2, 10.1.4 e 10.1.6** o(a) PRESTADOR(A) poderá interpor recurso administrativo, dirigido à autoridade



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

competente, garantido ao(à) PRESTADOR(A) o direito de defesa em processo regular.

**10.5.** Os procedimentos não realizados, os realizados sem autorização, ou impróprios, a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, serão identificados e glosados, após levantamento.

### **11. DAS OBRIGAÇÕES DO(A) PRESTADOR(A)**

**11.1.** Os serviços serão executados diretamente por profissionais do estabelecimento do(a) PRESTADOR(A), com local para a realização dos procedimentos de Atendimento Fisioterapêutico dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s).

**11.2.** Para os efeitos desde credenciamento consideram-se profissionais do próprio estabelecimento do(a) PRESTADOR(A):

**11.2.1.** O membro do seu corpo clínico.

**11.2.2.** O profissional que tenha vínculo de emprego com o(a) PRESTADOR(A).

**11.2.3.** O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, presta serviço ao(à) PRESTADOR(A).

**11.3.** Equipara-se ao profissional autônomo definido no item **11.2.3** a empresa, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área da saúde.

**11.4.** É expressamente proibida a cobrança de qualquer quantia, sob qualquer título, dos serviços prestados ao paciente, nos limites da cobertura desde credenciamento.



**11.5.** O(A) PRESTADOR(A) será responsabilizado(a) pela cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou proposto, ou outrem que utilize as instalações da empresa de forma eventual ou permanente.

**11.5.1.** Comprovada a cobrança citada no presente item o(a) PRESTADOR(A) deverá ressarcir o paciente no valor indevidamente cobrado no prazo improrrogável de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da data de comunicação, por escrito, e se sujeitará à penalidade de advertência, a ser aplicada de forma escrita.

**11.5.2.** Na hipótese de reincidência da cobrança o(a) PRESTADOR(A) se sujeitará à multa de duas vezes o valor cobrado. Os valores serão cobrados em sobro em casa ocorrência, comprovada a reincidência.

**11.5.3.** As penalidades mencionadas no item anterior somente serão aplicadas após regular processo, onde será assegurado ao(à) PRESTADOR(A) o direito de defesa.

**11.6.** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade exercida pelo(a) PRESTADOR(A), sobre a execução do objeto desde ajuste, as partes reconhecem a prerrogativa de controle e avaliação dos serviços prestados pelo Conselho Municipal de Saúde e a autoridade normativa e fiscalizadora genérica da Direção Nacional e Estadual do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde e demais legislação pertinente e vigente.

**11.7.** É de responsabilidade exclusiva e integral do(a) PRESTADOR(A) a utilização de pessoal e o fornecimento dos insumos (incluindo a coleta) necessários para a execução do objeto avençado, incluindo-se os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.



**11.8.** O(A) PRESTADOR(A) obriga-se, ainda, a:

**a)** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

**b)** Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário.

**c)** Afixar aviso em local visível de sua condição de entidade de integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição.

**d)** Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto no ajuste.

**e)** Notificar a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao mesmo, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do registro\da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

**f)** Comunicar eventual mudança de endereço com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

**g)** Manter, durante a execução do ajuste, todas as condições de habilitação exigidas no procedimento de credenciamento.

**h)** Arcar com os encargos previdenciários constantes das letras “e” e “f”, **item 5** desde Edital, durante a execução do ajuste.





## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

i) Realizar todos os serviços previstos neste ajuste e disponíveis em suas unidades, não podendo optar pela realização de alguns em detrimento de outros.

j) Respeitar as quantidades dos procedimentos previstos no Anexo I, caso haja o descumprimento contratual, o (a) Prestador (a) acarará sozinho com os ônus, somente poderá ultrapassar o referido teto e realizá-los, com expresso consentimento da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente e desde que haja o competente repasse financeiro por parte do Ministério da Saúde.

**11.10.** O (A) PRESTADOR(A) é responsável pela indenização de danos causados ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou pressupostos, ficando assegurado-lhe o direito de regresso.

**11.11.** A fiscalização ou o acompanhamento da execução desde credenciamento pelos órgãos competentes do SUS e pela Secretaria de Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente não exclui nem reduz a responsabilidade do(a) PRESTADOR(A), nos termos da legislação aplicável.

**11.12.** É de total responsabilidade do (a) Prestador (a) a realização de todos os exames de acompanhamento dos procedimentos aqui tratados, não cabendo nenhuma responsabilidade (ônus) por parte da Secretaria de Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente por tais procedimentos.

## **12. DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.**



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**12.1.** Pagar ao PRESTADOR(A) nos termos do **Item 15** deste edital.

**12.2.** Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados.

**12.3.** Monitorar o funcionamento do estabelecimento de saúde do(a) PRESTADOR(A).

**12.4.** Prestar as informações necessárias, com clareza, ao PRESTADOR(A), para execução dos serviços.

**12.5.** Periodicamente vistoriar as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato ou Convênio.

**12.6.** Designar, mediante documento hábil, servidor para supervisionar, fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.

**12.7.** Fazer o encaminhamento dos usuários do SUS ao estabelecimento do(a) PRESTADOR(A), através da rede dos Serviços Municipais de Saúde.

### **13. DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS.**

**13.1.** O valor do repasse financeiro relativo à execução do ajuste será aquele constante da tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde ou, excepcionalmente, valores menores aos praticados pela tabela.

### **14. DOS REAJUSTES.**

**14.1.** Os valores propostos são os da tabela SIA/SUS, sendo que serão repassados eventuais reajustes concedidos somente pelo Ministério da Saúde para a Tabela SIA/SUS, através de Portaria.

### **15. DO PAGAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS:**



**15.1.** O(A) **CONVENIADO(A)/CONTRATADO(A)** apresentará mensalmente ao **CONVENIENTE/CONTRATANTE**, até o terceiro (3º) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as respectivas faturas, sendo que os repasses financeiros serão feitos posteriormente a análise e auditoria dos procedimentos efetuados mensalmente e transmissão dos dados ao S.U.S. e a cada recebimento do laudo de recebimento das atividades emitido pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, desde que devidamente processados, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura, acompanhadas da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN), da Certidão de Regularidade com o FGTS (CRF), válidas na data de emissão da Notas Fiscais/Faturas, devidamente atestadas pelos representantes indicados pela **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE** e logo após o competente repasse financeiro do Ministério da Saúde e das condições contidas neste Convênio/Contrato.

**15.2.** No caso de devolução da documentação fiscal para correção e/ou da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN) e da Certidão de Regularidade com o FGTS (CRF) válidas na data de emissão da Nota Fiscal, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua reapresentação.

**15.3.** Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no Órgão Licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

**15.4.** Os repasses deverão ocorrer através de crédito em conta corrente do(a) **CONVENIADO(A)/CONTRATADO(A)**.

**15.5.** As despesas decorrentes correrão pela dotação orçamentária N° 0218.021803.10.302.0167.2324.3.3.90.39.00.



## **16. DO AJUSTE.**

**16.1.** O(A) PRESTADOR(A) será notificado(a) via e-mail, ou por correspondência privada, para que, em até 05 (cinco) dias corridos, contados da data do recebimento da notificação, assinar o respectivo instrumento, sob pena de decair do direito de celebrar o ajuste com a Administração Pública, o qual poderá compreender a formalização, conforme o caso, de Convênio ou de Contrato de Serviços.

**16.2.** O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso, e desde que ocorra motivo justificado, aceito pelo SESAU/FUMDES/PMSV.

**16.3.** O Núcleo de Avaliação e Controle em conjunto com a Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de São Vicente são os órgãos da Prefeitura credenciados pelo SESAU/FUMDES/PMSV, para vistoriarem a execução e o recebimento dos serviços correspondentes ao ajuste, e a prestarem toda a assistência e a orientação que se fizerem necessárias.

**16.4.** Será admitida ao longo da execução do ajuste a celebração de termo aditivo entre as partes, sempre que juridicamente exigido ou cabível, com o objetivo de se proceder às adequações que se tenham por necessárias ao disposto nos itens deste Edital, em face de eventuais alterações na legislação federal que regulamenta a matéria.

## **17 - DA RESCISÃO.**

**17.1.** Constituem motivos para rescisão ou denúncia dos Contratos ou Convênios a ser firmados o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na Lei Federal Nº 8.666/93, sem prejuízo das multas cominadas no item **10.1.2**, deste edital, quais sejam:

a) O não cumprimento de cláusulas contratuais ou conveniais.



- b) O atraso injustificado no início do serviço.
- c) A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração.
- d) O não atendimento das determinações regulares do Representante do SESAU/FUMDES/PMSV designado para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como, as de seus superiores.
- e) O cometimento reiterado de faltas na sua execução.
- f) Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pelo SESAU/FUMDES/PMSV.
- g) Nos casos enumerados nos Incisos IX, X, XI, XIV, XV, XVII e XVIII do Artigo 78 da Lei Federal Nº 8.666/93.

**17.2.** Em caso de rescisão ou denúncia, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a critério do SESAU/FUMDES/PMSV, será observado o prazo de até 90 (noventa) dias para ocorrer à rescisão. Se neste prazo o(a) PRESTADOR(A) negligenciar na prestação dos serviços que vierem a ser contratados, a multa poderá ser duplicada.

**17.3.** A rescisão do Contrato ou Convênio será determinada pelo SESAU/FUMDES/PMSV e exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e a ampla defesa, tudo com vista ao disposto na Lei Federal Nº 8.666/93, em especial ao seu Artigo 79.

**17.4.** Da decisão do SESAU/FUMDES/PMSV de rescindir os Contratos ou Convênios, caberá ao PRESTADOR(A) pedido de recurso, no prazo de 05(cinco) dias, a contar da intimação do ato.

**17.5.** Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do subitem anterior, o SESAU/FUMDES/PMSV deverá manifestar-se no prazo de 05(cinco) dias úteis e terá efeito suspensivo.



**18 - DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DO INÍCIO DOS SERVIÇOS:**

**18.1.** O Contrato de Prestação de Serviços/Convênio terá vigência de 12 (doze) meses, de XX/XX/17 a XX/XX/18, podendo ser prorrogado por iguais períodos, mediante a assinatura de Termos Aditivos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

**18.2.** A prestação dos serviços deve ser iniciada no prazo máximo de até 10 (dez) dias após o recebimento da nota de empenho e assinatura do Contrato de Prestação de Serviços ou do Convênio.

**19 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.**

**19.1.** A autoridade administrativa poderá revogar o presente processo de chamamento para credenciamento por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, podendo também anulá-lo, sem que caiba às entidades/prestadoras o direito a qualquer indenização, reembolso ou compensação, quando for o caso.

**19.2.** Para todas as questões suscitadas na execução do ajuste, não resolvidas administrativamente, o foro será o da Comarca de São Vicente, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

São Vicente, 21 de Agosto de 2017.

**Carlos Alberto de Brito Barbosa**  
**Secretaria de Saúde de São Vicente**  
**Fundo Municipal de Saúde de São Vicente**  
**Prefeitura Municipal de São Vicente**



## **ANEXO I**

### **TERMO DE REFERÊNCIA - ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS.**

#### **Prestação de Serviços de Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Músculo Esqueléticas**

##### **Objeto:**

O Prestador de serviço deverá realizar assistência fisioterapêutica aos pacientes com Disfunções Músculo Esqueléticas Pré e Pós operatórias visando a redução de complicações respiratórias, motoras e circulatórias, e com Alterações Motoras de origem traumatológica, ortopédica, reumatológica, hematológica, infecciosa, também minimizando e tratando as complicações respiratórias, motoras e circulatórias. Caberá ainda ao prestador:

- Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal, integral e igualitário, seguindo os princípios do SUS.
- Possuir todas as condições necessárias para desenvolver as atividades contratadas, bem como dispor de instalações adequadas, com a indicação, do respectivo endereço, obrigatoriamente no município de São Vicente.
- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- Afixar aviso em local visível de sua condição de entidade de integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição.

##### **Equipe:**

Para alcançar estes objetivos e atendimento da demanda especificada, os serviços deverão ser executados diretamente por equipe de profissionais fisioterapeutas do Prestador, sob a sua única e exclusiva responsabilidade, bem como possuir equipe de apoio (Coordenador, Recepcionista, Auxiliar de limpeza, entre outros) garantindo padrões de qualidade e parâmetros de necessidade da população.

##### **Turno:**

O Prestador deste serviço deverá possuir no mínimo, atendimento de segunda à sexta-feira, nos períodos da manhã e tarde.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

### Fluxo de atendimento:

O encaminhamento dos usuários do SUS ao estabelecimento do Prestador será realizado através da rede dos Serviços Municipais de Saúde, onde os procedimentos fisioterapêuticos deverão ser previamente auditados e autorizados por profissional indicado pela Secretaria da Saúde, sendo de responsabilidade do contratado os procedimentos realizados sem a devida autorização, devendo o mesmo arcar com os prejuízos adquiridos.

### Notificação dos atendimentos:

O Prestador apresentará mensalmente ao Núcleo de Avaliação e Controle (NAC) informação sobre a realização dos procedimentos por meio de programa fornecido pela Secretaria da Saúde de São Vicente, onde os procedimentos realizados sem autorização, ou impróprios, serão identificados e glosados, após levantamento.

### Descrição e Valores:

Descrição e valores de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS:

<b>Procedimento</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Quantidade Estimada Anual</b>	<b>Valor Estimado Anual</b>
Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas ( <b>Código 030205001-9</b> )	R\$ 6,35	60.000	R\$ 381.000,00
Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras ( <b>Código 030205002-7</b> )	R\$ 4,67	48.000	R\$ 224.160,00
<b>Valor Total Estimado Anual</b>			<b>R\$ 605.160,00</b>





**ANEXO II**

**MODELO DE TERMO DE DECLARAÇÃO**

(\* Utilização facultativa do modelo).

**DECLARAÇÃO**

Para fins de participação no Chamamento para Credenciamento N° 002/2017, Processo Administrativo N° 14483/17, a(o) XXXXXXXX(NOME COMPLETO DO PRESTADOR)XXXXXXXXXX, C.N.P.J. N° XXXXXXXXXXXXX, sediada(o) XXXXXXXX (ENDEREÇO COMPLETO)XXXXXXXXXX, declara, sob as penas da lei que:

- a. Não está impedida de celebrar ajustes com a Administração Pública, direta ou indireta.
- b. Não foi declarada inidônea pelo Poder Público ou de contratar com a Administração.
- c. Não existe fato impeditivo à sua habilitação.
- d. Não possui no seu quadro de funcionários menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e funcionários menores de 16 anos em qualquer outro tipo de trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.
- e. De que tomou conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações do objeto deste Credenciamento.

Assim sendo, para os fins que se fizerem de direito, e por possuir poderes legais para tanto, firmo a presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Nome Completo/Cargo  
(assinatura do responsável)

**OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do licitante e apresentada dentro do ENVELOPE DE HABILITAÇÃO.**



**ANEXO III**

**MINUTA DE CONVÊNIO Nº XXX/17.**

CONVÊNIO QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE E DE OUTRO LADO, O PRESTADOR PÚBLICO/UNIVERSITÁRIO/FILANTRÓPICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, VISANDO A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COM INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO.

A Secretaria da Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, através do Fundo Municipal de Saúde de São Vicente, inscrito no C.N.P.J. Nº 11.899.413/0001-76, denominado CONVENENTE, neste ato representado pelo Sr. Secretário de Saúde, o Dr. Marco Antonio da Silva e de outro lado o (a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX com sede na XXXXXXXXXXXX, Nº XXX, Bairro: XXXXXX, Cidade de XXXXX/XX, entidade filantrópica/sociedade civil sem fins lucrativos/universidade, C.N.P.J. Nº XXXXXXXXXXXX, com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Pessoas Jurídicas sob Nº XXXXX, fls. XXX, portadora do Registro de Filantropia Nº XXX expedido em XX/XX/XXXX pelo Conselho Nacional de Assistência Social, neste ato representado pelo (a) Sr(a). XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, (CARGO), portador(a) do R.G. Nº XXXXXXXXXXXX, C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXX, doravante denominado (a) CONVENIADO(A), tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus Artigos 196 a 200, a Lei Nº 8.080/90, as normas gerais da Lei Federal Nº 8.666/93, e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, considerando ainda a homologação de inexigibilidade de licitação inserida nos autos do processo, sob referência, fundamentada no “caput” do Artigo 25 da Lei Federal Nº 8.666/93, resolvem celebrar o presente Convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:** O presente convênio tem como objeto a prestação serviços de Atendimento Fisioterapêutico com local para a realização dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s), conforme



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

discriminado no Anexo I do Edital de Chamamento Credenciamento N° 002/17, pelo (a) CONVENIADO (A), integrante da rede de serviços de saúde localizado no Município de São Vicente, aos usuários do Sistema Único de Saúde, em regime de parceria com o poder público municipal.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - O(A) CONVENIADO(A) se obriga a aceitar, de acordo com as necessidades do CONVENENTE, e respeitada sua capacidade operacional, acréscimos nos serviços objeto deste convênio, nos termos da Cláusula Sexta, Parágrafo Segundo, deste instrumento.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – O(A) CONVENIADO(A) declara aceitar os termos das Normas Gerais do SUS, inclusive no que tange a sujeição às necessidades e demanda do CONVENENTE, quanto à subordinação, auditoria e fiscalização do SESAU/FUMDES/PMSV, renunciando expressamente a qualquer pleito ou reivindicação de prestação mínima dos serviços de que trata este instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:** Os serviços ora conveniados, referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo(a) CONVENIADO(A), com sede na Rua XXXXXXXXXXXX – Bairro: XXXXXXXXXXXX em XXXXXXXXXXXXXXXX, com Alvará de Autorização Sanitária expedido pelo órgão competente, sob N° XXXXXXXXXXXX e sob a responsabilidade do Diretor Clínico/Técnico/Presidente, Dr.(a)/Sr.(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A eventual mudança de endereço do estabelecimento do (a) CONVENIADO (A) deverá ser imediatamente comunicada ao CONVENENTE, que analisará a conveniência de manter os serviços, ora conveniados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do convênio e, até mesmo denunciá-lo, se entender conveniente. A mudança do Diretor Clínico (ou Técnico) também será comunicada ao CONVENENTE. Em ambos os casos deverá ser procedida uma alteração cadastral, no C.N.E.S. (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) junto ao CONVENENTE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** As alterações cadastrais que impliquem mudanças nos serviços prestados devem ser previamente autorizadas pelo CONVENENTE.



**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Os serviços operacionalizados pelo (a) CONVENIADO (A) deverão atender as necessidades do CONVENENTE, que encaminhará os usuários do SIA/SUS e obedecerá às seguintes condições:

**Prestação de Serviços de Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Músculo Esqueléticas**

O Prestador de serviço deverá realizar assistência fisioterapêutica aos pacientes com Disfunções Músculo Esqueléticas Pré e Pós operatórias visando a redução de complicações respiratórias, motoras e circulatórias, e com Alterações Motoras de origem traumatológica, ortopédica, reumatológica, hematológica, infecciosa, também minimizando e tratando as complicações respiratórias, motoras e circulatórias. Caberá ainda ao prestador:

- Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal, integral e igualitário, seguindo os princípios do SUS.
- Possuir todas as condições necessárias para desenvolver as atividades contratadas, bem como dispor de instalações adequadas, com a indicação, do respectivo endereço, obrigatoriamente no município de São Vicente.
- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- Afixar aviso em local visível de sua condição de entidade de integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição.

**Equipe:**

Para alcançar estes objetivos e atendimento da demanda especificada, os serviços deverão ser executados diretamente por equipe de profissionais fisioterapeutas do Prestador, sob a sua única e exclusiva responsabilidade, bem como possuir equipe de apoio (Coordenador, Recepcionista, Auxiliar de limpeza, entre outros) garantindo padrões de qualidade e parâmetros de necessidade da população.



**Turno:**

O Prestador deste serviço deverá possuir no mínimo, atendimento de segunda à sexta-feira, nos períodos da manhã e tarde.

**Fluxo de atendimento:**

O encaminhamento dos usuários do SUS ao estabelecimento do Prestador será realizado através da rede dos Serviços Municipais de Saúde, onde os procedimentos fisioterapêuticos deverão ser previamente auditados e autorizados por profissional indicado pela Secretaria da Saúde, sendo de responsabilidade do contratado os procedimentos realizados sem a devida autorização, devendo o mesmo arcar com os prejuízos adquiridos.

**Notificação dos atendimentos:**

O Prestador apresentará mensalmente ao Núcleo de Avaliação e Controle (NAC) informação sobre a realização dos procedimentos por meio de programa fornecido pela Secretaria da Saúde de São Vicente, onde os procedimentos realizados sem autorização, ou impróprios, serão identificados e glosados, após levantamento.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO(A) CONVENIADO(A):**

**I.** Os serviços serão executados diretamente por profissionais do estabelecimento do (a) CONVENIADO (A) com local para a realização dos procedimentos desde o atendimento inicial até a alta do paciente dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s).

**II.** Para os efeitos deste ajuste consideram-se profissionais do próprio estabelecimento do (a) CONVENIADO (A):

**a)** O membro do seu corpo clínico.

**b)** O profissional que tenha vínculo de emprego com o (a) CONVENIADO(A).



c) O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, presta serviço ao(à) CONVENIADO(A).

**III.** Equipara-se ao profissional autônomo definido na alínea “c” do item acima a empresa, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área da saúde.

**IV.** É expressamente proibida a cobrança de qualquer quantia, sob qualquer título, dos serviços prestados ao paciente, nos limites da cobertura deste credenciamento.

**V.** O (A) CONVENIADO (A) será responsabilizado (a) pela cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou proposto, ou outrem que utilize as instalações da empresa de forma eventual ou permanente.

**VI.** Comprovada a cobrança citada no presente item o (a) CONVENIADO (A) deverá ressarcir o paciente no valor indevidamente cobrado no prazo improrrogável de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da data da comunicação, por escrito, e se sujeitará à penalidade de advertência, a ser aplicada de forma escrita.

**VII.** Na hipótese de reincidência da cobrança o (a) CONVENIADO (A) se sujeitará a multa de 02 (duas) vezes o valor cobrado. Os valores serão cobrados em dobro em cada ocorrência, comprovada a reincidência.

**VIII.** As penalidades mencionadas no item anterior somente serão aplicadas após regular processo, onde será assegurado ao (à) CONVENIADO (A) o direito de defesa.

**IX.** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade exercida pelo (a) CONVENIADO (A), sobre a execução do objeto deste ajuste, as partes reconhecem a prerrogativa de controle e avaliação dos serviços prestados pelo Conselho Municipal de Saúde e a autoridade normativa e fiscalizadora genérica da Direção Nacional e Estadual do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde e demais legislação pertinente e vigente.

**X.** É de responsabilidade exclusiva e integral do (a) CONVENIADO (A) a utilização de pessoal e o fornecimento dos insumos (incluindo a coleta)



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

necessários para a execução do objeto avençado, incluindo-se os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

**XI.** O (A) CONVENIADO (A) responsabiliza-se, única e exclusivamente, quanto à logística da retirada dos materiais coletados nas unidades de saúde municipais e a entrega dos resultados.

**XII.** O (A) CONVENIADO (A) obriga-se, ainda, a:

**a)** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

**b)** Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário.

**c)** Afixar aviso em local visível de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição.

**d)** Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto no ajuste.

**e)** Notificar a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao mesmo, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

**f)** Comunicar eventual mudança de endereço com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, que analisará a conveniência de manter os serviços prestados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do Convênio, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.



- g)** Manter, durante a execução do ajuste, todas as condições de habilitação exigidas no procedimento de credenciamento.
- h)** Arcar com os encargos previdenciários, durante a execução do ajuste.
- i)** Realizar todos os serviços previstos neste ajuste e disponíveis em suas unidades, não podendo optar pela realização de alguns em detrimento de outros.
- j)** É de total responsabilidade do (a) Conveniado (a) a realização de todos os exames de acompanhamento dos procedimentos aqui tratados, não cabendo nenhuma responsabilidade (ônus) por parte do Convenente por tais procedimentos.
- l)** Respeitar as quantidades dos procedimentos previstos no Anexo I, caso haja o descumprimento contratual, o (a) Conveniado (a) acarará sozinho com os ônus, somente poderá ultrapassar o referido teto e realizá-los, com expresso consentimento da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente e desde que haja o competente repasse financeiro por parte do Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – O (A) CONVENIADO (A) é responsável pela indenização de danos causados ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado o direito de regresso.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste credenciamento pelos órgãos competentes do SUS e pela Municipalidade não exclui nem reduz a responsabilidade do (a) CONVENIADO (A), nos termos da legislação aplicável.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONVENENTE:**

**I.** Pagar ao CONVENIADO (A) nos termos da Cláusula Oitava deste instrumento.





## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**II.** Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados.

**III.** Monitorar o funcionamento do estabelecimento de saúde do (a) CONVENIADO (A).

**IV.** Prestar as informações necessárias, com clareza, ao CONVENIADO (A), para execução dos serviços.

**V.** Periodicamente vistoriar as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Convênio.

**VI.** Designar, mediante documento hábil, servidor para supervisionar, fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.

**VII.** Fazer o encaminhamento dos usuários do SUS ao estabelecimento do (a) CONVENIADO (A), através da rede dos Serviços Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:** O valor do repasse financeiro relativo à execução dos serviços será aquele constante da tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde ou, excepcionalmente, valores menores aos praticados pela tabela.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas decorrentes deste Convênio correrão pela dotação orçamentária N° 0218.021803.10.302.0167.2324.3.3.90.39.00.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Nos exercícios financeiros futuros, em caso de alteração nas dotações orçamentárias, esta se processará mediante efetivação de termo aditivo.

**CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO:** O CONVENIENTE pagará, mensalmente, ao(a) CONVENIADO(A), pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme Tabela SIA/SUS e suas respectivas normas em vigor, editadas pelo Ministério da Saúde.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O valor estimado mensal do presente Convênio é de R\$ XXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX), tomando-se por base o quantitativo estimado de procedimentos programados neste instrumento, cujo valor estimado total, para 12 (doze) meses é de R\$ XXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) e valores unitários conforme tabela abaixo.

### Descrição e Valores:

Procedimento	Valor Unitário	Quantidade Estimada Anual	Valor Estimado Anual
Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas ( <b>Código 030205001-9</b> )	R\$	60.000	R\$
Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras ( <b>Código 030205002-7</b> )	R\$	48.000	R\$
<b>Valor Total Estimado Anual</b>			<b>R\$</b>

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO REAJUSTE:** Os valores propostos são os da tabela SIA/SUS, sendo que serão repassados eventuais reajustes concedidos somente pelo Ministério da Saúde para a Tabela SIA/SUS.

**CLÁUSULA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:** O(A) CONVENIADO(A) apresentará mensalmente ao CONVENENTE, até o terceiro (3º) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as respectivas faturas, sendo que os repasses financeiros serão feitos posteriormente a análise e auditoria dos procedimentos efetuados mensalmente e transmissão dos dados ao S.U.S. e a cada recebimento do laudo de recebimento das atividades emitido pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, desde que devidamente processados, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura, acompanhadas da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN), da Certidão de Regularidade com o FGTS (CRF),



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

válidas na data de emissão da Notas Fiscais/Faturas, devidamente atestadas pelos representantes indicados pela **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE** e logo após o competente repasse financeiro do Ministério da Saúde e das condições contidas neste Convênio.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** No caso de devolução da documentação fiscal para correção e/ou da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN) e da Certidão de Regularidade com o FGTS (CRF) válidas na data de emissão da Nota Fiscal, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua reapresentação.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no Órgão Licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Os repasses deverão ocorrer através de crédito em conta corrente do(a) CONVENIADO(A).

**CLÁUSULA NONA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO:** O Núcleo de Avaliação e Controle em conjunto com a Vigilância Sanitária são os órgãos credenciados pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, para vistoriarem a execução e o recebimento dos serviços correspondentes ao ajuste, e a prestarem toda a assistência e a orientação que se fizerem necessárias.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Periodicamente, o CONVENIENTE vistoriará as instalações do(a) CONVENIADO(A) para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do(a) mesmo(a), comprovadas por ocasião da assinatura deste Convênio.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A fiscalização exercida pelo CONVENIENTE, sobre serviços ora conveniados, não eximirá o(a) CONVENIADO(A) da sua plena responsabilidade perante o



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

CONVENENTE ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução deste Convênio.

**PARÁGRAFO QUARTO:** O(A) CONVENIADO(A) facilitará ao CONVENENTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONVENENTE designados para tal fim.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DA VIGÊNCIA E DO INÍCIO DOS SERVIÇOS:** O ajuste terá a vigência de 12 meses, de XX/XX/17 a XX/XX/18, podendo ser prorrogado por iguais períodos até o limite de 60 meses conforme estabelecido em Lei e a prestação dos serviços deve ser iniciada no prazo máximo de até 10 (dez) dias após o recebimento da nota de empenho e assinatura do Contrato ou do Convênio.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO:** Constituem motivos para rescisão ou denúncia do Convênio o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na Lei Federal Nº 8.666/93, sem prejuízo das multas cominadas na alínea “b” da Cláusula Décima Segunda deste contrato, deste edital, quais sejam:

- a) O não cumprimento de suas cláusulas.
- b) O atraso injustificado no início do serviço.
- c) A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração.
- d) O não atendimento das determinações regulares do Encarregado designado para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como, as de seus superiores.
- e) O cometimento reiterado de faltas na sua execução.
- f) Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**g)** Nos casos enumerados nos incisos IX, X, XI, XIV, XV, XVII e XVIII do Artigo 78 da Lei Federal Nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Em caso de rescisão ou denúncia, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo a população, a critério da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente será observado o prazo de até noventa (90) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o(a) CONVENIADO(A) negligenciar na prestação dos serviços que vierem a ser contratados, a multa poderá ser duplicada.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A rescisão do Convênio será determinada pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente e exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e a ampla defesa, tudo com vista ao disposto na Lei Federal Nº 8.666/93, em especial ao seu artigo 79.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Da decisão da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente de rescindir o Convênio, caberá ao CONVENIADO pedido de recurso, no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da intimação do ato.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do subitem anterior, a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente deverá manifestar-se no prazo de 05(cinco) dias úteis e terá efeito suspensivo.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS SANÇÕES:** A inobservância, pelo(a) CONVENIADO(A) de cláusula(s) ou obrigação(ões) constantes do Convênio, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, ensejará a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, garantida a prévia defesa, aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal Nº 8.666/93 e suas alterações, combinado com o disposto no parágrafo segundo do artigo 7º, da Portaria Nº 1.286/93 do Ministério da Saúde, ou seja:



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**a)** Advertência Escrita – Advertência escrita, conforme art. 87, inciso I, da Lei Federal Nº 8.666/93 e suas alterações.

**b)** Multa de 2% até 5% do valor anual do convênio – A multa de 2% a 5% do valor anual do ajuste, conforme artigo 87, inciso II, da Lei Federal Nº 8.666/93, imposta ao prestador de serviços pela inexecução, total ou parcial, das obrigações assumidas, ou pelo atraso na sua execução, será aplicada após o competente processo, sendo que:

**b.1)** Até 2% pelo atraso na sua execução.

**b.2)** Até 3% pela inexecução parcial, e

**b.3)** Até 5% pela inexecução total das obrigações.

**c)** Multa-dia de até 1/30 (um trinta avos) do valor mensal do contrato – a multa-dia de 1/30 (um trinta avos), do valor mensal do contrato, artigo 86 e parágrafos, da Lei Federal Nº 8.666/93, sempre que as obrigações do(a) CONVENIADO(A), seja por negligência, imprudência ou conduta faltosa, com dolo ou não ou, ainda, pelas situações abaixo:

**c.1)** Por contas julgadas irregulares de que resulte débito, nos termos da comprovação da auditoria realizada.

**c.2)** Por irregularidade que resulte dano ao erário, decorrente de ato ilegítimo ou antieconômico.

**c.3)** Por infração à norma legal ou regulamentar do SUS, de natureza operacional, contábil ou financeira.

**c.4)** Poderá ser aplicada multa de até 10 (dez) dias, sendo 01(um) dia equivalente a 1/30 (um trinta avos) do último faturamento.

**d)** Suspensão temporária de contratar com a Administração Municipal, quando a infração for decorrente de violação culposa do ajuste pelo prestador.

**e)** A suspensão de que trata o item acima, que poderá ser graduada em até 02 (dois) anos, segundo a gravidade de infração, será aplicada pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, observado o direito de defesa prévia em processo administrativo competente.

f) Declaração de inidoneidade – A declaração de inidoneidade, após o julgamento do processo, dar-se-á quando houver ilícito gravíssimo ou descumprimento total do contrato, que venha resultar em comportamento doloso do prestador. A penalidade será aplicada observado o direito de defesa prévia em processo administrativo competente.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A imposição das penalidades previstas ocorrerá, depois de efetiva auditagem assistencial ou inspeção, e dela será notificado(a) o(a) CONVENIADO(A).

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Os valores pecuniários, relativos às alíneas “b” e “c” serão ressarcidos a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, através de Guia de Recolhimento, para pagamento imediato, mediante desconto em pagamento futuros, ou através de cobrança judicial.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Na aplicação das penalidades, previstas nas alíneas “a”, “b”, “d” e “f”, o(a) CONVENIADO(A) poderá interpor recurso administrativo, dirigido a autoridade competente, garantido ao(à) CONVENIADO(A) o direito de defesa em processo regular.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Os procedimentos não realizados, os realizados sem autorização, ou impróprios a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, serão identificados e glosados, após levantamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:** A legislação aplicável à execução deste Convênio é composta pela Constituição Federal, em especial os artigos 196 a 200, pela Lei Federal Nº 8.080/90, Lei Federal Nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e demais disposições regulamentares aplicáveis à espécie.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO:** Os partícipes elegem o Foro da Comarca de São Vicente, com exclusão de qualquer outro, por



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente Convênio que não puderem ser resolvidas pelas partes.

São Vicente, XX de XXXXXXXX de 2017.

**Dr. MARCO ANTONIO DA SILVA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE  
CONVENENTE**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
REPRESENTANTE DA EMPRESA XXXXX  
CONVENIADO**

**Testemunhas:**

1. \_\_\_\_\_

**Nome:  
R.G. Nº**

2. \_\_\_\_\_

**Nome:  
R.G. Nº**





**ANEXO IV**

**MINUTA**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE E DE OUTRO LADO, O(A) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, VISANDO A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COM INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO.

A Secretaria da Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, através do Fundo Municipal de Saúde de São Vicente, inscrito no C.N.P.J. Nº 11.899.413/0001-76, representado neste ato pelo Sr. Secretário de Saúde o Dr. Marco Antonio da Silva, denominado CONTRATANTE, e de outro lado o (a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX com sede na XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Nº XXX, Bairro: XXXXXXXX, Cidade de XXXXXXXX/XX, C.N.P.J. Nº XXXXXXXXXXXXXXXX neste ato representado pelo (a) seu XXXX(CARGO)XXX, XXXXXXXX(NOME)XXXXXXXX, portador da carteira de identidade Nº XXXXXXXXXXXXXXXX, C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXXXXXX, doravante denominado(a) CONTRATADO(A), tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus Artigos 196 a 200, a Lei Federal Nº 8.080/90, as normas gerais da Lei Federal Nº 8.666/93, e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, considerando ainda a homologação de inexigibilidade de licitação inserida nos autos do processo, sob referência, fundamentada no “caput” do Artigo 25 da Lei Federal Nº 8.666/93, resolvem celebrar o presente Contrato, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:** O presente contrato tem como objeto a prestação serviços de procedimentos de Atendimento Fisioterapêutico com local para a realização dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s), conforme discriminado no Anexo I do Edital de Chamamento para Credenciamento Nº 002/17, pelo(a) CONTRATADO(A), integrante da rede de serviços de saúde localizado no



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

Município de São Vicente, aos usuários do Sistema Único de Saúde, em regime de parceria com o poder público municipal.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – O(A) CONTRATADO(A) se obriga a aceitar, de acordo com as necessidades do CONTRATANTE, e respeitada sua capacidade operacional, acréscimos nos serviços objeto deste contrato, nos termos da Cláusula Sexta, Parágrafo Segundo, deste instrumento.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - O(a) CONTRATADO(A) declara aceitar os termos das Normas Gerais do SUS, inclusive no que tange à sujeição às necessidades e demanda do CONTRATANTE, quanto à subordinação, auditoria e fiscalização do SESAU/FUMDES/PMSV, renunciando expressamente a qualquer pleito ou reivindicação de prestação mínima dos serviços de que trata este instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:** Os serviços ora contratados, referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo(a) CONTRATADO(A), com sede na Rua XXXXXXXXXXXX – Bairro: XXXXXXXXXXXX em XXXXXXXXXXXXXXXX, com Alvará de Autorização Sanitária expedido pelo órgão competente, sob Nº XXXXXXXXXXXX e sob a responsabilidade do Diretor Clínico/Técnico/Presidente, Dr.(a)/Sr.(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A eventual mudança de endereço do estabelecimento do(a) CONTRATADO(A) deverá ser imediatamente comunicada ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços, ora contratados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do contrato e, até mesmo denunciá-lo, se entender conveniente. A mudança do Diretor Clínico (ou Técnico) também será comunicada ao CONTRATANTE. Em ambos os casos deverá ser procedida uma alteração cadastral, no C.N.E.S. (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) junto ao CONTRATANTE.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** As alterações cadastrais que impliquem mudanças nos serviços prestados devem ser previamente autorizadas pelo CONTRATANTE.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Os serviços operacionalizados pelo(a) CONTRATADO(A), deverão atender as necessidades do



CONTRATANTE, que encaminhará os usuários do SIA/SUS e obedecerá às seguintes condições:

**Prestação de Serviços de Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Músculo Esqueléticas**

O Prestador de serviço deverá realizar assistência fisioterapêutica aos pacientes com Disfunções Músculo Esqueléticas Pré e Pós operatórias visando a redução de complicações respiratórias, motoras e circulatórias, e com Alterações Motoras de origem traumatológica, ortopédica, reumatológica, hematológica, infecciosa, também minimizando e tratando as complicações respiratórias, motoras e circulatórias. Caberá ainda ao prestador:

- Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal, integral e igualitário, seguindo os princípios do SUS.
- Possuir todas as condições necessárias para desenvolver as atividades contratadas, bem como dispor de instalações adequadas, com a indicação, do respectivo endereço, obrigatoriamente no município de São Vicente.
- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- Afixar aviso em local visível de sua condição de entidade de integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição.

**Equipe:**

Para alcançar estes objetivos e atendimento da demanda especificada, os serviços deverão ser executados diretamente por equipe de profissionais fisioterapeutas do Prestador, sob a sua única e exclusiva responsabilidade, bem como possuir equipe de apoio (Coordenador, Recepcionista, Auxiliar de limpeza, entre outros) garantindo padrões de qualidade e parâmetros de necessidade da população.

**Turno:**

O Prestador deste serviço deverá possuir no mínimo, atendimento de segunda à sexta-feira, nos períodos da manhã e tarde.



**Fluxo de atendimento:**

O encaminhamento dos usuários do SUS ao estabelecimento do Prestador será realizado através da rede dos Serviços Municipais de Saúde, onde os procedimentos fisioterapêuticos deverão ser previamente auditados e autorizados por profissional indicado pela Secretaria da Saúde, sendo de responsabilidade do contratado os procedimentos realizados sem a devida autorização, devendo o mesmo arcar com os prejuízos adquiridos.

**Notificação dos atendimentos:**

O Prestador apresentará mensalmente ao Núcleo de Avaliação e Controle (NAC) informação sobre a realização dos procedimentos por meio de programa fornecido pela Secretaria da Saúde de São Vicente, onde os procedimentos realizados sem autorização, ou impróprios, serão identificados e glosados, após levantamento.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO(A) CONTRATADO(A):**

**I.** Os serviços serão executados diretamente por profissionais do estabelecimento do(a) CONTRATADO(A) com local para a realização dos procedimentos desde o atendimento inicial até a alta do paciente dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s).

**II.** Para os efeitos deste ajuste consideram-se profissionais do próprio estabelecimento do(a) CONTRATADO(A):

**a)** O membro do seu corpo clínico.

**b)** O profissional que tenha vínculo de emprego com o(a) CONTRATADO(A).

**c)** O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, presta serviço ao(à) CONTRATADO(A).



**III.** Equipara-se ao profissional autônomo definido na alínea “c” do item acima a empresa, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área da saúde.

**IV.** É expressamente proibida a cobrança de qualquer quantia, sob qualquer título, dos serviços prestados ao paciente, nos limites da cobertura deste credenciamento.

**V.** O(A) CONTRATADO(A) será responsabilizado(a) pela cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou proposto, ou outrem que utilize as instalações da empresa de forma eventual ou permanente.

**VI.** Comprovada a cobrança citada no presente item o(a) CONTRATADO(A) deverá ressarcir o paciente no valor indevidamente cobrado no prazo improrrogável de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da data da comunicação, por escrito, e se sujeitará à penalidade de advertência, a ser aplicada de forma escrita.

**VII.** Na hipótese de reincidência da cobrança o(a) CONTRATADO(A) se sujeitará a multa de duas vezes o valor cobrado. Os valores serão cobrados em dobro em cada ocorrência, comprovada a reincidência.

**VIII.** As penalidades mencionadas no item anterior somente serão aplicadas após regular processo, onde será assegurado ao(a) CONTRATADO(A) o direito de defesa.

**IX.** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade exercida pelo(a) CONTRATADO(A), sobre a execução do objeto deste ajuste, as partes reconhecem a prerrogativa de controle e avaliação dos serviços prestados pelo Conselho Municipal de Saúde e a autoridade normativa e fiscalizadora genérica da Direção Nacional e Estadual do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde e demais legislação pertinente e vigente.

**X.** É de responsabilidade exclusiva e integral do(a) CONTRATADO(A) a utilização de pessoal e o fornecimento dos insumos (incluindo a coleta) necessários para a execução do objeto avençado, incluindo-se os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

transferidos para a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

**XI.** O(A) CONTRATADO(A) responsabiliza-se, única e exclusivamente, quanto à logística da retirada dos materiais coletados nas unidades de saúde municipais e a entrega dos resultados.

**XII.** O(A) CONTRATADO(A) obriga-se, ainda, a:

**a)** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

**b)** Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário.

**c)** Afixar aviso em local visível de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição.

**d)** Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto no ajuste.

**e)** Notificar a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao mesmo, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

**f)** Comunicar eventual mudança de endereço com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, que analisará a conveniência de manter os serviços prestados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do Contrato, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

**g)** Manter, durante a execução do ajuste, todas as condições de habilitação exigidas no procedimento de credenciamento.



- h) Arcar com os encargos previdenciários, durante a execução do ajuste.
  - i) Realizar todos os serviços previstos neste ajuste e disponíveis em suas unidades, não podendo optar pela realização de alguns em detrimento de outros.
  - j) É de total responsabilidade do (a) Contratado (a) a realização de todos os exames de acompanhamento dos procedimentos aqui tratados, não cabendo nenhuma responsabilidade (ônus) por parte do Contratante por tais procedimentos.
- l) Respeitar as quantidades dos procedimentos previstos no Anexo I, caso haja o descumprimento contratual, o (a) Contratado (a) acarará sozinho com os ônus, somente poderá ultrapassar o referido teto e realizá-los, com expresso consentimento da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente e desde que haja o competente repasse financeiro por parte do Ministério da Saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - O(A) CONTRATADO(A) é responsável pela indenização de danos causados ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado-lhe o direito de regresso.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste credenciamento pelos órgãos competentes do SUS e pela Municipalidade não exclui nem reduz a responsabilidade do(a) CONTRATADO(A), nos termos da legislação aplicável.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:**

- I. Pagar ao CONTRATADO(A) nos termos da Cláusula Oitava deste instrumento;
- II. Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados.



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**III.** Monitorar o funcionamento do estabelecimento de saúde do(a) CONTRATADO(A).

**IV.** Prestar as informações necessárias, com clareza, ao CONTRATADO(A), para execução dos serviços.

**V.** Periodicamente vistoriar as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato.

**VI.** Designar, mediante documento hábil, servidor para supervisionar, fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.

**VII.** Fazer o encaminhamento dos usuários do SUS ao estabelecimento do(a) CONTRATADO(A), através da rede dos Serviços Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:** O valor do repasse financeiro relativo à execução dos serviços será aquele constante da tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde ou, excepcionalmente, valores menores aos praticados pela tabela.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - As despesas decorrentes deste Contrato correrão pela dotação orçamentária N° 0218.021803.10.302.0167.2324.3.3.90.39.00.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Nos exercícios financeiros futuros, em caso de alteração nas dotações orçamentárias, esta se processará mediante efetivação de termo aditivo.

**CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO:** O CONTRATANTE pagará, mensalmente, ao(a) CONTRATADO(A), pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme Tabela SIA/SUS e suas respectivas normas em vigor, editadas pelo Ministério da Saúde.





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O valor estimado mensal do presente Contrato é de R\$ XXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX), tomando-se por base o quantitativo estimado de procedimentos programados neste instrumento, cujo valor estimado total, para 12 (doze) meses é de R\$ XXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) e valores unitários conforme tabela abaixo.

### Descrição e Valores:

<b>Procedimento</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Quantidade Estimada Anual</b>	<b>Valor Estimado Anual</b>
Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas ( <b>Código 030205001-9</b> )	R\$	60.000	R\$
Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras ( <b>Código 030205002-7</b> )	R\$	48.000	R\$
<b>Valor Total Estimado Anual</b>			<b>R\$</b>

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO REAJUSTE:** Os valores propostos são os da tabela SIA/SUS, sendo que serão repassados eventuais reajustes concedidos somente pelo Ministério da Saúde para a Tabela SIA/SUS.

**CLÁUSULA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:** O(A) CONTRATADO(A) apresentará mensalmente ao CONTRATANTE, até o terceiro (3º) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as respectivas faturas, sendo que os repasses financeiros serão feitos posteriormente a análise e auditoria dos procedimentos efetuados mensalmente e transmissão dos dados ao S.U.S. e a cada recebimento do laudo de recebimento das atividades emitido pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, desde que devidamente processados, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura, acompanhadas da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN), da Certidão de



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

Regularidade com o FGTS (CRF), válidas na data de emissão da Notas Fiscais/Faturas, devidamente atestadas pelos representantes indicados pela **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE** e logo após o competente repasse financeiro do Ministério da Saúde e das condições contidas neste Contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** No caso de devolução da documentação fiscal para correção e/ou da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN) e da Certidão de Regularidade com o FGTS (CRF) válidas na data de emissão da Nota Fiscal, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua reapresentação.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no Órgão Licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Os repasses deverão ocorrer através de crédito em conta corrente do(a) CONTRATADO(A).

**CLÁUSULA NONA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO:** O Núcleo de Avaliação e Controle em conjunto com a Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde são os órgãos credenciados pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, para vistoriarem a execução e o recebimento dos serviços correspondentes ao ajuste, e a prestarem toda a assistência e a orientação que se fizerem necessárias.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Periodicamente, o CONTRATANTE vistoriará as instalações do(a) CONTRATADO(A) para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do(a) mesmo(a), comprovadas por ocasião da assinatura deste Contrato.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE, sobre serviços ora contratados, não eximirá o(a) CONTRATADO(A) da sua plena responsabilidade perante o



CONTRATANTE ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução deste Contrato.

**PARÁGRAFO QUARTO:** O(A) CONTRATADO(A) facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE designados para tal fim.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DA VIGÊNCIA E DO INÍCIO DOS SERVIÇOS:** O ajuste terá a vigência de 12 (doze) meses, de XX/XX/17 a XX/XX/18, podendo ser prorrogado por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) meses conforme estabelecido em Lei e a prestação dos serviços deve ser iniciada no prazo máximo de até 10 (dez) dias após o recebimento da nota de empenho e assinatura do Contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO:** Constituem motivos para rescisão ou denúncia do Contrato o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na Lei Federal Nº 8.666/93, sem prejuízo das multas cominadas na alínea “b” da Cláusula Décima Segunda deste contrato, deste edital, quais sejam:

- a) O não cumprimento de suas cláusulas.
- b) O atraso injustificado no início do serviço.
- c) A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração.
- d) O não atendimento das determinações regulares do Encarregado designado para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como, as de seus superiores.
- e) O cometimento reiterado de faltas na sua execução.
- f) Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**g)** Nos casos enumerados nos incisos IX, X, XI, XIV, XV, XVII e XVIII do Artigo 78 da Lei Federal Nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Em caso de rescisão ou denúncia, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo a população, a critério da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente será observado o prazo de até 90 (noventa) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o(a) CONTRATADO(A) negligenciar na prestação dos serviços que vierem a ser contratados, a multa poderá ser duplicada.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A rescisão do Contrato será determinada pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente e exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e a ampla defesa, tudo com vista ao disposto na Lei Federal Nº 8.666/93, em especial ao seu artigo 79.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Da decisão da Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente de rescindir o Contrato, caberá ao CONTRATADO pedido de recurso, no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da intimação do ato.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do subitem anterior, a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente deverá manifestar-se no prazo de 05 (cinco) dias úteis e terá efeito suspensivo.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS SANÇÕES:** A inobservância, pelo(a) CONTRATADO(A) de cláusula(s) ou obrigação(ões) constantes do Contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, ensejará a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, garantida a prévia defesa, aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos Artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal Nº 8.666/93 e suas alterações, combinado com o disposto no parágrafo segundo do Artigo 7º, da Portaria Nº 1.286/93 do Ministério da Saúde, ou seja:



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

**a)** Advertência Escrita – Advertência escrita, conforme Artigo 87, Inciso I, da Lei Federal Nº 8.666/93 e suas alterações;

**b)** Multa de 2% até 5% do valor anual do contrato – A multa de 2% a 5% do valor anual do ajuste, conforme artigo 87, inciso II, da Lei Federal Nº 8.666/93, imposta ao prestador de serviços pela inexecução, total ou parcial, das obrigações assumidas, ou pelo atraso na sua execução, será aplicada após o competente processo, sendo que:

**b.1)** Até 2% pelo atraso na sua execução.

**b.2)** Até 3% pela inexecução parcial.

**b.3)** Até 5% pela inexecução total das obrigações.

**c)** Multa-dia de até 1/30 (um trinta avos) do valor mensal do contrato – a multa-dia de 1/30 (um trinta avos), do valor mensal do contrato, artigo 86 e parágrafos, da Lei Federal Nº 8.666/93, sempre que as obrigações do(a) CONTRATADO(A), seja por negligência, imprudência ou conduta faltosa, com dolo ou não ou, ainda, pelas situações abaixo:

**c.1)** Por contas julgadas irregulares de que resulte débito, nos termos da comprovação da auditoria realizada.

**c.2)** Por irregularidade que resulte dano ao erário, decorrente de ato ilegítimo ou antieconômico.

**c.3)** Por infração à norma legal ou regulamentar do SUS, de natureza operacional, contábil ou financeira.

**c.4)** Poderá ser aplicada multa de até 10 (dez) dias, sendo 01(um) dia equivalente a 1/30 (um trinta avos) do último faturamento.

**d)** Suspensão temporária de contratar com a Administração Municipal, quando a infração for decorrente de violação culposa do ajuste pelo CONTRATADO(A).

**e)** A suspensão de que trata o item acima, que poderá ser graduada em até 02 (dois) anos, segundo a gravidade de infração, será aplicada pela Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, observado o direito de defesa prévia em processo administrativo competente.

f) Declaração de inidoneidade – A declaração de inidoneidade, após o julgamento do processo, dar-se-á quando houver ilícito gravíssimo ou descumprimento total do contrato, que venha resultar em comportamento doloso do CONTRATADO(A). A penalidade será aplicada observada o direito de defesa prévia em processo administrativo competente.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A imposição das penalidades previstas ocorrerá, depois de efetiva auditagem assistencial ou inspeção, e dela será notificado(a) o(a) CONTRATADO(A).

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Os valores pecuniários, relativos às alíneas “b” e “c” serão ressarcidos a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, através de Guia de Recolhimento, para pagamento imediato, mediante desconto em pagamento futuros, ou através de cobrança judicial.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Na aplicação das penalidades, previstas nas alíneas “a”, “b”, “d” e “f”, o(a) CONTRATADO(A) poderá interpor recurso administrativo, dirigido à autoridade competente, garantido ao(à) CONTRATADO(A) o direito de defesa em processo regular.

**PARÁGRAFO QUARTO:** Os procedimentos não realizados, os realizados sem autorização, ou impróprios a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente, serão identificados e glosados, após levantamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:** A legislação aplicável à execução deste Contrato é composta pela Constituição Federal, em especial os Artigos 196 a 200, pela Lei Federal Nº 8.080/90, Lei Federal Nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e demais disposições regulamentares aplicáveis à espécie.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO:** Os partícipes elegem o Foro da Comarca de São Vicente, com exclusão de qualquer outro, por



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente Contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

São Vicente, XX de XXXXXXXXXXXXX de 2017.

**Dr. MARCO ANTONIO DA SILVA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE  
CONTRATANTE**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
REPRESENTANTE DA EMPRESA XXXXX  
CONTRATADO**

**Testemunhas:**

1. \_\_\_\_\_

**Nome:  
R.G. Nº**

2. \_\_\_\_\_

**Nome:  
R.G. Nº**



**ANEXO V**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 14483/17.  
EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº  
002/17.**

(\* Utilização facultativa do modelo).

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PESSOA  
LEGALMENTE RESPONSÁVEL.**

A empresa XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, sediada à Rua (Av., Al., etc.) XXXXXXXXXXXX, bairro XXXXXXXXXXXX, cidade XXXXXXXXX, estado XXXXXXXX, inscrita no C.N.P.J. Nº XXXXXXXXXXXX, indica o Sr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nacionalidade, estado civil, profissão, portador do R.G. Nº XXXXXXXXXXXX XXX/XX, inscrito no C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXX, domiciliado à Rua (Av., Al., etc) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Nº XXX, bairro, cidade, estado, como pessoa legalmente responsável a assinar o Contrato de Prestação de Serviços/Convênio com a Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

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

\_\_\_\_\_  
Proponente – CNPJ/CPF

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

Nome por extenso do Representante Legal:

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

Função: \_\_\_\_\_

**OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada dentro do ENVELOPE HABILITAÇÃO.**





**ANEXO VI**

**TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO**

Órgão: Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

Contrato de Prestação de Serviços / Convênio Nº XXX/17.

Edital de Chamamento para Credenciamento Nº 002/17.

Objeto: Credenciamento de pessoa jurídica prestadora de serviço de saúde, interessada em realizar serviços de Atendimento Fisioterapêutico, devendo atender pacientes da Rede de Saúde de São Vicente, do Sistema Único de Saúde – SUS, com local para a realização dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s) por um período de 12 (doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) do edital do Edital de Chamamento para Credenciamento Nº 002/17.

Contratante/ Convenente: Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

Contratada/Conveniada: XXXXXXXXXXXXXXX

Justificativa: Artigo 25 “Caput” da Lei Federal Nº 8.666/93.

Na qualidade de Contratante/Convenente e Contratada/ Conveniada, respectivamente, do Termo acima indicado, e, ciente do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até o julgamento final e sua publicação e, se for o caso e do nosso interesse, para nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos estarmos cientes, do doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a serem tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

do Estado, caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Nº 709, de 14 de janeiro de 1.993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

São Vicente, XX de XXXXXXXXX de 2017.

### **CONTRATANTE/CONVENENTE**

**Nome e cargo:** Dr. Marco Antonio da Silva – Secretário de Saúde.

**E-mail institucional:** compras@saudesaovicente.sp.gov.br

**E-mail pessoal:** gabinete@saudesaovicente.sp.gov.br

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

### **CONTRATADA /CONVENIADA**

**Nome e cargo:**

**E-mail institucional:**

**E-mail pessoal:**

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

**OBS: O presente Termo de Ciência deverá ser assinado quando da assinatura do Contrato de Prestação de Serviços/Convênio.**



**ANEXO VII**

**CADASTRO DE RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA**

**Contrato de Prestação de Serviços/Convênio**

**Contratante/Conveniente:** Secretaria da Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

**Contratada/Conveniada:** \_\_\_\_\_ (Razão Social da empresa)\_\_\_\_\_.

**Objeto:** Credenciamento de pessoa jurídica prestadora de serviço de saúde, interessada em realizar serviços de Atendimento Fisioterapêutico, devendo atender pacientes da Rede de Saúde de São Vicente, do Sistema Único de Saúde – SUS, com local para a realização dentro do município de São Vicente utilizando-se dos equipamentos e insumos necessários da(s) vencedora(s) por um período de 12 (doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) do Edital de Chamamento para Credenciamento Nº 002/17.

**Nome:**

**R.G. Nº:**

**C.P.F. Nº**

**Endereço Residencial (completo):**

**Telefone Residencial/Celular:**

**E-mail pessoal:**

**E-mail institucional:**

**(Cidade), xx de xxxxxxxx de 2017.**

\_\_\_\_\_  
**Nome/Assinatura**

**OBS:** O presente cadastro deverá ser assinado pelo responsável do concorrente e apresentado dentro do ENVELOPE Nº 02 - HABILITAÇÃO.