

## **TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. OBJETO**

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA PARA PACIENTES INTERNADOS NOS HOSPITAIS PERTENCENTES À SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.**

### **2. OBJETIVO**

Contratar empresa especializada em serviços de Terapia Renal Substitutiva para pacientes internados com insuficiência renal aguda, crônica agudizada ou crônica que aguarda ser inserido no programa de diálise, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Trata-se da contratação de serviços especializados em Terapia Renal Substitutiva quais sejam: hemodiálise convencional até 4 horas e hemodiafiltração até 12 horas, à beira do leito em pacientes internados nos Hospitais Municipais da Secretaria Municipal da Saúde relacionado no item 04 para atender as necessidades de atendimento às recomendações de práticas aceitáveis para tratamento dialítico aos pacientes atendidos nas Unidades pertencentes à Secretaria Municipal da Saúde.

Considerando o aumento da incidência e prevalência da insuficiência renal aguda, a necessidade de minimizar os riscos inerentes ao tratamento de pacientes graves associados à peculiaridade logística para disponibilizar o suporte nefrológico à beira do leito, evitando o transporte e remoção do paciente;

Considerando que a Insuficiência Renal é uma doença de alta morbimortalidade associada, e, a disponibilidade dos procedimentos dialíticos para o paciente grave é por vezes o divisor de águas entre sua recuperação e seu óbito, sendo, portanto, indiscutível a necessidade da manutenção da disponibilidade do serviço de Terapia Renal Substitutiva pelos hospitais da Secretaria Municipal da Saúde.

### **4. LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE PROF. MÁRIO DEGNI – HMMMD**

Rua. Lucas de Leyde, 257 – Rio Pequeno – São Paulo – SP

CEP: 05576-100 – A/C Diretoria Administrativa – Tel. 3394-9347

**HOSPITAL MUNICIPAL DR ALEXANDRE ZAIO – HMAZ**

Rua. Alves Maldonado, 128 – Vila Nhocuné – São Paulo – SP

CEP: 03558-070 – A/C Diretoria Administrativa – Tel. 3394-9215/ 9216

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA – HMJSH**

Av. Menotti Laudísio, 100 – Pirituba – São Paulo – SP

CEP: 02945-000 – A/C Diretoria Administrativa – Tel. 3394-8634

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. BENEDICTO MONTENEGRO – HMBM**

Rua. Antônio Lázaro nº 226 – Jardim Iva – São Paulo - SP

CEP: 03921-080 – A/C Diretoria Administrativa – Tel. 3394-9531

**5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

**5.1. A CONTRATADA** deverá ser empresa especializada na prestação de serviço de Terapia Renal Substitutiva aos pacientes portadores de doença renal aguda, crônica agudizada ou crônica que aguarda ser inserido no programa de diálise, internados nos hospitais da SMS relacionados no item 04 atendendo aos critérios definidos pela Nota Técnica nº 006/2009-GGTES/ANVISA (ou outra que vier a substituí-la) que estabelece parâmetros para execução de procedimentos dialíticos em ambiente hospitalar.

**5.2. A CONTRATADA** deverá disponibilizar os serviços diariamente, com equipe completa de profissionais técnicos para a perfeita realização dos procedimentos abaixo relacionados:

PROCEDIMENTOS
AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA
HEMODIALISE CONVENCIONAL ATÉ 4 HORAS P/ PACIENTES RENAIIS AGUDOS OU CRÔNICOS AGUDIZADOS
HEMODIAFILTRAÇÃO ATÉ 12 HORAS

**5.3.** Todos os procedimentos realizados devem estar em acordo aos protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde e/ou órgãos regulamentadores competentes (Ministério da Saúde, ANVISA).

**5.4. A CONTRATADA** obriga-se a disponibilizar recursos humanos qualificados e com comprovada especialização, quais sejam:

- 5.4.1. Médico nefrologista que será responsável pela avaliação inicial, programação das sessões e acompanhamento até desfecho do caso, e enfermagem para realização do procedimento de Terapia Renal Substitutiva, conforme prescrição, até a finalização do procedimento;
- 5.4.2. Quando da solicitação inicial, deverá ser feita a avaliação especializada do paciente para Terapia Renal Substitutiva pela **CONTRATADA** e em não sendo indicado o referido procedimento, constará isoladamente como “avaliação de especialista”, com remuneração específica;
- 5.4.3. Quando da solicitação inicial a avaliação médica especializada (nefrologista), para TRS, resultar em um procedimento (hemodiálise convencionada até 4 horas ou hemodiafiltração até 12 horas), a remuneração será apenas do procedimento realizado devendo, portanto, incluir as avaliações para início e programação das sessões de Terapia Renal Substitutiva;
- 5.5. Está vedada a subcontratação de profissionais que trabalhem no hospital para qualquer etapa do processo em questão, podendo constituir causa de rescisão unilateral com aplicação de penalidade contratual nos termos da legislação vigente.
- 5.6. O procedimento dialítico em si será acompanhado pela enfermagem da empresa sendo que a equipe médica do Hospital solicitante deverá ser responsável pelo atendimento ao paciente em eventuais intercorrências.
- 5.7. O acompanhamento dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva, realizados pelos médicos nefrologistas da **CONTRATADA**, deverá ser registrado em prontuário.
- 5.8. O responsável técnico pelo acompanhamento dos serviços deverá ser um profissional médico e um enfermeiro que possuam competências para tal nas atribuições de seus respectivos Conselhos de Classe, e terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/fiscal da **CONTRATADA** e tomar as providências pertinentes.
- 5.9. A partir da terceira semana de contrato, ficam preconizados os seguintes tempos máximos de resposta:
- 5.9.1. Médico Nefrologista por contato telefônico e/ou telemedicina – 60 minutos;
- 5.9.2. Equipe de TRS Urgência – 12 Horas
- 5.9.3. Equipe de TRS Regular – 24 Horas

## 6. QUANTITATIVOS ESTIMADOS

ITEM	UNIDADES	HEMODIÁLISE		HEMODIAFILTRAÇÃO		Avaliação sem procedimento de TRS/Mês	
		Estimativa Mensal	Estimativa 180 dias	Estimativa Mensal	Estimativa 180 dias	Estimativa Mensal	Estimativa 180 dias
1	HMM PROF. MÁRIO DEGNI	11	66	1	6	5	30
2	HM DR. ALEXANDRE ZAIO	43	258	1	6	5	30
3	HM DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA	132	792	1	6	5	30
4	HM DR. BENEDICTO MONTENEGRO	51	306	1	6	5	30
TOTAL ESTIMADO		237	1.422	4	24	20	120

## 7. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS

- 7.1.** Máquina(s) de hemodiálise de proporção, registrada na ANVISA, com detectores de ar, hemoglobina, monitor de temperatura, condutividade e volume de ultrafiltrarção. Todo o material de desinfecção do(s) equipamento(s) é de responsabilidade da **CONTRATADA** que deverá apresentar contrato de manutenção preventiva e corretiva.
- 7.2.** Para cada sessão de Hemodiálise– 01 (um) Dialisador descartável, 01 (uma) linha arterial e 01 (uma) linha venosa descartáveis, 02 (dois) isoladores de pressão arterial e venoso, 01 (uma) solução para hemodiálise de bicarbonato de sódio, 01 (uma) solução ácida para hemodiálise, sendo que todos devem ser produtos de mercado com registros na ANVISA comprovadamente válidos e vigentes.
- 7.3.** A **CONTRATADA** será responsável pelo fornecimento de eventuais outros equipamentos bem como seus insumos compatíveis para possíveis tratamentos em modalidades dialíticas indicadas pelo nefrologista, sem ônus para a **CONTRATANTE**.
- 7.4.** Sempre que houver a necessidade de via de acesso para hemodiálise, o fornecimento e a implantação do cateter ficam a cargo da **CONTRATANTE**, devendo ser utilizado o cateter de duplo, triplo lúmen exclusivo para hemodiálise ou produto de qualidade superior e 02 conectores de cateter.
- 7.5.** Equipamento de Osmose Reversa portátil para cada máquina de hemodiálise sendo que todo o material de desinfecção do equipamento é de responsabilidade da **CONTRATADA** que deverá apresentar:
- 7.5.1.** Contrato de manutenção preventiva e corretiva e mensalmente, laudo microbiológico para bactérias heterotróficas e coliformes fecais da análise da água coletada no dialisato de cada máquina de hemodiálise utilizado. Quando houver alteração do resultado da análise dessa água, a **CONTRATADA** deverá substituir imediatamente o conjunto máquina

de hemodiálise e osmose reversa por outros equivalentes, devendo apresentar resultado de análise da água válido para os mesmos;

**7.5.2.** O material de EPI dos funcionários da **CONTRATADA** (óculos, avental e touca) é de responsabilidade da **CONTRATADA**.

**7.6.** Todos os equipamentos, materiais e medicamentos utilizados deverão atender às normas em vigor da Vigilância Sanitária (ANVISA) e possuir os respectivos registros no Ministério da Saúde.

**7.7.** É vedado o reuso de agulhas, dialisadores, linhas, isoladores de pressão e demais materiais descartáveis bem como sobras de medicamentos, concentrado polieletrólítico (CPHD) e dialisado.

**7.8.** Apresentar os resultados das manutenções preventivas e vistorias periódicas dos equipamentos mensalmente; mantendo-os em total e adequada capacidade de funcionamento visando atender ao objeto contratado.

**7.9.** Apresentar certificados de garantia dos produtos e equipamentos à disposição do paciente na assistência.

**7.10.** Apresentar equipamentos a serem utilizados na prestação do serviço com o mais alto nível de asseio e conservação, livre de detritos e/ou sujidades, a fim de garantir o controle de infecção hospitalar e a segurança do paciente.

**7.11.** Apresentar à **CONTRATANTE** toda a relação de bens de consumo, produtos químicos, equipamentos, com toda a documentação ou certificados que possibilitem identificar a qualidade dos produtos oferecidos, inclusive registros na ANVISA quando for o caso. Qualquer alteração quanto à mudança dos produtos deverá ser comunicada à **CONTRATANTE**, com antecedência.

**7.12.** Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da **CONTRATANTE**.

**7.13.** Manter os equipamentos necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, sendo os mesmos de qualidade comprovada e quantidade necessária à boa execução dos serviços.

**7.14.** Substituir ou reparar os equipamentos eventualmente danificados, em até 24 (vinte e quatro) horas, de modo a não causar a descontinuidade do serviço.

## 8. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

- 8.1. Responsabilizar integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente.
- 8.2. Não será permitida a transferência das obrigações da empresa a terceiros, salvo serviços médicos.
- 8.3. Sempre que houver a necessidade de via de acesso para hemodiálise, tanto o cateter quanto a sua implantação fica a cargo da **CONTRATANTE**, devendo ser utilizado o cateter de duplo ou triplo lúmen exclusivo para hemodiálise ou produto de qualidade superior e 02 (dois) conectores de cateter. Cabe à Direção do Hospital determinar quem da equipe médica irá providenciar a implantação de cateter.
- 8.4. Todas as obrigações da **CONTRATADA** deverão ser respeitadas integralmente por seus prestadores de serviço.
- 8.5. A qualquer tempo, a **CONTRATANTE**, desde que devidamente justificado, pode solicitar a substituição do prestador de serviço da **CONTRATADA**. Tal ação deverá ser realizada num prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, sem quaisquer custos adicionais para a **CONTRATANTE**.
- 8.6. No caso de contratação adicional de serviços médicos adicionais por parte da **CONTRATADA** deverá ser entregue à **CONTRATANTE** cópia do contrato social atualizado da empresa contratada bem como, dos comprovantes de regularidade fiscal/tributária e de competência profissional necessária.
- 8.7. Garantir que seja realizado o registro de todo o procedimento desde a indicação até a alta do mesmo, devendo abranger tanto o prontuário de internação quanto as anotações específicas do serviço de hemodiálise, incluindo equipamentos e produtos.
- 8.8. Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível.
- 8.9. Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus à **CONTRATANTE**, para que não haja interrupção dos serviços prestados.
- 8.10. Observar conduta adequada na utilização dos equipamentos.
- 8.11. Responder por danos causados diretamente à **CONTRATANTE**, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pela **CONTRATANTE**.

- 8.12. Apresentar, mensalmente, relatório das atividades executadas juntamente com a Nota Fiscal – Fatura, conforme orientações da SMS.
- 8.13. Designar, por escrito, no ato do recebimento da autorização de serviços, preposto(s) que tenha(m) poder(es) para resolução de possíveis ocorrências, durante a execução deste contrato.
- 8.14. A solicitação de avaliação para Terapia Renal Substitutiva será feita única e exclusivamente pelo Hospital, por meio de formulário próprio, com todos os dados de identificação e clínicos do paciente preenchidos pelo médico responsável onde o paciente encontra-se internado, conforme ANEXO II, o qual será repassado à **CONTRATADA** para registrar a avaliação, sendo que 01 (uma) via deverá ser encartada no prontuário.
- 8.15. A comunicação com a **CONTRATADA** para avaliação para Terapia Renal Substitutiva deverá ser feita inicialmente por contato telefônico, e-mail oferecendo as informações do ANEXO II, para uma avaliação prévia.
- 8.16. O contato médico inicial poderá ser feito com tempo de resposta máximo de 60 minutos por via telefônica, mensagem eletrônica, telemedicina e/ou outra plataforma disponível.
- 8.17. O contato inicial tem como função dar ciência ao prestador da situação em questão e servir como referencial técnico para a equipe assistencial para a tomada de decisão clínica imediata.

## **9. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- 9.1. A **CONTRATADA** deverá:
- 9.2. Dispor de profissionais especializados para atender as solicitações de Terapia Renal Substitutiva das Unidades Hospitalares, contemplando a avaliação, planejamento dos casos, instalação de equipamentos, os insumos (exceto cateter de hemodiálise) e recursos humanos capacitados para a realização do procedimento indicado (hemodiálise convencional até 4 horas ou hemodiafiltração até 12 horas).
- 9.3. Selecionar e preparar rigorosamente os colaboradores e/ou prestadores que irão prestar os serviços, encaminhando elementos com nível de instrução compatível e registro no COREN bem como, médico Nefrologista.
- 9.4. Manter equipe para atendimento do cronograma de acordo com as aplicações e eventuais necessidades de reforço, devidamente uniformizada e identificada por crachá.
- 9.5. Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade

estabelecidas pela legislação e reciclagens periódicas, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI's e produtos.

- 9.6. Manter profissionais capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos.
- 9.7. Fornecer todo EPI, equipamento de higiene e segurança do trabalho aos profissionais, no exercício de suas funções.
- 9.8. Instruir os profissionais quanto à necessidade de acatar as orientações da **CONTRATANTE**, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas da **CONTRATANTE**.
- 9.9. Manter a disciplina entre os seus funcionários.
- 9.10. Deverá manter registros de cada procedimento realizado, com dados cadastrais do paciente atendido, especificação do leito ocupado, tipo de procedimento realizado, data e horário de início e término do procedimento, número da máquina, em formulário próprio da empresa que deverão ser anexados ao prontuário do paciente.
- 9.11. Programar, com antecedência, e submeter à aprovação da **CONTRATANTE** todos os serviços que impliquem em interdição de áreas ou setores críticos do hospital.
- 9.12. Assegurar que todo profissional que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações da **CONTRATANTE**.
- 9.13. Atender de imediato as solicitações da **CONTRATANTE**, quanto às substituições de profissionais não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços.
- 9.14. Manter o controle de vacinação, nos termos de legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços.
- 9.15. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito Federal, Estadual ou Municipal, as Normas de Segurança e Saúde do Trabalho.
- 9.16. Exercer controle sobre a assiduidade e pontualidade de sua equipe técnica.
- 9.17. Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos.
- 9.18. Deverá a **CONTRATADA** após avaliação, quando indicado Terapia Renal Substitutiva iniciar em até 12 (doze) horas quando da urgência dialítica e 24 (vinte e quatro) horas para situações não emergenciais. Este prazo deverá ser contado a partir da resposta da solicitação à **CONTRATADA** da avaliação, quando o responsável pelo paciente, registrará a resposta à solicitação em



prontuário, do Anexo II, excetuando esses prazos no caso de problemas inerentes ao Hospital (falta de água, luz, etc.).

- 9.19.** Manter a **CONTRATANTE** à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos previdenciários e trabalhistas dos empregados que participem da execução do objeto contratual, sob pena de adoção das medidas cabíveis, tudo em consonância com a Orientação Normativa 2/12 – PGM.
- 9.20.** Deverá disponibilizar em mídia eletrônica, com acesso por senha, ao fiscal do contrato do Hospital (SMS), Departamento de Gestão da Assistência (DEGAS) e ao Gestor do Contrato, os formulários digitalizados por sessão de hemodiálise bem como relatórios de acompanhamento atualizados por paciente.
- 9.21.** Deverá se responsabilizar pelo preenchimento, em prontuário do paciente, de toda a avaliação médica realizada e também de todos os dados do procedimento dialítico.

## **10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

A **CONTRATANTE** deverá:

- 10.1.** Disponibilizar espaço físico compatível para a realização dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva, preferencialmente, próximo à Unidade de Terapia Intensiva, bem como a manutenção predial, limpeza e o suporte de infraestrutura e instalações como:
- 10.1.1.** Ter acesso a qualquer hora às dependências cedidas à **CONTRATADA** para fiscalização permanente dos serviços, determinando, inclusive a substituição de qualquer empregado que não atenda aos interesses da **CONTRATANTE**;
- 10.1.2.** Dar ciência, imediata e por escrito, à **CONTRATADA**, referente a qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços.
- 10.2.** Fornecer energia para o funcionamento dos aparelhos e garantir a manutenção do fornecimento em casos específicos da falta do mesmo, através de geradores.
- 10.3.** Fornecer ponto de água e esgoto com drenagem exclusiva para a solução da máquina de hemodiálise, análise periódica da água de um dos pontos de saída do hospital e tratamento da mesma quando necessário.
- 10.4.** Fornecer ponto de água, garantindo a sua chegada ao ponto de fornecimento.

## **11. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

**11.1.** Apresentar atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, em nome da licitante, que comprovem quantitativos de 50% (cinquenta por cento) ou mais, na execução de serviços de diálise de pacientes agudos, crônicos agudizados pertinentes e compatíveis em características, quantidades e prazos com o objeto da contratação.

**11.1.1.** O(s) atestado(s) deverá(ão) conter:

- a)** Prazo contratual, datas de início e término;
- b)** Local da prestação dos serviços;
- c)** Natureza da prestação dos serviços;
- d)** Quantidades;
- e)** Caracterização do bom desempenho do licitante;
- f)** Outros dados característicos e,
- g)** A identificação da pessoa jurídica emitente bem como o nome e o cargo do signatário.

**11.2.** Registro da empresa e do (s) responsável (eis) técnico (s) indicado (s), junto ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN e Conselho Regional de Medicina – CRM, obedecida à legislação pertinente.

**11.3.** Comprovação da Licença de Funcionamento em vigor, emitida pela Autoridade Sanitária local. Caso a revalidação da licença de funcionamento para o presente exercício não tenha sido concedida, a proponente deverá apresentar a licença de funcionamento do exercício anterior acompanhada do protocolo de revalidação, conforme disposto no artigo 22 do Decreto nº 74.170/74 ou legislação sanitária local devidamente comprovada através de publicação em diário oficial.

**11.4.** Comprovação do registro dos equipamentos junto à ANVISA ou Certificação Internacional, com redução juramentada equivalente.

**11.5.** Declaração da licitante de que apresentará os documentos comprobatórios do vínculo dos profissionais que atuarão nesta contratação junto à CONTRATADA (a comprovação do vínculo profissional pode se dar mediante contrato social, registro na carteira profissional, ficha de empregado ou contrato de trabalho, sendo possível a contratação de profissional autônomo

que preencha os requisitos e se responsabilize tecnicamente pela execução dos serviços, nos termos da Súmula nº 25 TCESP).

- 11.6.** Declaração da licitante que possui equipe de profissionais técnicos com nível superior e registro no Conselho Regional de Medicina e Conselho Regional de Enfermagem, especialistas em Nefrologia.

## **12. FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

- 12.1.** A **CONTRATANTE** exercerá a fiscalização dos serviços de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do objeto contratado, podendo, ainda, realizar a supervisão das atividades desenvolvidas pela **CONTRATADA**, efetuando avaliação periódica quanto à qualidade e andamento dos serviços prestados.
- 12.2.** A fiscalização dos serviços pela **CONTRATANTE** não exclui, nem reduz a completa responsabilidade da **CONTRATADA** pela inobservância de qualquer obrigação assumida.
- 12.3.** O Contrato será fiscalizado por profissional indicado pela diretoria Técnica da Unidade da **CONTRATANTE**.
- 12.4.** O Fiscal de contratos da Unidade da **CONTRATANTE** deverá encaminhar ao setor de Gestão de Contratos da SMS – SEDE até o 5.º dia útil do mês subsequente, para fins de pagamento as medições realizadas mensalmente, através da emissão de atestado pela unidade, podendo ser os serviços avaliados “a contento” ou “não a contento”, devidamente assinados pelo Fiscal do Contrato da unidade e pela Diretoria Técnica.
- 12.5.** Avaliação “a contento”: Deve ser apontada quando os serviços realizados estiverem satisfatórios, atendendo ao descrito neste Termo de Referência, sendo os pagamentos realizados de acordo com as Fichas de Acordo de Nível de Serviço – ANEXO III deste Termo de Referência.
- 12.6.** Na avaliação “não a contento”: Os fiscais do contrato deverão apontar e justificar através de documentação comprobatória em suas medições mensais eventuais falhas de execução, para serem deduzidas e aplicadas as penalidades contratuais, e então proceder os pagamentos realizados de acordo com as Fichas de Acordo de Nível de Serviço – ANEXO III deste Termo de Referência.
- 12.7.** Fica compreendido que enquadrada nas condições anteriores, no caso de reincidência em medições “não a contento” fica a **CONTRATADA** submetida à rescisão contratual unilateral.

**12.8.** A **CONTRATANTE** poderá a realizar diligências “in loco”, ou por outros meios legais, tais como registro de imagens por vídeo, fotográficas ou emissão de laudos a fim de se comprovar a veracidade dos atestados de capacidade técnica, sob pena de desclassificação das licitantes e demais cominações legais que serão realizados por servidores indicados.

**12.9.** Todas as medições deverão ser acompanhadas dos Atestados de Medição de Serviços, Relatório de Ocorrências, todas as Fichas de Avaliação de Acordo de Nível de Serviço e Relação de Funcionários da empresa **CONTRATADA** indicando nome, função e horário do posto de serviço, planilha de quantitativos consolidados (ANEXO II), além de outros detalhes;

**12.10. Acordo de Nível de serviços:**

**12.10.1.** Os serviços serão avaliados de acordo com um Acordo de Nível de Serviços (Service Level Agreement – SLA);

**12.10.2.** Mensalmente será preenchida, pelo fiscal do contrato, ficha de avaliação, na presença do funcionário da empresa, conforme **ANEXO II** desse instrumento, que comporá o conjunto de documentos-base para avaliação do acordo de nível de serviço, ferramenta definidora do valor mensal do repasse ao prestador;

**12.10.3.** O SLA não constitui penalidade ao prestador, apenas ferramenta de avaliação de nível de serviço para pagamento conforme entrega de serviço efetivamente realizado;

**12.10.4.** O formulário deve ser feito em 03 (três) vias, sendo a primeira via da SMS, a segunda da **CONTRATADA** e a terceira da unidade;

**12.10.5.** Por constituir avaliação de nível de serviço, no caso do prestador não concordar com a avaliação realizada no ato do serviço, e recusar-se a assinar a ficha, o instrumento será preenchido e assinado por duas testemunhas. A **CONTRATADA** então receberá cópia da avaliação e terá 05 (cinco) dias úteis para prestar os esclarecimentos necessários, com a junção dos documentos comprobatórios necessários;

**12.10.6.** O gestor do contrato na SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SEDE avaliará as justificativas, e se posicionará, por escrito, sobre o ocorrido, determinando então a avaliação de nível de serviço;

**12.10.7.** No caso de avaliações de nível de serviços críticos e/ou insuficientes de maneira sucessivas, à empresa **CONTRATADA** estará sujeita às penalidades conforme previsto em lei e nesse contrato.

**12.10.8.** Os instrumentos de aferição do serviço, avaliação e controle poderão ser alterados sempre que se fizer necessário e são prerrogativas da **CONTRATANTE**, os quais deverão ser atendidos pela **CONTRATADA** assim que solicitado.

### 13. VIGÊNCIA DO CONTRATO

**13.1.** O prazo de vigência deste contrato é de 180 dias consecutivos e ininterruptos contados da data da Ordem de Início, emitida pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar, podendo ser rescindido a qualquer tempo mediante ao sucesso de contratação similar oriunda de licitação.

### 14. CLÁUSULA NONA – PENALIDADES

**14.1.** Além das sanções previstas no capítulo IV da Lei Federal nº 8.666/93, na Lei Federal nº 10.520/02, e demais normas pertinentes, a CONTRATADA estará sujeita às penalidades a seguir discriminadas:

**14.2.** A recusa injustificada, ou cuja justificativa não seja aceita pela Administração em assinar o contrato **no prazo de 03 (três) dias úteis**, contados a partir da data de convocação efetuada pela **CONTRATANTE**, sujeitará o respectivo licitante à multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor da proposta, sem prejuízo da aplicação da pena de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, nos termos do art. 7º da Lei nº 10.520/02;

**14.2.1.** Na hipótese de não assinatura dos termos de aditamento ao contrato no prazo de 03 (três) dias úteis, contados a partir da data de convocação efetuada pela **CONTRATANTE**, sem prejuízo da aplicação da pena prevista no item 14.3.8, o ajuste estará sujeito à rescisão por culpa da CONTRATADA, com aplicação da multa prevista no item 15.3.5;

**14.3.** Pelo descumprimento do ajuste a **CONTRATADA** sujeitar-se-á às seguintes penalidades:

**14.3.1.** Advertência;

**14.3.2.** Multa de 0,5% (meio por cento) para cada dia de atraso no início da execução contratual, computada sobre o valor mensal da unidade da SMS em que ocorreu o atraso. A partir do 20º dia de atraso, poderá configurar-se a inexecução total ou parcial do contrato, com as consequências daí advindas;

**14.3.3.** Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato, por local de prestação dos serviços, nas hipóteses de descumprimento ou cumprimento irregular das obrigações assumidas pela **CONTRATADA**;

- 14.3.4.** Multa de 15% (quinze por cento) sobre o valor mensal do contrato, por local de prestação dos serviços, no caso de inexecução parcial do objeto licitado;
- 14.3.5.** Multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total, ou na hipótese de cancelamento ou rescisão do ajuste por culpa da **CONTRATADA**;
- 14.3.5.1.** Incidirá na mesma pena prevista no subitem 15.3.5 o licitante que estiver impedido de firmar o termo de contrato pela não apresentação dos documentos necessários para tanto;
- 14.3.6.** Se, por qualquer meio, independentemente da existência de ação judicial, chegar ao conhecimento do gestor do contrato a ser firmado com a licitante vencedora, uma situação de inadimplemento com relação às obrigações trabalhistas, caberá a **CONTRATANTE** apurá-la e, se o caso, garantido o contraditório, aplicar à **CONTRATADA** multa pelo descumprimento de obrigação contratual no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato. Persistindo a situação, poderá a **CONTRATANTE** rescindir o contrato;
- 14.3.6.1.** A rescisão mencionada no subitem 15.3.6, atrai os efeitos previstos no art. 80, incisos I e IV da lei Federal nº 8666/93.
- 14.3.7.** As multas previstas neste Edital não impedem que a **CONTRATANTE** rescinda unilateralmente o contrato a ser firmado com a licitante vencedora, bem como aplique cumulativamente outras sanções previstas na lei;
- 14.3.8.** Suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- 14.3.9.** Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação;
- 14.4.** As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.
- 14.5.** No caso de aplicação de eventuais penalidades, será observado o procedimento previsto no Capítulo X do Decreto Municipal nº 44.279/03 e na Seção II do Capítulo IV da Lei Federal nº 8.666/93;

- 14.6. O prazo para pagamento de multas será de 5 (cinco) dias úteis a contar da intimação da infratora, sob pena de inscrição do respectivo valor como dívida ativa, sujeitando-se a devedora ao competente processo judicial de execução.
- 14.7. As penalidades só deixarão de ser aplicadas nos casos previstos expressamente no Decreto Municipal de Execução Orçamentária em vigor, no presente exercício, ou seja, quando houver a comprovação pela **CONTRATADA** de ocorrência de força maior impeditiva do cumprimento da obrigação, ou manifestação da unidade requisitante informando que a infração contratual foi decorrente de fato imputável à Administração.

## 15. PAGAMENTO

- 16.1. O pagamento será realizado mensalmente, mediante o Atestado de Medição, dos quantitativos referente aos procedimentos de Hemodiálise, Hemodifiltração, Avaliação Especializada de Tratamento de Intercorrência de Paciente Renal Agudo e Crônico Agudizado e a Avaliação do Acordo de Nível de Serviço pelo fiscal do contrato ao gestor do contrato.
- 16.2. A **CONTRATADA** receberá de acordo com o nível de serviço efetivamente prestado conforme Avaliação do Acordo de Nível de Serviço A **CONTRATADA** ficará sujeita a descontos se houver falhas nos serviços prestados de acordo com o especificado neste Termo de Referência e consequente proposta comercial.

## 16. CRITÉRIO DE JULGAMENTO

- 16.1. O critério de julgamento de preços para proposta vencedora será o de **menor valor global total (180 dias)** que atenda os demais requisitos deste Termo de Referência.

**ANEXO I - MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

ITEM	UNIDADES	HEMODIÁLISE			HEMODIAFILTRAÇÃO			Avaliação sem procedimento de TRS/Mês			VALOR GLOBAL ESTIMADO	
		A - Estimativa Total	B - \$ Unitário	C - \$ Total (A X B)	D - Estimativa Total	E - \$ Unitário	F - \$ Total (D X E)	G - Estimativa Total	H - \$ Unitário	I - \$ Total (G X H)	J - \$ GLOBAL 180 DIAS (C + F + I)	K - \$ GLOBAL MENSAL (J / 6)
1	HMM PROF. MÁRIO DEGNI	66		R\$ 0,00	6		R\$ 0,00	30		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
2	HM DR. ALEXANDRE ZAIO	258		R\$ 0,00	6		R\$ 0,00	30		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
3	HM DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA	792		R\$ 0,00	6		R\$ 0,00	30		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
4	HM DR. BENEDICTO MONTENEGRO	306		R\$ 0,00	6		R\$ 0,00	30		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>TOTAL ESTIMADO</b>		<b>1.422</b>		<b>R\$ 0,00</b>	<b>24</b>		<b>R\$ 0,00</b>	<b>120</b>		<b>R\$ 120,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>

*O preço cotado inclui todos os custos e despesas necessárias ao cumprimento integral das obrigações decorrentes da contratação desta contratação, tais como custos diretos e indiretos, tributos incidentes, materiais, equipamentos, encargos sociais, trabalhistas – respeitados os pisos salariais da categoria – e quaisquer outros itens necessários ao cumprimento integral do objeto desta contratação.*



**ANEXO II - FICHA DE SOLICITAÇÃO INICIAL DE PROCEDIMENTO DE TRS**

(preencher em duas vias, 1ª. Via prontuário, 2ª. via empresa).

Paciente: \_\_\_\_\_ Unidade de Internação: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

Diagnóstico(s): IRA ( ) IRC ( ) IRC agudizada ( )

Co-Morbidade (s) (N) (S) Especificar: \_\_\_\_\_

Resumo clínico/Justificativa do Procedimento:

---

---

---

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Sinais Vitais / Exame Físico:**

Freq. Respiratória \_\_\_ ipm/Frequência Cardíaca \_\_\_ bpm/ PA \_\_\_ mmHg/SatO% \_\_\_

AR: \_\_\_\_\_ ACV: \_\_\_\_\_

Oxigenoterapia: (N) (S) Cateter O2: \_\_\_ L/min Venturi: \_\_\_% Ventilação Mecânica: (N) (S) Função Neuro:

Glasgow \_\_\_ Abertura Ocular ( ) Resp. Verbal ( ) Resp. Motora ( ) Função Cardíaca: Drogas Vasoativas: (N) (S)

Especificar (ml/h/cc): \_\_\_\_\_

Função Renal (no máximo 24 horas): Creatinina \_\_\_ Uréia \_\_\_ K \_\_\_ Na \_\_\_

pH: \_\_\_ Bicarbonato \_\_\_ BE: \_\_\_

Hb: \_\_\_ Leucograma: \_\_\_ Glicemia \_\_\_ (indicar a data dos resultados dos exames)

Conduta solicitada: \_\_\_\_\_

Solicitante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



**ANEXO III - AVALIAÇÃO DO ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO**
**HOSPITAL:** \_\_\_\_\_ **MÊS REFERÊNCIA:** \_\_\_\_\_

**EMPRESA:** \_\_\_\_\_

Dimensão: Procedimento		Sim	Não	Pontos
1.1	Os equipamentos estavam em plena condição de funcionamento, testados sem problemas técnicos, compatíveis com a indicação? (SIM = 2 PONTOS)			
1.2	O checklist de materiais e equipamentos estava realizado e 100% a contento? (SIM = 2 PONTOS)			
1.3	O procedimento foi autorizado formalmente, de maneira prévia, pelo funcionário do setor? (SIM = 2 PONTOS)			
1.4	O procedimento autorizado foi realizado na modalidade e duração prescritos? (SIM = 2 PONTOS)			
1.4.1	Responder somente no caso da resposta do item 1.4 for <b>NÃO</b> . A mudança de procedimento foi autorizada e compatível com status clínicos do paciente e o relatório clínico de justificativa está anexo? (SIM = 2 PONTOS)			
<b>SUBTOTAL PROCEDIMENTO (MÁXIMO): 8 PONTOS</b>				
Dimensão: Equipe		Sim	Não	Pontos
2.1	Os profissionais estavam identificados e com crachá? (SIM = 1 PONTO)			
2.2	Os EPIs estavam disponíveis e sendo utilizados pelos profissionais? (SIM = 1 PONTO)			
2.3	Os profissionais disponibilizados estavam de acordo com o tipo de procedimento solicitado? (SIM = 2 PONTOS)			
2.4	O tempo de resposta foi compatível com o procedimento no contrato?(Médico Nefrologista por contato telefônico – 60 minutos; Equipe de TRS Urgência/Emergência -12horas; Equipe TRS Regular – 24 horas) (3 PONTOS)			
<b>SUBTOTAL Equipe (MÁXIMO): 7 PONTOS</b>				
<b>TOTAL AVALIAÇÃO DO ACORDO DO NÍVEL DE SERVIÇO</b>				
		Sim	Não	
<b>Houve alguma falha grave que impediu o procedimento? Relate a parte PAGAMENTO ZERO, NOTIFICAR VIA SMS POR FALTA GRAVE</b>				

*Faixa de pagamento conforme nível de serviço apurado*

A	13 A 15 pontos = 100%	100%
B	10 A 12 PONTOS = 90%	90%
C	09 A 11 PONTOS = 80%	80%
D	08 ou menos pontos = 70%	70%

HOSPITAL – FISCAL DO CONTRATO

Nome:

Função

RG:

*No caso de avaliações C e D, obrigatoriamente a empresa deverá fazer justificativa em até 05 dias úteis para análise da SMS e farão parte do processo de análise de não conformidade grave. O não envio ou a avaliação de não procedência da justificativa apresentada acarretará punição contratual nos termos da cláusula de penalidade do contrato.*