



**TERMO DE CONTRATO Nº 106/2020-SMS-1/CONTRATOS  
DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 551/2020**

**PROCESSO Nº:** 6018.2020/0042997-3

**CONTRATANTE:** SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DA  
PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO.

**CONTRATADA:** ALAVANÇA SAÚDE E APOIO DOMICILIAR LTDA.

**OBJETO DO CONTRATO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA  
PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA  
PACIENTES ACAMADOS E COM ALTO NÍVEL DE  
DEPENDÊNCIA NECESSITANDO DE CUIDADOS  
DOMICILIARES, COM INCLUSÃO DE CLÁUSULA  
RESOLUTIVA.

**VALOR TOTAL:** R\$ 279.870,00 (DUZENTOS E SETENTA E NOVE MIL  
E OITOCENTOS E SETENTA REAIS)

**NOTA DE EMPENHO:** 64.248/2020 NO VALOR DE R\$ 279.870,00

**DOTAÇÃO:** 84.10.10.301.3003.2.509.3.3.90.91.00.00

Aos 30 de julho de 2020, na Secretaria Municipal da Saúde, situada na Rua General Jardim, 36 – Centro – São Paulo, compareceram, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO** por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, CNPJ nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado pelo Secretário Municipal da Saúde, Sr. **EDSON APARECIDO DOS SANTOS**, nos termos da competência que lhe foi delegada pela Portaria nº 890/2013, doravante, denominada simplesmente **CONTRATANTE**, e, do outro lado, a empresa **ALAVANÇA SAÚDE E APOIO DOMICILIAR LTDA.**, inscrita no CNPJ sob o nº 12.183.911/0001-80, com sede na Rua Voluntários da Pátria, 2.820, conjunto 84, Bairro Santana, São Paulo/SP, CEP: 02.402-100, neste ato representada pelo Senhor **REBERSON PIERRO**, portador da Cédula de Identidade RG nº 26.612.368-5 SSP/SP, e inscrito no CPF sob nº 170.201.028-75, doravante designada simplesmente **CONTRATADA**, por força do Despacho Autorizatório proferido no processo em epígrafe sob SEI nº 031443280, publicado no DOC/SP de 30/07/2020 – página 99, para o fim de celebrarem o presente Contrato, em especial pela necessidade de cumprimento de ordem judicial, através de dispensa de licitação fundamentada no artigo 24, IV, da Lei Federal nº 8.666/93, objetivando a prestação de serviço conforme as cláusulas a seguir enunciadas:



**CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO**

- 1.1 Contratação de empresa especializada na prestação de assistência à saúde para pacientes acamados e com alto nível de dependência necessitando de cuidados domiciliares, com inclusão de cláusula resolutiva, ou seja, para fazer constar a possibilidade de rescisão contratual antes do término de sua vigência, sem ônus à **CONTRATANTE**, caso seja concluído procedimento licitatório referente ao mesmo objeto deste Contrato.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 2.1 Este contrato deverá prestar assistência ao paciente **MATEUS ALVES DA SILVA**, portador do RG nº 39.406.634-0, e inscrito no CPF sob o nº 367.397.858-64, residente e domiciliado à Rua dos Abacateiros nº 01, Bairro Lauzane Paulista, São Paulo/SP, CEP: 02431-010, celular (11) 94624-8482 / 96515-9165, para atender **demanda judicial nº 0043459-35.2012.8.26.0001**.
- 2.2 De acordo com laudo médico, o paciente esteve hospitalizado desde novembro de 2004 até fevereiro de 2020 devido a politrauma decorrente de acidente de carro versus pedestre, com fratura de tíbia, fibula, TCM e TRM, não indicado intervenção neurológica. Evoluiu com insuficiência respiratória crônica por inatividade diafragmática, necessitando de marca-passo diafragmático e períodos de ventilação mecânica por traqueostomia. Na ressonância magnética de coluna: contusão medular occipito-cervical e cervico-torácica com comprometimento ligamentar anterior. Portador de hipertensão arterial sistêmica e bexiga neurogênica. Dependente completamente para as atividades básicas de vida diária e necessita de garantia de fornecimento elétrico sem interrupção, uma vez que depende de maquinário como ventilador mecânico e aspirador a vácuo.
- 2.3 Os serviços, objeto do presente, deverão ser iniciados de acordo com a Ordem de Início a ser emitida pelo setor de Contratos, após a assinatura do contrato.
- 2.4 A **CONTRATADA** deverá realizar os serviços conforme Termo de Referência – Anexo I, na residência da paciente pelo período de até 180 dias:

**2.4.1 Equipe Multiprofissional**

SERVIÇOS	DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO
Consulta médica especialista	Consulta com Medico Cardiologista com tempo de duração de no mínimo 50 minutos para avaliação e evolução Cardiológica do paciente devido implante marcapasso.	1x de 6 em 6 meses
Enfermagem Domiciliar (Enfermeiro)	Atendimento/Consulta por enfermeiro com tempo de duração 24 horas para planejamento, execução e avaliação do plano de cuidados de enfermagem durante todo o	01 enfermeiro a cada 12 horas



	período. Cabendo ao profissional a implantação da sistematização de enfermagem, execução dos cuidados de maior complexidade técnica (LPP, TQT, sondagem vesical e outros) e coordenação e supervisão dos técnicos de enfermagem.	
Enfermagem Domiciliar (Técnico de Enfermagem)	Executar ações assistenciais de Enfermagem de nível médio relacionadas a higiene; alimentação; mobilização e conforto; prevenção escaras; assistência respiratória; administração de terapia endovenosa, muscular e oral, controle dos sinais vitais e outros durante 24 horas	24hs (01 técnico de enfermagem a cada 12 horas)
Fonoaudiologia Domiciliar	Sessão de terapia em Fonoaudiologia com tempo de duração de 50 a 70 minutos, conforme necessidade do paciente.	01 x /semana
Fisioterapia Domiciliar MOTORA	Sessão de fisioterapia motora diária, com tempo de duração de no mínimo 50 minutos, conforme necessidade do paciente.	03 vezes ao dia
Fisioterapia Domiciliar RESPIRATÓRIA	Sessão de fisioterapia respiratória diária com tempo de duração de no mínimo 50 minutos, conforme necessidade do paciente. <b>Recursos:</b> aspirador, insumos de aspiração, ventilador.	

#### 2.4.2 Equipamentos

SERVIÇO	DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO
Cama Hospitalar	Cama hospitalar motorizada	24 horas/dia
	Colchão pneumático	
Cadeira de rodas	Cadeira de rodas para transporte adaptada,	24 horas/dia
Cadeira de Banho	Cadeira de Banho, adaptada com apoio lateral, rodízio e trava	24 horas/dia
Respirador mecânico multiprocessado	Respirador mecânico multiprocessado com copo umidificador e filtro umidificador bacteriano/viral eletrostático hidrobac S- Vela	24 horas/dia
Torpedo de Ar Comprimido	Torpedo de Ar Comprimido com válvula e troca quando necessário	24 horas/dia
Ambu Adulto	Ressuscitador manual com reserva de oxigênio	01un/24 horas
Aspirador De Secreção, Elétrico, Móvel	Aspirador de secreção elétrico por pressão negativa (vácuo), com rodízios, frasco sucção conectado ao frasco coletor que deverá ser em material termoplástico ou vidro, com capacidade mínima de 6 litros	*Uso durante fisioterapia



No break	Gerador portátil de energia- tipo de no break	*01 por equipamento
----------	---	---------------------

### 2.4.3 Material Médico Hospitalar

DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO MENSAL	QUANTITATIVO TOTAL
Fornecimento de Conjunto para inalação, adulto (máscara nasal, copo armazenador, chicote e fluxometro)	03 conjuntos/mês	18
Fornecimento de filtros, circuito e copo umidificador para respirador mecânico multiprocessado.	03 Circuitos/mês	18
Fornecimento de espaço morto para traqueostomia	10 Unidades/mês	60
Fornecimento de Máscara para traqueostomia e tubos T	02 máscaras/mês 02 tubos T/mês	02 máscaras= 12 02 tubos T =12
Frasco de aspiração (conforme volume indicado pelo aspirador)	03 frascos/mês	18

### CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 3.1 Garantir a execução do objeto deste contrato, **obedecidas às disposições da legislação vigente, normas técnicas, de segurança e Plano Terapêutico** a ser desenvolvido pela empresa contratada e aprovado pela Coordenadoria Regional de Saúde Norte e Complexo Hospitalar do Mandaqui, responsabilizando-se integralmente pelo objeto do presente ajuste;
- 3.2 Designar, por meio escrito, no ato de recebimento da autorização de serviços, preposto (s) capaz (es) de promover visitas semanais na residência do paciente, e podendo tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos, e que tenha (m) poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste Contrato. Este (s) preposto (s) terá (ão) a obrigação de reportar (em) –se, quando houver necessidade, ao coordenador dos serviços do Contratante e tomar providências pertinentes quanto a evolução do (s) paciente (s);
- 3.3 Manter permanentemente em serviço, equipe composta por profissionais para desenvolver as atividades previstas no presente contrato. Manter pessoal operacional qualificado com número suficiente, para garantir o atendimento diurno e noturno, se couber;
- 3.4 Realizar as visitas diárias, semanais e mensais em dias e períodos fixos, sendo o monitoramento através de planilha de controle de entrada e saída, conforme **Anexos II** ao **VII**, que é parte integrante do presente instrumento.
- 3.5 Observar e respeitar as normas e regulamentos vigentes do Contratante;
- 3.6 Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;



- 3.7 Comprometer-se com o sigilo, segundo as normas éticas, garantindo-se o anonimato quando se fizer necessário;
- 3.8 A empresa deverá seguir o estabelecido pela Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam atenção domiciliar – tendo como requisitos mínimos:
- A empresa deve possuir alvará expedido pelo órgão sanitário competente;
  - Responsável técnico: profissional de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional, de acordo com as categorias dos serviços contratados;
  - Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- 3.9 Fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames, auditorias e inspeções, de acordo com os preceitos do Código de Ética Médica, com o objetivo de acompanhar os serviços contratados;
- 3.10 A Contratada fica obrigada a apurar eventuais reclamações escritas apresentadas pela Contratante dando ciência à mesma das medidas tomadas para sanar as falhas apontadas;
- 3.11 A prestação de serviços destina-se exclusivamente ao atendimento em domicílio, e para acompanhamento nas atividades externas, como acompanhamento ao médico com a genitora do paciente, ficando vedadas viagens e passeios;
- 3.12 A empresa deverá fornecer profissionais técnicos/especializados para a execução dos serviços descritos que deverão ter formação específica, reconhecida pelo MEC e estar em dia com o conselho correspondente para exercer sua profissão e devido Registro no CNES. Ficando vedado à Contratada utilizar a prestação de serviços como local de estágio para seus funcionários;
- 3.12.1 A empresa deverá fornecer, com antecedência de até 03 dias do início da execução dos serviços, a relação de profissionais que realizarão os trabalhos, incluindo o responsável técnico, que acompanhará a execução contratual nas dependências da residência dos pacientes;
- 3.13 A empresa deverá atender a escala mensal de atendimento dos Prestadores de Serviços de Home Care, sendo que os contratados deverão cumprir os postos discriminados no quadro, em observância a qualidade do atendimento, eventuais alterações, devem ser comunicadas com antecedência;
- 3.14 É vedado à Contratada proceder, sem prévia autorização da fiscalização, alteração de qualquer natureza nos serviços. Quaisquer modificações ou providências necessárias à adequação dos serviços, a suprir falhas ou omissões, deverão ser solicitadas por escrito, à Contratante;



- 3.15 Não será autorizado o atendimento de pacientes internados em Hospitais e em Casas de Saúde. Caso ocorra a internação de algum paciente durante a vigência do Contrato, esta ocorrência deverá ser comunicada a SMS, que suspenderá o Atendimento pelo período em que o paciente estiver internado;
- 3.16 Os Familiares e/ou Curadores deverão informar aos Prestadores de Serviço de Atendimento Domiciliar, todo os detalhes necessários a respeito do Atendimento e as necessidades dos pacientes, no sentido de tornar os serviços mais completos e eficientes, entretanto, não será permitida a intervenção direta de familiares ou de curadores representantes dos pacientes no objeto da Prestação de Serviços. Caso haja este tipo de ocorrência, a Contratada deverá comunicar por escrito à Contratante, para que a mesma possa tomar as medidas necessárias;
- 3.17 Elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA), considerando a Lei 9471/97;
- 3.17.1 Dispor de todos os equipamentos *básicos* para a assistência à saúde (ex.: aparelho de pressão, estetoscópio, termômetro, oxímetro, etc.), em perfeitas condições de uso. Em caso de avaria, substituir em 24 horas;
- 3.17.2 Dispor dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI de uso obrigatório, como exemplo: luvas de procedimentos, máscaras apropriadas, gorros e aventais, em quantidade suficientes, para o atendimento do paciente;
- 3.17.3 Realizar e disponibilizar mensalmente registro online de eventos assistenciais, ou digitalizar registro físico destes em igual período, desde que haja disponibilidade online, e em caso de intercorrência, quando solicitados pela CONTRATANTE. Esses registros devem ser imediatamente disponibilizados para a Coordenadoria Regional de Saúde Norte, EMAD P.S. SANTANA responsável pelo caso, com as seguintes características:
- 3.17.3.1 Escala e frequência dos profissionais envolvidos (Escala de Plantão), relatório dos serviços prestados, plano terapêutico, evolução clínica descrita por cada profissional envolvido na assistência, lista de insumos, medicamentos e equipamentos utilizados (se houver), solicitação de atendimento complementar e outros pertinentes a cada assistência.
- 3.18 Durante a execução dos serviços, a empresa deverá elaborar os documentos abaixo relacionados e enviá-los conforme orientação da CONTRATANTE:
- 3.18.1 Atualização da Relação de profissionais que prestarão assistência ao paciente, (escala de plantão), com antecedência de até 03 (três) dias do início de cada mês;



- 3.18.2 Relatório de implantação da assistência pelos profissionais descritos, contemplando: diagnóstico, plano terapêutico, avaliação clínica e prognóstico – encaminhar impreterivelmente na semana da implantação, e, posteriormente, um relatório mensal;
- 3.18.3 Encaminhar prontuário domiciliar até o 5º dia útil do mês seguinte do atendimento contendo:
- 3.18.3.1 O Formulário de evolução multiprofissional deverá ser ÚNICO para todos os profissionais contratados de nível superior. O Formulário deverá conter: nome do paciente, preenchido em ordem cronológica de forma sucinta e carimbo do profissional com registro no seu órgão de classe.
- 3.18.4 Relatório de serviços prestados – Relação quantitativa dos serviços prestados para fins de pagamento. Este relatório deverá ser encaminhado junto com os demais relatórios: prontuário domiciliar, relatório de evolução e avaliação de cada profissional até o 5º dia útil do mês seguinte do atendimento.
- 3.19 A empresa contratada deverá enviar representante técnico envolvido no atendimento do paciente para reuniões periódicas com a equipe do EMAD EMAD P.S. SANTANA, responsável pelo caso, sempre que for solicitado;
- 3.20 É vedado à contratada proceder, sem prévia autorização da contratante, alterações de qualquer natureza nos serviços prestados no que se refere aos profissionais, equipamentos ou materiais constantes no contrato;
- 3.21 Quaisquer modificações ou providências necessárias à adequação dos serviços, para suprir falhas, omissões, urgência e emergência, deverão ser solicitadas e justificadas até 72 horas à Coordenadoria Regional de Saúde Norte, EMAD P.S. SANTANA e SMS/CONTRATOS, para que sejam autorizadas pela Contratante;
- 3.22 Ao final do contrato, a empresa deverá encaminhar à contratante, todos os documentos relacionados ao paciente, inclusive o Prontuário Domiciliar.

#### **CLÁUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 4.1 Prestar à Contratada informações e esclarecimentos necessários para a efetiva e segura implantação do serviço de Home Care, bem como os que eventualmente venham a ser solicitados, e que digam respeito à natureza dos serviços contratados;
- 4.2 A CONTRATANTE deverá assegurar à CONTRATADA, condições para o regular cumprimento das obrigações desta última, inclusive realizando o pagamento pelo fornecimento na forma do ajustado entre as partes;
- 4.3 Fiscalizar e Supervisionar todas as atividades desenvolvidas pela Contratante realizando avaliações periódicas;



- 4.4 Comunicar por escrito qualquer falta ou deficiência, devendo ser corrigida imediatamente pela Contratante;
- 4.5 Indicar e formalizar o(s) responsável(is) pela fiscalização do contrato, a quem competirá o acompanhamento dos serviços, nos termos do Decreto Municipal nº 54.873/2014.

**CLÁUSULA QUINTA – PREÇO, REAJUSTE E FORMA DE PAGAMENTO**

- 5.1 O valor global do presente contrato é de **R\$ 279.870,00 (Duzentos e Setenta e Nove Mil e Oitocentos e Setenta Reais)** e o valor unitário de cada serviço, estão descritos na planilha abaixo:

**Equipe Multiprofissional**

SERVIÇOS	DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Consulta médica especialista	Consulta com Médico <b>Cardiologista</b> com tempo de duração de no mínimo 50 minutos para avaliação e evolução Cardiológica do paciente devido implante marcapasso.	1x de 6 em 6 meses	100,00	100,00
Enfermagem Domiciliar (Enfermeiro)	Atendimento/Consulta por enfermeiro com tempo de duração 24 horas para planejamento, execução e avaliação do plano de cuidados de enfermagem durante todo o período. Cabendo ao profissional a implantação da sistematização de enfermagem, execução dos cuidados de maior complexidade técnica (LPP, TQT, sondagem vesical e outros) e coordenação e supervisão dos técnicos de enfermagem.	01 enfermeiro a cada 12 horas	600,00	18.600,00
Enfermagem Domiciliar (Técnico de Enfermagem)	Executar ações assistenciais de Enfermagem de nível médio relacionadas a higiene; alimentação ; mobilização e conforto; prevenção escaras; assistência respiratória; administração de terapia endovenosa, muscular e oral, controle dos sinais vitais e outros durante 24 horas	24 hs (01 técnico de enfermagem a cada 12 horas)	400,00	12.400,00
Fonoaudiologia		01 x /semana	50,00	250,00





Domiciliar	Sessão de terapia em Fonoaudiologia com tempo de duração de 50 a 70 minutos, conforme necessidade do paciente.			
Fisioterapia Domiciliar MOTORA	Sessão de fisioterapia motora diária, com tempo de duração de no mínimo 50 minutos, conforme necessidade do paciente.	03 vezes ao dia	70,00	6.510,00
Fisioterapia Domiciliar RESPIRATÓRIA	Sessão de fisioterapia respiratória diária com tempo de duração de no mínimo 50 minutos, conforme necessidade do paciente. <b>Recursos:</b> aspirador, insumos de aspiração, ventilador.		70,00	6.510,00

#### Equipamentos

SERVIÇO	DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Cama Hospitalar	Cama hospitalar motorizada	24 horas/dia	390,00	390,00
	Colchão pneumático		80,00	80,00
Cadeira de rodas	Cadeira de rodas para transporte adaptada,	24 horas/dia	80,00	80,00
Cadeira de Banho	Cadeira de Banho, adaptada com apoio lateral, rodizio e trava	24 horas/dia	50,00	50,00
Respirador mecânico multiprocessado	Respirador mecânico multiprocessado com copo umidificador e filtro umidificador bacteriano/viral eletrostático hidrobac S-Vela	24 horas/dia	1.000,00	1.000,00
Torpedo de Ar Comprimido	Torpedo de Ar Comprimido com válvula e troca quando necessário	24 horas/dia	200,00	200,00
Ambu Adulto	Ressuscitador manual com reserva de oxigênio	01un/24 horas	50,00	50,00
Aspirador De Secreção, Elétrico, Móvel	Aspirador de secreção elétrico por pressão negativa (vácuo), com rodízios, frasco sucção conectado ao frasco coletor que deverá ser em material termoplástico ou	*Uso durante fisioterapia	80,00	80,00



	vidro, com capacidade mínima de 6 litros			
No break	Gerador portátil de energia- tipo de no break	*01 por equipamento	100,00	100,00

**Material Médico Hospitalar**

DESCRIÇÃO	QUANTITATIVO	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Fornecimento de Conjunto para inalação, adulto (mascara nasal, copo armazenador, chicote e fluxometro)	03 conjuntos/mês = 18	20,00	60,00
Fornecimento de filtros, circuito e copo umidificador para respirador mecânico multiprocessado.	03 Circuitos/mês = 18	20,00	60,00
Fornecimento de espaço morto para traqueostomia	10 Unidades/mês = 60	5,00	50,00
Fornecimento de Máscara para traqueostomia e tubos T	02 máscaras/mês = 12 02 tubos T/mês = 12	15,00	30,00
Frasco de aspiração (conforme volume indicado pelo aspirador)	03 frascos/mês = 18	15,00	45,00

<b>TOTAL MENSAL</b>	<b>R\$ 46.645,00</b>
<b>TOTAL 180 DIAS</b>	<b>R\$ 279.870,00</b>

**OBS: PRAZO CONTRATUAL: até 180 dias.**

5.2. Durante a vigência contratual, os preços não sofrerão reajustes.

5.3 Para processar-se o pagamento, a **CONTRATADA** deverá submeter à **CONTRATANTE** a competente nota fiscal, acompanhada do relatório de "a contento" emitido pela **CONTRATANTE**.

5.4. Medições detalhadas comprovando a quantidade produzida, no caso de serviço prestado por produção, no período a que se refere o pagamento (Planilha de faturamento);

5.5. Demonstrativo da retenção dos impostos devidos e outros descontos referentes ao pagamento da despesa;

5.6. Prova de regularidade com o FGTS e as contribuições previdenciárias, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

5.7. Relação atualizada dos empregados vinculados à execução do contrato;

5.8. Folha de frequência dos empregados vinculados à execução do contrato (conforme Anexos II, III, IV, V, VI e VII);

5.9. Folha de pagamento dos empregados vinculados à execução do contrato;

5.10. Cópia do protocolo de envio de arquivos, emitido pela conectividade social (GFIP/SEFIP);

5.11. Cópia da relação dos trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês anterior ao pedido de pagamento;



- 5.12. Cópia da guia quitada do INSS correspondente ao mês anterior ao pedido de pagamento.
- 5.13. Cópia da guia quitada do FGTS correspondente ao mês anterior ao pedido de pagamento.
- 5.14. Prova de inscrição no CNPJ;
- 5.15. Consulta de Inscritos no CADIN MUNICIPAL;
- 5.16. Certidão Negativa de Débitos de Tributos Mobiliários;
- 5.17. Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
- 5.18. Na hipótese de inexecução parcial, observar-se-á o disposto no item 7.1.3 da cláusula sétima; devendo a **CONTRATADA**, se for o caso, proceder aos competentes ajustes da documentação necessária ao pagamento, cujo prazo recomeçará a fluir a partir da apresentação dos novos documentos.
- 5.19. Devem estar discriminados, detalhadamente, nos documentos fiscais, a quantidade e o preço dos materiais e/ou a identificação dos serviços, o período a que se referem, com os correspondentes preços unitários e totais.
- 5.20. Estando em termos a documentação apresentada pela **CONTRATADA** o pagamento devido será depositado no prazo de 30 (trinta) dias, contados do último dia do mês de referência, na conta corrente que a **CONTRATADA** deverá manter no Banco do Brasil, ou excepcionalmente no Departamento do Tesouro, à critério da Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico.
- 5.21. A presente contratação onerará a dotação nº **84.10.10.301.3003.2.509.3.3.90.91.00.00**, tendo sido emitida a **Nota de Empenho nº 64.248/2020** no valor de **R\$ 279.870,00 (duzentos e setenta e nove mil, oitocentos e setenta reais)**.

#### **CLÁUSULA SEXTA – PRAZO CONTRATUAL**

- 6.1. O presente contrato vigorará pelo prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados da Ordem de Início, não podendo o mesmo ser prorrogado, nos termos do artigo 24, IV, da Lei Federal nº 8.666/93.
- 6.2. O presente contrato poderá ser rescindido, sem ônus à **CONTRATANTE**, antes do término de vigência, caso seja concluído procedimento licitatório referente ao mesmo objeto deste Contrato.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – PENALIDADES**

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



- 7.1.1 Pela inexecução total do objeto contratual, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato;
- 7.1.2 Pelo retardamento no início dos serviços, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor. A partir do 10º dia de atraso, configurar-se-á inexecução total do contrato, com as consequências daí advindas;
- 7.1.3 Pelo atraso injustificado na entrega dos documentos, relativamente ao prazos previstos no item 3.17 e seus subitens, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor mensal do contrato. A partir do 10º dia de atraso, configurar-se-á inexecução parcial do contrato, com as consequências daí advindas.
- 7.1.4 Pela inexecução parcial, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor correspondente à parcela dos serviços não realizados ou realizados em desacordo com as especificações contratadas;
- 7.1.5 Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto contratual, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o valor do contrato;
- 7.1.6 Pela rescisão do contrato por culpa da **CONTRATADA**, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato.
- 7.2 As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.
- 7.3 O prazo para pagamento de multas será de 5 (cinco) dias úteis a contar da intimação da empresa apenada, sendo possível, a critério da **CONTRATANTE**, o desconto das respectivas importâncias do valor eventualmente devido à **CONTRATADA**.
- 7.3.1 O não pagamento das multas no prazo previsto ensejará a inscrição do respectivo valor como dívida ativa, sujeitando-se a **CONTRATADA** ao processo judicial de execução.

#### **CLÁUSULA OITAVA – LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 8.1 A contratada só poderá executar os serviços no domicílio do paciente, na cidade SP, devidamente uniformizado, identificado por crachá e fazendo uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), adequados a atividade exercida. O endereço atual do paciente está situado à Rua dos Abacateiros nº 01, Bairro Lauzane Paulista, São Paulo/SP, CEP: 02431-010 (Travessa Cobrodó, 01).
- 8.1.1. A prestação de serviços acompanhará o paciente em caso de mudança de endereço.

#### **CLÁUSULA NONA – PRAZO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 9.1 Os serviços serão executados por técnicos especializados nas áreas específicas, devendo ser iniciados em até 03 dias após a assinatura do contrato, conforme Ordem



de Início a ser emitida por SMS/CONTRATOS, por um período de até 180 dias, conforme limite da Lei.


**CLÁUSULA DÉCIMA – ANTICORRUPÇÃO**

10.1 Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES GERAIS**

11.1 As partes elegem o Foro da Comarca do Município de São Paulo, que prevalecerá sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

E por estarem de acordo as partes contratantes, foi lavrado o presente instrumento, que lido e achado conforme, segue assinado em 02 (duas) vias de igual teor para todos os efeitos legais.

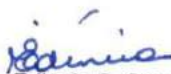
  
**EDSON APARECIDO DOS SANTOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
CONTRATANTE

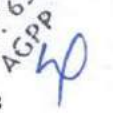


  
**REBERSON PIERRO**  
ALAVANCA SAÚDE E APOIO DOMICILIAR LTDA  
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

  
**Marcia Beani Poiani**  
A.G.P.P.  
RF: 7829556/1

  
**Edineia F. Oliveira**  
COREN-SP 429008 AE  
RF 721387-5

*Conforme Dep. autorizatório  
(031443280)*  
**03/08/2020**  
*Raielja Poza Dantas*  
**Raielja Poza Dantas**  
RF: 634.697.9  
AGPP  




**Anexo I**

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENÇÃO DOMICILIAR**

**1. OBJETO**

Contratação de empresa especializada na prestação de assistência à saúde para pacientes acamados e com alto nível de dependência necessitando de cuidados domiciliares.

Este Termo de Referência refere-se à contratação de empresa para prestar assistência ao paciente **MATEUS ALVES DA SILVA**, portador do RG nº 39.406.634-0, e inscrito no CPF sob o nº 367.397.858-64, residente e domiciliado à Rua dos Abacateiros nº 01, Bairro Lauzane Paulista, São Paulo/SP, CEP: 02431-010, celular (11) 94624-8482/96515-9165 para atender demanda judicial Nº **0043459-35.2012.8.26.0001**.

De acordo com laudo médico, o paciente está hospitalizado desde 05/11/2004 devido a politrauma decorrente de acidente de carro versus pedestre, com fratura de tibia, fíbula, TCM e TRM, não indicado intervenção neurológica. Evoluiu com insuficiência respiratória crônica por inatividade diafragmática, necessitando de marcapasso diafragmático e períodos de ventilação mecânica por traqueostomia. Na ressonância magnética de coluna: contusão medular occipito- cervical e cervico torácica com comprometimento ligamentar anterior. Portador de hipertensão arterial sistêmica e bexiga neurogênica.

No momento, consciente, orientado, contactuando, tetraplégico, estável clinicamente, em tratamento de infecção do trato urinário, com amicacina. Apresenta úlcera por pressão (colete ortopédico) em região anterior de tórax, bilateralmente, em resolução á direita , maior a esquerda. Realizado limpeza local e curativo local sem sinais flogísticos, estável hemodinamicamente, assintomático. Necessita de cateterização vesical de alívio 3 a 4 vezes ao dia.

Dependente completamente para as atividades básicas de vida diária.

Necessita de garantia de fornecimento elétrico sem interrupção, uma vez que depende de maquinário como ventilador mecânico e aspirador a vácuo.

**2. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELA EMPRESA CONTRATADA :**

2.1- A empresa contratada deverá prestar os seguintes serviços:

**2.1.1- Equipe Multiprofissional**

SERVIÇOS	DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO
Consulta médica especialista	Consulta com Medico Cardiologista com tempo de duração de no mínimo 50 minutos para avaliação e evolução Cardiológica do paciente devido implante marcapasso	1x de 6 em 6 meses



Enfermagem Domiciliar (Enfermeiro)	Atendimento/Consulta por enfermeiro com tempo de duração 24 horas para planejamento, execução e avaliação do plano de cuidados de enfermagem durante todo o período.  Cabendo ao profissional a implantação da sistematização de enfermagem, execução dos cuidados de maior complexidade técnica ( LPP, TQT, sondagem vesical e outros) e coordenação e supervisão dos técnicos de enfermagem.	01 enfermeiro a cada 12 horas
Enfermagem Domiciliar (Técnico de Enfermagem)	Executar ações assistenciais de Enfermagem de nível médio relacionadas a higiene; alimentação ; mobilização e conforto; prevenção escaras; assistência respiratória; administração de terapia endovenosa, muscular e oral, controle dos sinais vitais e outros durante 24 horas	01 técnico de enfermagem a cada 12 horas
Fonoaudiologia Domiciliar	Sessão de terapia em Fonoaudiologia com tempo de duração de 50 a 70 minutos, conforme necessidade do paciente.	01 x /semana
Fisioterapia Domiciliar MOTORA	Sessão de fisioterapia motora diária , com tempo de duração de no mínimo 50 minutos, conforme necessidade do paciente	
Fisioterapia Domiciliar RESPIRATORIA	Sessão de fisioterapia respiratória diária com tempo de duração de no mínimo 50 minutos, conforme necessidade do paciente.  <b>Recursos-</b> aspirador, insumos de aspiração, ventilador.	03 vezes ao dia

**2.1.2- Equipamentos**

SERVIÇO	DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO
Cama Hospitalar	Cama hospitalar motorizada	24 horas/dia
	Colchão pneumático	
Cadeira de rodas	Cadeira de rodas para transporte adaptada,	24 horas/dia



Cadeira de Banho	Cadeira de Banho, adaptada com apoio lateral, rodizio e trava	24 horas/dia
Respirador mecânico multiprocessado	Respirador mecânico multiprocessado com copo umidificador e filtro umidificador bacteriano/viral eletrostático hidrobac S- Vela	24 horas/dia
Torpedo de Ar Comprimido	Torpedo de Ar Comprimido com válvula e troca quando necessário	24 horas/dia
Ambu Adulto	Ressuscitador manual com reserva de oxigênio	01un/24 horas
Aspirador De Secreção, Eletrico, Movei	Aspirador de secreção elétrico por pressão negativa (vácuo), com rodízios, frasco sucção conectado ao frasco coletor que deverá ser em material termoplástico ou vidro, com capacidade mínima 6 litros	Uso durante fisioterapia
No break	Gerador portátil de energia- tipo de no break	01 por equipamento

### 2.1.3- Material Medico Hospitalar

DESCRIPTIVO	QUANTITATIVO
Fornecimento de Conjunto para inalação, adulto( mascara nasal, copo armazenador, chicote e fluxometro )	03 conjuntos/mês = 18
Fornecimento de filtros, circuito e copo umidificador para respirador mecânico multiprocessado.	03 Circuitos/mês = 18
Fornecimento de espaço morto para traqueostomia	10 Unidades/mês = 60
Fornecimento de Máscara para traqueostomia e tubos T	02 mascaras/mês = 12 02 tubos T/mês = 12
Frasco de aspiração ( conforme volume indicado pelo aspirador)	03 frascos/mês = 18





## 2. RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA

3.1- Garantir a execução do objeto deste contrato, **obedecidas às disposições da legislação vigente, normas técnicas, de segurança e Plano Terapêutico** a ser desenvolvido pela empresa contratada e aprovado pela Coordenadoria Regional de Saúde Norte e Complexo Hospitalar do Mandaqui, responsabilizando-se integralmente pelo objeto do presente ajuste.

3.2- Designar, por meio escrito, no ato de recebimento da autorização de serviços, preposto (s) capaz (es) de promover visitas semanais na residência do paciente, e podendo tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos, e que tenha (m) poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste Contrato. Este (s) preposto (s) terá (ão) a obrigação de reportar (em) –se, quando houver necessidade, ao coordenador dos serviços do Contratante e tomar providências pertinentes quanto a evolução do (s) paciente (s);

3.3- Manter permanentemente em serviço, equipe composta por profissionais para desenvolver as atividades previstas no presente contrato. Manter pessoal operacional qualificado com número suficiente, para garantir o atendimento conforme pactuado e descrito no contrato.

3.4- Observar e respeitar as normas e regulamentos vigentes do Contratante;

3.5- Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente.

3.6- Comprometer-se com o sigilo, segundo as normas éticas, garantindo-se o anonimato quando se fizer necessário.

3.7- A empresa deverá seguir o estabelecido pela Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam atenção domiciliar – tendo como requisitos mínimos:

a) Alvará expedido pelo órgão sanitário competente;

b) Responsável técnico: profissional de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional;

c) Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

3.8- Fica reservado o direito de realizar perícias médicas, exames, auditorias e inspeções, de acordo com os preceitos do Código de Ética Médica, com o objetivo de acompanhar os serviços contratados.

3.9- A Contratada fica obrigada a apurar eventuais reclamações escritas apresentadas pela Contratante dando ciência à mesma das medidas tomadas para sanar as falhas apontadas.

3.10- A prestação de serviços destina-se exclusivamente ao atendimento em domicílio, e para acompanhamento nas atividades externas, como acompanhamento ao médico com a genitora do paciente, ficando vedadas viagens e passeios.

3.11- A empresa deverá fornecer profissionais técnicos/especializados para a execução dos serviços descritos que deverão ter formação específica, reconhecida pelo MEC e estar em dia



com o conselho correspondente para exercer sua profissão e devido Registro no CNES. Ficando vedado à Contratada utilizar a prestação de serviços como local de estágio para seus funcionários.

**3.11.1- A empresa deverá fornecer, com antecedência de até 03 (três) dias do início da execução dos serviços, a relação de profissionais que realizarão os trabalhos, incluindo o responsável técnico, que acompanhará a execução contratual nas dependências da residência dos pacientes .**

3.12- A empresa deverá atender a escala mensal de atendimento dos Prestadores de Serviços, sendo que os contratados deverão cumprir os postos discriminados no quadro, em observância a qualidade do atendimento, eventuais alterações, devem ser comunicadas com antecedência.

3.13-É vedado à Contratada proceder, sem prévia autorização da fiscalização, alteração de qualquer natureza nos serviços. Quaisquer modificações ou providências necessárias à adequação dos serviços, a suprir falhas ou omissões, deverão ser solicitadas por escrito, à Contratante.

3.14- Não será autorizado o atendimento de paciente(s) internado(s) em Hospitais e em Casas de Saúde. Caso ocorra a internação de algum paciente(s) durante a vigência do Contrato, esta ocorrência deverá ser comunicado ao SMS, que suspenderá o Atendimento pelo período em que o paciente estiver internado.

3.15- Os Familiares e/ou Curadores deverão informar aos Prestadores de Serviço , todo os detalhes necessários a respeito do Atendimento e as necessidades dos pacientes, no sentido de tornar os serviços mais completos e eficientes, entretanto, não será permitida a intervenção direta de familiares ou de curadores representantes dos pacientes no objeto da Prestação de Serviços. Caso haja este tipo de ocorrência, a Contratada deverá comunicar por escrito à Contratante, para que a mesma possa tomar as medidas necessárias.

3.16- Elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA), considerando a Lei 9471/97.

3.16.1- - Dispor de **todos** os equipamentos *básicos* para a assistência à saúde (ex.: aparelho pressão, estetoscópio, termômetro, oxímetro, etc ), em perfeitas condições de uso. Em caso de avaria, substituir em 24 horas.

3.16.2-Dispor dos **Equipamentos de Proteção Individual – EPI** de uso obrigatório, como exemplo: luvas de procedimento, máscaras apropriadas, gorros e aventais, em quantidade suficientes para o atendimento do paciente.

3.16.3-Realizar e disponibilizar mensalmente registro online de eventos assistenciais, ou digitalizar registro físico destes em igual período, desde que haja disponibilidade online, e em caso de intercorrência, quando solicitados pela CONTRATANTE. Esses registros devem ser imediatamente disponibilizados para a Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Supervisão Técnica de Saúde Santana/Jaçanã e EMAD/EMAP/PSF PS Santana denominada IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde, Telefone: 2089-1745, responsável pelo caso, com as seguintes características:

3.16.4-Escala e frequência dos profissionais envolvidos (Escala de Plantão), relatório dos serviços prestados, plano terapêutico, evolução clínica descrita por cada profissional envolvido na assistência, lista de insumos, medicamentos e equipamentos utilizados (se houver), solicitação de atendimento complementar e outros pertinentes a cada assistência.



3.17- Durante a execução dos serviços, a empresa deverá elaborar os documentos abaixo relacionados e enviá-los conforme orientação da CONTRATANTE:

3.17.1- Atualização da Relação de profissionais que prestarão assistência ao paciente, (escala de plantão), com antecedência de até 03 (três) dias do início de cada mês;

3.17.2- Relatório de implantação da assistência a ser prestada pelos profissionais descritos, contemplando: diagnóstico, plano terapêutico, avaliação clínica e prognóstico em conformidade com cada Conselho profissional – encaminhar impreterivelmente na semana da implantação, e, posteriormente, um relatório mensal.

3.17.3- Encaminhar prontuário domiciliar até o 5º dia útil do mês seguinte do atendimento contendo:

3.17.3.1- O Formulário de evolução multiprofissional deverá ser ÚNICO para todos os profissionais contratados de nível superior. O Formulário deverá conter: nome do paciente, preenchido em ordem cronológica de forma sucinta e carimbo do profissional com registro no seu órgão de classe.

3.17.4- Relatório de serviços prestados – Relação quantitativa dos serviços prestados para fins de pagamento. Este relatório deverá ser encaminhado junto com os demais relatórios: prontuário domiciliar, relatório de evolução e avaliação de cada profissional até o 5º dia útil do mês seguinte do atendimento.

3.18- A empresa contratada deverá enviar representante técnico envolvido no atendimento do paciente para reuniões periódicas com a equipe de EMAD/EMAP/PSF Santana denominada IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde, responsável pelo caso, sempre que for solicitado;

3.19- É vedado à contratada proceder, sem prévia autorização da contratante, alterações de qualquer natureza nos serviços prestados no que se refere aos profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos constantes no contrato (se houver).

3.20- Quaisquer modificações ou providências necessárias à adequação dos serviços, para suprir falhas, omissões, urgência e emergência, deverão ser solicitadas e justificadas até 72 horas à Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Supervisão Técnica de Saúde Santana/Jaçanã e EMAD/EMAP/PSF PS Santana denominada IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde, Telefone: 2089-1745 e SMS/CONTRATOS, para que sejam autorizadas pela Contratante;

3.21- Ao final do contrato, a empresa deverá encaminhar à contratante, todos os documentos relacionados ao paciente, inclusive o Prontuário Domiciliar.

#### **4- RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE**

4.1- Prestar à Contratada **todas as informações e esclarecimentos necessários para a efetiva e segura implantação** do serviço de Home care, bem como os que eventualmente venham a ser solicitados, e que digam respeito à natureza dos serviços contratados;

4.2- A CONTRATANTE deverá assegurar à CONTRATADA condições para o regular cumprimento das obrigações desta última, inclusive realizando o pagamento pelo fornecimento na forma do ajustado entre as partes;



- 4.3- Fiscalizar e Supervisionar todas as atividades desenvolvidas pela Contratante realizando avaliações periódicas;
- 4.4- Comunicar por escrito qualquer falta ou deficiência, devendo ser corrigida imediatamente pela Contratante;
- 4.5- Indicar formalmente o gestor e/ou fiscal para acompanhamento da execução contratual.

#### **5- DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA ASSINATURA DO CONTRATO:**

- 5.1- Licença/alvará para funcionamento do estabelecimento, indicando o número do registro da licença, expedida pela Vigilância Sanitária do Estado ou do Município onde estiver instalado.
- 5.2- Apresentar o rol do aparelhamento e do pessoal técnico, adequados e disponíveis, para a realização do serviço, bem como a qualificação de cada um dos membros da equipe técnica, que se responsabilizará pela assistência.
- 5.2.1- Registro no Conselho Regional.
- 5.2.2- Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT)
- 5.2.3- Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- 5.2.4- Declaração que atende a todas as exigências da Resolução do Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM nº 1668/2003

#### **6- LOCAL DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

A contratada só poderá executar os serviços no domicílio do paciente, na cidade SP, devidamente uniformizado, identificado por crachá e fazendo uso de Equipamentos de

Proteção Individual (EPI), adequados a atividade exercida. O endereço atual do paciente é **MATEUS ALVES DA SILVA**, portador do RG nº 39.406.634-0, e inscrito no CPF sob o nº 367.397.858-64, residente e domiciliado à Rua dos Abacateiros nº 01, Bairro Lauzane Paulista, São Paulo/SP, CEP: 02431-010. A prestação de serviços acompanhará o paciente em caso de mudança de endereço.

#### **7- PRAZO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

Os serviços serão executados por técnicos especializados nas áreas específicas, devendo ser iniciados em até 03 dias após a assinatura do contrato, conforme Ordem de Início a ser emitida por SMS/CONTRATOS, por um período de até 180 dias.

#### **8- DO PREÇO**

- 8.1- Os serviços serão remunerados pelo valor mensal contratado.



8.2- Os cancelamentos prévios (com aviso de até 24 h de antecedência) por parte dos responsáveis do paciente ou dos profissionais constantes nesse contrato deverão ser reagendados.

8.3- As sessões ou atendimentos não realizados, sem a devida justificativa, serão glosados e poderão ser considerados inexecução parcial, com as penalidades cabíveis.

## **9- PENALIDADES**

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

9.1.1- Pela inexecução total do objeto contratual, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato;

9.1.2- Pelo retardamento no início dos serviços, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor do contrato. A partir do 10º dia de atraso, configurar-se-á inexecução total do contrato, com as consequências daí advindas;

9.1.3- Pelo atraso injustificado na entrega dos documentos, relativamente ao prazos previstos no item 3.17 e seus subitens, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor mensal do contrato. A partir do 10º dia de atraso, configurar-se-á inexecução parcial do contrato, com as consequências daí advindas.

9.1.4 -Pela inexecução parcial, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor correspondente à parcela dos serviços não realizados ou realizados em desacordo com as especificações contratadas;

9.1.5- Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto contratual, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o valor do contrato;

9.1.6- Pela rescisão do contrato por culpa da **CONTRATADA**, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato.

9.2- As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.

9.3- O prazo para pagamento de multas será de 5 (cinco) dias úteis a contar da intimação da empresa apenada, sendo possível, a critério da **CONTRATANTE**, o desconto das respectivas importâncias do valor eventualmente devido à **CONTRATADA**.

9.3.1- O não-pagamento das multas no prazo previsto ensejará a inscrição do respectivo valor como dívida ativa, sujeitando-se a **CONTRATADA** ao processo judicial de execução.



















**ANEXO VIII**

**ALAVANÇA SAÚDE E APOIO DOMICILIAR LTDA**

**Entrega de Equipamentos/Materiais**

**PACIENTE: MATHEUS ALVES DA SILVA - Contrato nº 106/2020/SMS-1/CONTRATOS**

Dia/mês/ano	Descrição do Equipamento/Material	Nome do Profissional que acompanhou a entrega	Visto Responsável Paciente

Assinatura Responsável: \_\_\_\_\_  
(mãe - cuidador)

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_\_\_  
STS - (fiscal - assinatura e carimbo)