

## TERMO DE TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO E ENVIO DE PROPOSTA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24HS - UPA 24HS.

**OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM (ENFERMEIROS E TÉCNICOS) PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24HS - UPAs 24HS SOB GESTÃO DO IDAB.**

### 1- QUALIFICAÇÃO DA REQUISITANTE:

O Instituto Diva Alves do Brasil - IDAB, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social no Estado do Rio de Janeiro, inscrita no CNPJ sob o nº 12.955.134/0001-45, gestora das Unidades de Pronto Atendimento abaixo listadas e por força dos seus respectivos Contratos de Gestão firmados com o Estado do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro:

#### **UPA 24HS CAXIAS I**

Endereço: Rua Joaquim Peçanha, nº 1532 – Parque Lafaiete – Duque de Caxias – RJ CEP: 25025-095.

#### **UPA 24HS CAXIAS II (SARAPUÍ)**

Endereço: Av. República do Paraguai, s/n - Vila SarapuÍ, Duque de Caxias - RJ, 25040-004

#### **UPA 24 HS MAGÉ**

Endereço: Rua A, s/nº, Piabetá, Magé - RJ, CEP: 25.915-000

#### **UPA 24HS QUEIMADOS**

Rua Mário Ferreira dos Reis, Praça Camarim, Nossa Sra. da Glória, Queimados - RJ, CEP: 26.311-020.

### 2- DAS INFORMAÇÕES TÉCNICAS DAS UNIDADES REQUISITANTES

As UPAs – Unidades de Pronto Atendimento, estão estruturadas para desenvolver atividades de assistência médicas de Urgência/Emergência nas especialidades de Clínica Médica e Clínica Pediátrica, conforme previsto no Edital de Seleção nº 06/2019 – SES-RJ.

As UPAs citadas possuem as seguintes capacidades e estruturas operacionais:

#### **UPA 24hs CAXIAS I**

- Perfil: Mista;
- 05 a 07 consultório médico;
- 02 a 05 leitos na sala vermelha;
- 10 a 12 leitos na sala amarela adulto;
- 03 a 04 leitos na sala amarela de pediatria;
- 00 a 02 salas (com 1 leito e banheiro privativo em cada);
- 01 sala de procedimentos;
- 01 sala de sutura;
- Capacidade média diária de 330 atendimentos e volume médio mensal de até 10.000 atendimentos.

- Quantidade Mínima de Profissionais:

<b>EQUIPE MÍNIMA</b>	<b>QTDE. 12HS DIA</b>	<b>QTDE. 12HS NOITE</b>
Enfermeiro	05 (cinco)	04 (quatro)

Enfermeiro Rotina	01 (um)	-
Téc. de Enfermagem	11 (onze)	10 (dez)

**\* 36 horas semanais**

### **UPA 24hs CAXIAS II (SARAPUÍ)**

- Perfil: Mista;
- 05 a 07 consultório médico;
- 02 a 05 leitos na sala vermelha;
- 10 a 12 leitos na sala amarela adulto;
- 03 a 04 leitos na sala amarela de pediatria;
- 00 a 02 salas (com 1 leito e banheiro privativo em cada);
- 01 sala de procedimentos;
- 01 sala de sutura;
- Capacidade média diária entre 250 a 330 atendimentos e volume médio mensal de 7.500 até 10.000 (dez mil) atendimentos.

- Quantidade Mínima de Profissionais:

<b>EQUIPE MÍNIMA</b>	<b>QTDE. 12HS DIA</b>	<b>QTDE. 12HS NOITE</b>
Enfermeiro	05 (cinco)	04 (quatro)
Enfermeiro Rotina	-	-
Téc. de Enfermagem	10 (dez)	09 (nove)

### **UPA 24hs MAGÉ**

- Perfil: Mista;
- 05 a 07 consultório médico;
- 02 a 05 leitos na sala vermelha;
- 10 a 12 leitos na sala amarela adulto;
- 03 a 04 leitos na sala amarela de pediatria;
- 00 a 02 salas (com 1 leito e banheiro privativo em cada);
- 01 sala de procedimentos;
- 01 sala de sutura;
- Capacidade média diária de 250 atendimentos e volume médio mensal de 7.500 atendimentos.

- Quantidade Mínima de Profissionais:

<b>EQUIPE MÍNIMA</b>	<b>QTDE. 12HS DIA</b>	<b>QTDE. 12HS NOITE</b>
Enfermeiro	04 (quatro)	04 (quatro)
Enfermeiro Rotina	01 (um) *	-
Téc. de Enfermagem	08 (oito)	07 (sete)

**\* 36 horas semanais**

### **UPA 24hs QUEIMADOS**

- Perfil: Mista;

- 05 a 07 consultório médico;
- 02 a 05 leitos na sala vermelha;
- 10 a 12 leitos na sala amarela adulto;
- 03 a 04 leitos na sala amarela de pediatria;
- 00 a 02 salas (com 1 leito e banheiro privativo em cada);
- 01 sala de procedimentos;
- 01 sala de sutura;
- Capacidade média diária entre 250 a 330 atendimentos e volume médio mensal de 7.500 até 10.000 (dez mil) atendimentos.

- Quantidade Mínima de Profissionais:

<b>EQUIPE MÍNIMA</b>	<b>QTDE. 12HS DIA</b>	<b>QTDE. 12HS NOITE</b>
Enfermeiro	05 (cinco)	04 (quatro)
Enfermeiro Rotina	-	-
Téc. de Enfermagem	10 (dez)	09 (nove)

Todas as UPAs dispõe exames complementares, no que concerne aos serviços de análises clínicas (laboratório) e diagnósticos por imagens de (Raio – X / Eletrocardiograma).

Os serviços devem observância às políticas Nacional e Estadual de Saúde Pública, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela SES/RJ.

### **3- DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**3.1.** O presente Termo tem como objetivo subsidiar a Contratação de Empresas Especializadas para prestação de serviços médicos em clínica médica e clínica pediátrica para pacientes das UPAs sob gestão do IDAB, conforme descrição dos serviços a serem prestados por meio de indicadores com metas pactuadas e sob fiscalização, com início da prestação do serviço estimado para as 07:00 horas da manhã do dia 26/03/2020, e a partir daí de forma ininterrupta até efetivo término da prestação dos serviços.

### **4- DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

**4.1.** Proposta Técnica/Plano de Trabalho com dimensionamento adequado dos serviços contratados, com quantitativo mínimo conforme o perfil de cada unidade previsto no item 2 deste termo.

**4.2.** Proposta comercial, seguindo as seguintes orientações:

\* Todo(s) o(s) preço(s) deve(m) ser exposto(s) em REAIS;

\* O(s) preço(s) deve(m) incluir todos os eventuais dispêndio com salários, honorários, leis sociais, trabalhista, acordos e convenções de trabalho das respectivas categorias, custos, despesas, uniformes, impostos, taxas e contribuições relacionados à prestação de serviços que serão contratados, sendo estritamente vedado, sob qualquer pretexto, o seu repasse ao IDAB;

\* O prazo de validade da proposta deverá ser indicado e não poderá inferior a 60 (sessenta) dias, contados da data de apresentação da mesma;

\* As condições comerciais devem ser mantidas pelo período de vigência do contrato.

**4.3.** Apresentar na proposta, instruído com os documentos abaixo relacionados;

- \* Comprovante de registro da PJ no Conselho Regional de Medicina – CRM (sede ou filial);
- \* Comprovante de Registro do Responsável Técnico perante o CRM (sede ou filial);
- \* Certificado de nada consta expedido pelo CRM em favor do Responsável Técnico;
- \* Atestado de capacidade técnica compatível o serviço requerido, fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado;

## **5- DA HABILITAÇÃO JURÍDICA**

**5.1.** Apresentar na proposta, instruído com os documentos abaixo relacionados:

- \* Comprovação de inscrição do CNPJ, e CNAE compatível com o objeto que se pretende contratar;
- \* Pessoas Jurídicas: Sociedade Simples Ltda (Registro em Cartório), Sociedade Simples Ltda (Registro em Junta Comercial); Ato constitutivo, Contrato social em vigor registrado em cartório ou Junta Comercial, acompanhado das alterações e consolidações registradas;

## **6- DA HABILITAÇÃO FISCAL**

- \* Alvará de Localização e Funcionamento;
- \* Certidão Negativa de Falência e Concordata expedida pelo Tribunal de Justiça;
- \* Certidão Negativa de Débito da Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;
- \* Certidão Negativa de Débito relativa à Seguridade Social, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- \* Certidão Negativa de Débito relativo ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- \* Certidão Negativa de Débito relativa há de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho;

## **7- DOCUMENTOS OPCIONAIS:**

- \* Certificado de Especialista Médico em pediatria conforme escopo deste procedimento;
- \* Proposta de desenvolvimento de ações voltadas para melhoria na qualidade da assistência ao paciente, com comprovação de execução dessas ações anterior ou atualmente em outras unidades de saúde.

## **8- DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

**8.1-** Após análise dos documentos apresentados e definição da empresa selecionada, será imprescindível o recebimento dos documentos abaixo, em até 90 (noventa) dias após assinatura do contrato, sob pena de rescisão justificada pelo critério de incapacidade documental:

- \* Registro da empresa selecionada junto ao CREMERJ;
- \* Comprovação de inscrição do CNPJ Filial com endereço na Capital do Rio de Janeiro, e CNAE compatível com o objeto do contrato;
- \* Relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, número de RG, CPF, CRM), registro no órgão regulador da especialidade (caso exista), endereços residenciais ou do

consultório, número dos telefones de contato de todos os profissionais que ela designará para prestar serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:

- a) Diploma de graduação em enfermagem;
- b) Certificado de conclusão da residência ou título de especialista, se aplicável;
- c) Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade, se aplicável;
- d) Carteira ou Identidade Funcional do COREN;
- e) Certidão de quitação de anuidade do COREN;
- f) Certidão de nada consta expedida pelo COREN;
- g) Certificado de conclusão do curso de técnico de enfermagem.

## 9- DO REGIME DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, PREÇO, FORMA DE PAGAMENTO

Fica estabelecido o regime de execução indireta, sob forma de empreitada por preço global, podendo ser feita proposta individualizada para cada UPA ou para cada equipe médica (Enfermeiro, Enf. Rotina, Téc. de Enfermagem);

O valor a ser pago pela prestação dos serviços perceberá o quantitativo de plantões 12hs cada (DIA/NOITE), devidamente realizado, e no valor bruto segundo proposta comercial apresentada e mediante apresentação de nota fiscal, medição dos serviços prestados no período e acompanhadas das certidões negativas indicadas no tópico 6 deste termo;

O relatório de atividades (escala realizada mensal / relatório mensal de visita por paciente) deverá ser apresentado mensalmente em conjunto à nota fiscal, sendo representativo dos serviços globalmente prestados no período e avaliado trimestralmente.

## 10- DESCRITIVO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇOS MÉDICO

\* **Plantão Enfermeiro:** Plantões de 12 (doze) horas em escala de 24 (vinte e quatro) horas diárias, 7 (sete) dias por semana, com equipes distintas para cada uma das Unidades, podendo os profissionais realizarem plantões em unidades diversas mediante obediência a escala de plantão presencial apresentada no início de cada mês para inserção dos dados no CNES e ainda ao final de cada mês, auxiliar os médicos plantonistas nas atividades que envolvem o cuidado com os pacientes

\*\* **Enfermeiro Rotina:** Atendimento aos pacientes internados durante 06 dias por semana, incluindo a elaboração de prescrição e evolução diária, relatório de admissão hospitalar, auxiliar o médico rotina nas atividades que envolvem o cuidado com os pacientes, relatório de alta hospitalar e quaisquer formulários opcionais e exigidos por lei, protocolo clínico, determinação do conselho de enfermagem ou do gestor do SUS local.

\*\*\* **Técnico de Enfermagem:** Atendimento aos pacientes internados e sob demanda espontânea durante 07 dias por semana, incluindo a elaboração de prescrição e evolução de enfermagem diária, relatório de admissão hospitalar, auxiliar os enfermeiros nas atividades que envolvem o cuidado com os pacientes, relatório de alta hospitalar e quaisquer formulários opcionais e exigidos por lei, protocolo clínico, determinação do conselho de medicina ou do gestor do SUS local.

**Principais atribuições e responsabilidades:** Prestar de forma ética, humanizada, dentro dos preceitos estabelecidos pelas normas de boas práticas médicas e com foco na qualidade e segurança do paciente, todo o serviço médico nas dependências da Unidade de Pronto Atendimento.

## 111- ENTREGA DA PROPOSTA DE TRABALHO E PROPOSTA DE PREÇOS

As propostas comerciais devem ser enviadas para o seguinte e-mail: [proposta@idabsocial.org.br](mailto:proposta@idabsocial.org.br), sendo a data limite do recebimento das propostas o dia 24/03/2020 até as 18:00 horas, horário de Brasília.

**Observação: Propostas enviadas fora do prazo serão desclassificadas.**

Solicitações de esclarecimentos, poderão ser encaminhadas para o e-mail: [proposta@idabsocial.org.br](mailto:proposta@idabsocial.org.br).

**12- MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A SER FORMALIZADO PELAS PARTES ANTES DO INÍCIO DAS ATIVIDADES.**

**CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM (ENFERMEIROS E TÉCNICOS) FIRMADO ENTRE O INSTITUTO DIVA ALVES DO BRASIL E XXXXXX.**

O **INSTITUTO DIVA ALVES DO BRASIL - IDAB**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, com endereço no Povoado Timbaúba, s/n – Zona rural, Cacimbinhas, Estado de Alagoas – CEP: 57.570-000, inscrito no CNPJ nº 12.955.134/0001-45, neste ato representado **Augusto Alves da Silva Neto**, brasileiro, casado, administrador, CPF nº 034.537.084-82, RG nº 1615069 SSP/AL, qualificado como Diretor Presidente, com endereço comercial à Avenida da Paz, nº 910, Jaraguá, Maceió/AL, CEP: 57.022-050, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e do outro lado, a empresa **XXXXXXXXXXXXX**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **00.000.000/0001-00**, com sede à **XXXXXXXXX**, nº **XX**, Bairro **XXXXXXXXX**, Cidade - UF, CEP nº **00.000-000**, neste ato representada por **XXXXXXXXX**, inscrito no CPF sob nº **000.000.000-00**, RG sob nº **000.000 SSP-XX**, qualificado como **XXXXXXXXXXXXX**, doravante denominada simplesmente como **CONTRATADA**, resolvem firmar o presente Contrato Particular, doravante denominado simplesmente **CONTRATO**, com base nas Cláusulas e Condições seguintes, que mutuamente outorgam e aceitam:

### **1 – DO OBJETO**

1.1 - O Objeto do presente **CONTRATO** é a prestação de serviços de enfermagem (enfermeiros e técnicos), a serem realizados pela **CONTRATADA** aos pacientes e/ou tomadores dos serviços de saúde e similares, nas dependências da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS XXXXXXXX - UPA 24 HORAS XXXXXXXX**, sito à **XXXXXXXXX**, nº **XX**, Bairro **XXXXXXXXX**, Cidade - UF, CEP nº **00.000-000**.

1.2 - Os serviços, objeto deste instrumento, serão realizados pela **CONTRATADA**, tendo por executores, a plena disponibilização de profissionais em favor da **CONTRATANTE**, legalmente aptos, capacitados e habilitados, todos do quadro de sócios, associados, funcionários ou terceirizados por exclusividade e total responsabilidade da **CONTRATADA**, para garantia do atendimento assistencial da UPA.

1.3 - Os procedimentos referidos acontecerão no âmbito exclusivo do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo vedado à **CONTRATADA** operacionalizar quaisquer procedimentos sob forma diversa de financiamento a essas, ainda que sem o conhecimento da **CONTRATANTE**,

ocorrência que determinará a rescisão imediata desse **CONTRATO** com renúncia da **CONTRATADA** a quaisquer valores vincendos desde a data da observação dessa ocorrência.

## **2 – DOS PRAZOS**

2.1 - O presente contrato tem o prazo indeterminado, a iniciar-se em **XX de XXXX de 2020**, podendo ser rescindido por qualquer das partes, a qualquer tempo, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, por escrito, sem pagamento de multa ou indenização, podendo ser renovado mediante formalização de termo aditivo específico.

2.2- Findo o objeto e o prazo do presente, resolve-se o contrato para todos os efeitos legais, devendo, até a data da sua vigência, a **CONTRATANTE** realizar o pagamento de qualquer valor ainda devido.

## **3 – DAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS**

3.1 - O local, instalações, utensílios e equipamentos necessários à realização do objeto do presente **CONTRATO** serão fornecidos pela **CONTRATANTE**, de acordo com todas as exigências legais e técnicas para o pleno funcionamento do serviço, sendo por outro lado, vedado à **CONTRATADA** instalar qualquer equipamento na unidade hospitalar contratante, exceto por interesse mútuo e previamente autorizado por adição contratual, com prévia autorização da **CONTRATANTE**, por prazo determinado. Em nenhuma hipótese haverá subtração, cessão de uso ou autorização para retirada do ambiente de trabalho pela **CONTRATADA**, de qualquer material ou equipamento, quer de sua propriedade ou sob a guarda da **CONTRATANTE**.

## **4 – DO INVENTÁRIO DOS BENS**

4.1 - Previamente ao início das atividades da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** fará realizar inventário físico de todos os equipamentos e instalações ora fornecidos ao trabalho da **CONTRATADA**; essa relação integrará o presente **CONTRATO**. Os bens listados ficarão sob responsabilidade da **CONTRATANTE**, respondendo esta pela guarda e conservação dos mesmos. A **CONTRATANTE** poderá realizar anualmente, sob seu critério, inventário físico dos bens aqui comentados, ficando logo ajustado que, na ausência de qualquer bem, o mesmo será repostado de imediato pela **CONTRATADA**, salvo nos casos de furto, quando a ocorrência deverá ser devidamente comunicada pela **CONTRATADA** à autoridade policial/boletim de ocorrência e, concomitantemente, ao **CONTRATANTE**.

## **5 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

5.1 - Estando o objeto do presente contrato de prestação de serviços, diretamente vinculado e relacionado ao Contrato de Gestão e Operacionalização da UPA 24 horas de **XXXXXX**, firmado entre a **CONTRATANTE** e o **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, obriga-se a **CONTRATANTE** a efetuar o pagamento do valor devido à **CONTRATADA**, até o **20º (vigésimo) dia útil** do mês subsequente à prestação dos referidos serviços, contado do efetivo recebimento dos recursos financeiros, quer oriundo do Município, Estado ou União e, observada a necessidade prévia da emissão de Nota Fiscal de Serviços pela **CONTRATADA**, que não poderá em nenhuma hipótese efetuar faturamento direto de quaisquer procedimentos a outro **CONTRATANTE** ou tomador eventual de serviços, incluindo qualquer esfera do poder público municipal, estadual ou federal, sendo esta prerrogativa exclusiva da **CONTRATANTE** no âmbito da UPA 24 horas.

5.2 - O não cumprimento da previsão de pagamento contida no caput desta cláusula, sujeitará a **CONTRATANTE** no pagamento de juros moratórios à razão de 1% (um por cento) ao mês até o efetivo pagamento.

5.3 - Obriga-se a **CONTRATANTE** a fornecer e permitir acesso a todas as informações pertinentes e necessárias ao bom andamento dos serviços a serem desenvolvidos pela **CONTRATADA** no que se referem aos processos administrativos, assim como quaisquer outras informações que tão-somente digam respeito às atividades da **CONTRATADA**, que integra este Instrumento.

5.4 - São ainda obrigações da **CONTRATANTE**:

Disponibilizar as instalações físicas descritas na Cláusula Segunda;  
Disponibilizar móveis, utensílios e equipamentos, conforme a Cláusula Segunda;

Arcar com as despesas decorrentes da manutenção, incluindo contratos, mão-de-obra e reposição de peças necessárias ao pleno funcionamento dos equipamentos necessários aos serviços prestados, desde que, previamente solicitados pela **CONTRATADA**, salvo acordo que venha ser firmado nesse sentido entre as Partes;

Fornecer treinamento específico para utilização dos sistemas de informação adotados pela administração, sem custo para a **CONTRATADA**;

Fornecer treinamento específico para protocolos e fluxos administrativos e gerenciais que julgue pertinente fazerem parte do rol de conhecimento do profissional que desenvolver atividade no âmbito da UPA, sem custo para a **CONTRATADA**;

Quando da necessidade de permanência física na instituição em regime de plantão, para o cumprimento do objeto desse **CONTRATO**, fornecer refeições e ambiente de descanso para o profissional, banheiro, refeitório, e armário para guarda de pertences pessoais;

Atendendo a requerimento da **CONTRATADA**, disponibilizar os funcionários necessários ao desempenho das obrigações descritas na Cláusula Primeira, com exceção do corpo clínico.

## **6 – DOS PAGAMENTOS**

6.1 – O preço dos serviços ora contratados é o constante do **ANEXO I**, parte integrante do presente instrumento, e serão pagos conforme a previsão contida na alínea 5.1 da Cláusula Quinta do presente instrumento, mediante a apresentação da competente **Nota Fiscal de Serviços**.

6.2 – Por ocasião dos pagamentos poderão ser efetuados os descontos legais por tributos que incidam ou venham a incidir sobre o valor total bruto da nota fiscal de serviços decorrente da prestação dos serviços contratados e executados.

6.3 – Os pagamentos devidos pelos serviços prestados serão realizados por depósito em conta corrente bancária da **CONTRATADA**, valendo os recibos de depósito como comprovantes de pagamentos e efetiva quitação.

## **7 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

7.1 – Fornecer, à **CONTRATANTE**, todas as informações necessárias à plena execução dos serviços contratados.



7.2 – Respeitar e fazer cumprir rigorosamente, por parte dos profissionais “disponibilizados” à execução do presente **CONTRATO**, as Leis, Portarias e determinações das Autoridades Públicas competentes com relação aos assuntos pertinentes ao **OBJETO** deste **CONTRATO**, como também, quanto ao cumprimento da Legislação aplicável entre a **CONTRATADA** e seus empregados e quaisquer dos profissionais por ela destinados para a prestação de serviços sejam eles também sócios ou terceirizados.

- a) A **CONTRATADA** declara expressamente que tem conhecimento do teor do enunciado 331 do Tribunal Superior do Trabalho e que responderá perante a **CONTRATANTE** pelo pagamento de todas as verbas, encargos e reflexos decorrentes de eventual condenação em processo trabalhista promovido por qualquer de seus empregados, prepostos ou prestadores de serviços;
- b) A **CONTRATADA** declara expressamente que reconhecerá como seu, eventual valor que venha ser exigido em execução de processo trabalhista promovido na forma da cláusula acima, bem como valor que for objeto de acordo, e, ainda, eventuais honorários advocatícios do autor da ação, sendo que se compromete a pagar os valores exigidos, quando de sua existência, no prazo determinado pela lei de regência;
- c) A responsabilidade técnica e profissional pela prestação de serviços, bem como civil e penal, que porventura decorram do que ora se tem por contratado, junto aos órgãos e poderes competentes, serão exclusivas da **CONTRATADA**, que, em contrapartida, gozará de ampla liberdade profissional ressalvando-se a abordagem, junto ao Diretor técnico e/ ou Diretor Clínico, quanto a aspectos médicos e éticos que se envolvam com a prestação dos serviços, abordagem esta que não implica em qualquer subordinação jurídica de natureza celetista.

7.3 – Realizar os **SERVIÇOS**, conforme preceitua o **OBJETO** deste **CONTRATO**, nos locais e condições que melhor atenderem às necessidades e conveniências da **CONTRATANTE**, aplicando sempre, a melhor técnica profissional existente.

7.4 – Responsabilizar-se por todos os riscos e despesas decorrentes da contratação de funcionários utilizados na execução do presente **CONTRATO**, bem como se responsabilizar quanto ao comportamento e eficiência dos mesmos, podendo a **CONTRATANTE** exigir a dispensa e/ou substituição imediata de todos os associados, funcionários ou terceirizados que considere inconveniente, além do que a **CONTRATADA** obriga-se a promover, de imediato, a substituição do empregado para evitar a descontinuidade na Prestação de Serviços.

7.5 – Não admitir e nem aliciar qualquer empregado que esteja à disposição do **CONTRATANTE** ou que integre o seu quadro de pessoal.

7.6 – Manter, durante a execução do **CONTRATO**, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela **CONTRATADA**, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no momento da assinatura deste **CONTRATO**.

7.7 – Executar, dirigir e administrar, através de **PREPOSTO(S) CREDENCIADO(S)** perante a **CONTRATANTE**, os serviços previstos neste **CONTRATO** com a melhor técnica aplicável, zelo, diligência e economia, com observância rigorosa às necessidades da **CONTRATANTE**, decorrente do objeto deste Instrumento.

7.8 – Reparar, dentro dos prazos e condições determinadas pela **CONTRATANTE**, todas as falhas constatadas nos serviços, **OBJETO** deste **CONTRATO**, assumindo integralmente todos os custos decorrentes dos mesmos, desde que, a falha verificada não decorra de ato ou orientação inadequada da **CONTRATANTE**.

7.9 – Manter em condições legais as contribuições trabalhistas e previdenciárias do(s) profissional(is) escolhido(s) para executar os **SERVIÇOS, OBJETO** deste **CONTRATO**.

7.10 – Arcar com o ônus relativo a qualquer multa e penalidade decorrentes do não cumprimento das obrigações legais ou regulamentares atinentes à Prestação dos Serviços, **OBJETO** deste **CONTRATO**, inclusive os pertinentes à aplicação da Legislação Trabalhista.

7.11 – Observar durante a execução dos serviços, **OBJETO** deste **CONTRATO**, o fiel cumprimento de todas as Leis Federais, Estaduais e Municipais vigentes ou que venham a vigorar, preenchendo toda a documentação necessária conforme prescrito na legislação, sendo a **CONTRATADA** a única responsável pelas infrações.

7.12 – Assumir inteiramente a condição de única e exclusiva empregadora dos funcionários que contratar para atender o **OBJETO** deste **CONTRATO**, excluindo a **CONTRATANTE** de qualquer responsabilidade trabalhista.

7.13 – Assumir integralmente a responsabilidade por danos causados à **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia na execução dos serviços contratados.

7.14 – Obriga-se a **CONTRATADA**, quando findo ou rescindido o presente contrato, a imediatamente realizar a devolução dos bens ou documentos da **CONTRATANTE** que estejam em sua posse, sob pena de busca e apreensão.

7.15 – Fornecer e manter atualizados os documentos que se seguem:

- a) Contrato Social e suas alterações;
- b) Certidões de regularidade fiscal que comprovem *status* "negativo" junto à Receita Federal, Instituto Nacional de Seguridade Social, FGTS, Secretaria Municipal de Finanças da Sede da **CONTRATADA**;
- c) Certidão de regularidade junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas, com anotação do Responsável Técnico pela **CONTRATADA**, que deverá comprovar vínculo do profissional disponibilizado pela **CONTRATADA**;
- d) Certidão Negativa de Infração Ética expedida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, para todos os profissionais médicos que vierem a desenvolver atividades no âmbito da UPA com a finalidade de cumprir com o objeto desse **CONTRATO**;
- e) Comprovação de vínculo societário, contratual ou empregatício de todos os profissionais médicos disponibilizados, que vierem a desenvolver atividades no âmbito da UPA com a finalidade de cumprir com o objeto desse **CONTRATO**;
- f) Cópias da Carteira de Identidade, CPF, Comprovante de Residência e Carteira de Identidade Profissional do Conselho Regional de Medicina dos profissionais médicos

que vierem a desenvolver atividade no âmbito da UPA com a finalidade de cumprir com o objeto desse **CONTRATO**;

- g) Cópia do *Curriculum Vitae* dos profissionais que vierem a desenvolver atividade no âmbito da UPA com a finalidade de cumprir com o objeto desse **CONTRATO**, podendo a **CONTRATANTE** avaliar previamente a qualificação dos profissionais e, a seu critério, recusar ou ressaltar, por motivo de ordem técnica, a utilização de profissional que não comprove qualificação para a atividade através de Certificado de Especialização, Estágio ou Residência Médica, ou de experiência profissional comprovada.

7.16 – Fornecer mensalmente escala prevista / realizada dos serviços a serem prestados pelos profissionais médicos no âmbito da UPA em quantidade suficiente para o cumprimento do objeto desse **CONTRATO**, sem prevê interrupção da continuidade dos serviços quando em regime de plantão, cabendo exclusivamente à **CONTRATADA** definir as escalas de serviço e horários de permanência dos profissionais disponibilizados, ressalvado à **CONTRATANTE** não permitir a confecção de escala que preveja a presença de profissional médico em prestação contínua de serviços por período superior a 24 horas em regime de plantão.

## **8 – DA RESCISÃO**

8.1 – O presente contrato poderá ser rescindido imediatamente mediante simples aviso de uma parte à outra na ocorrência de uma das seguintes situações:

- a) Falência, concordata, e insolvência de qualquer uma das partes **CONTRATANTES**;
- b) Descumprimento de qualquer cláusula ou condição estabelecida neste contrato;
- c) Negligência, imprudência, imperícia, incapacidade, dolo ou má-fé por parte da **CONTRATADA ou dos profissionais** no desempenho dos serviços contratados.

8.2 – O presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente por qualquer uma das partes, através de comunicação oficial e por escrito, com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.

8.3 – Pela falta de pagamento conforme previsto na Cláusula Quinta do presente.

8.4 – Imediatamente, pela rescisão do Contrato de Gestão e Operacionalização da **UPA XXXXXXX**, firmada entre o **CONTRATANTE** e a **Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro**, hipótese em que não ocorrerão punições de qualquer natureza.

## **9 – DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES**

9.1 – O presente contrato é documento único que regula os direitos e obrigações entre as partes com relação aos serviços contratados, ficando cancelado qualquer outro acordo porventura existente.

9.2 – É vedada a transferência deste **CONTRATO** para terceiros sem a anuência expressa da **CONTRATANTE**.

9.3 – Em razão da responsabilidade ora definida nos termos dos antecedentes dispositivos constantes deste Contrato, a **CONTRATADA**, obriga-se a comunicar à **CONTRATANTE**, por escrito, qualquer alteração que pretenda fazer em seu quadro funcional, societário e ou operacional/terceirizados, que implique substituição de membro(s) da equipe médica

prestadora dos serviços para realização da prestação de serviços objeto deste Contrato, tendo em vista que tais profissionais não guardam submissão à **CONTRATANTE**.

9.4 – A tolerância quanto a eventuais infrações do presente **CONTRATO** não constituirá renovação ou renúncia dos direitos conferidos a ambas as Partes e/ou aos seus sucessores.

9.5 – O **CONTRATANTE** promoverá a publicação deste instrumento no seu site.

#### **10 – DA PARALISAÇÃO DOS SERVIÇOS**

10.1 - Na hipótese de ocorrer paralisação dos serviços do Contratado, fica autorizado ao Contratante a contratação de outra prestadora de serviços para realização do objeto contratual paralisado, desde que o Contratado seja notificado para regularizar a prestação de serviços e não a fazer em até 24 (vinte e quatro) horas.

10.2 - O disposto no parágrafo anterior não se aplica na hipótese de inadimplemento do Contratante por mais de 90 (noventa) dias.

#### **11 – DO FORO**

11.1 – Fica eleito o Foro da Comarca de Maceió - AL, para dirimir as questões oriundas do presente **CONTRATO**, renunciando-se, desde já, a qualquer outro Foro.

E por estarem assim justos e **CONTRATADOS**, subscrevem as partes o presente instrumento, em 02 (Vias) vias de igual teor, juntamente com as testemunhas a tudo presentes.

Maceió - AL, XX de XXXX de 2020.

#### **INSTITUTO DIVA ALVES DO BRASIL - IDAB**

---

**Augusto Alves da Silva Neto**  
Diretor Presidente

**EMPRESA CONTRATADA**

---

**Nome do responsável**  
**Qualificação do responsável**

#### **TESTEMUNHAS:**

---

**Nome:**  
**CPF:**

---

**Nome:**  
**CPF:**

## ANEXO I

Pela execução dos serviços, em jornada de escala no regime de plantão, objeto do contrato, a **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA** o valor mensal de **R\$ 0,00 (XXXXX)**, na data e condições previstas no instrumento contratual supracitado, os valores de acordo com a tabela abaixo:

SERVIÇO	PERÍODO	VALOR BRUTO (R\$)
Plantão 12 Horas	Segunda-feira à Sexta-feira	R\$ 0,00
Plantão 12 Horas	Sábado e Domingo	R\$ 0,00
Visita Enfermagem	Segunda-feira à Sábado	R\$ 0,00

EQUIPE MÍNIMA	QTDE. 12HS DIA	QTDE. 12HS NOITE
Enfermeiro	00 (XXX)	00 (XXX)
Enfermeiro Rotina	00 (XXX) *	00 (XXX)
Téc. de Enfermagem	00 (XXX)	00 (XXX)

### \* 36 horas semanais

8.1 – Os valores dos serviços previstos neste instrumento serão reajustados, anualmente, a partir da data do último ajuste realizado, mediante negociação prévia entre as partes, de até 60 dias antes do aniversário do contrato.

8.2 – No caso de acordo sobre o índice, ele será formalizado através do termo aditivo, mediante negociação prévia entre as partes ao contrato de prestação de serviços.

8.3 – Independente do disposto nesta cláusula, as partes poderão, a qualquer tempo, pactuar livremente ajuste dos valores previstos neste contrato.

Maceió - AL, XX de XXX de 2020.

**INSTITUTO DIVA ALVES DO BRASIL - IDAB**

\_\_\_\_\_  
**Augusto Alves da Silva Neto**  
**Diretor Presidente**

**EMPRESA CONTRATADA**

\_\_\_\_\_

**Nome do responsável**  
**Qualificação do responsável**

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_  
**Nome:**  
**CPF:**

\_\_\_\_\_  
**Nome:**  
**CPF:**