

**TERMO DE TÉCNICO PARA SELEÇÃO DE PROPOSTAS DE CONTRAÇÃO PARA ATENDER AS DEMANDAS DE SERVIÇOS/CONSUMO/LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS EM FAVOR DAS UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO DO IDAB.**

**OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM LOCAÇÃO E SERVIÇO DE REMOÇÃO DE PACIENTES POR AMBULÂNCIA, PARA ATENDER AS UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO DO IDAB.**

**RIO DE JANEIRO, 29 DE JUNHO DE 2021.**

**TERMO TÉCNICO Nº 021/2021**

### **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 Caxias II (Sarapuí)**

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

#### **UPA Magé**

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

### **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.

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.
- Equipe multiprofissional dimensionada, conforme previsto na Portaria de Consolidação MS/GM nº 03/2017, em seu capítulo IV, art. 81.

### **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.
- Equipe multiprofissional dimensionada, conforme previsto na Portaria de Consolidação MS/GM nº 03/2017, em seu capítulo IV, art. 81.

### **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.
- Equipe multiprofissional dimensionada, conforme previsto na Portaria de Consolidação MS/GM nº 03/2017, em seu capítulo IV, art. 81.

Todas as UPAs dispõem 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 Serviços Especializados em Locação e Serviço de Ambulância (UTI Móvel), para realizar remoção de pacientes, disponibilizando motoristas**, conforme quadro demonstrativo abaixo.

**UPA 24HS DUQUE DE CAXIAS I**

Descrição	Qtde.
Motorista de Ambulância 24hs	01
Ambulância UTI Móvel – Tipo D	01

**UPA 24HS DUQUE DE CAXIAS II**

Descrição	Qtde.
Motorista de Ambulância 24hs	01
Ambulância UTI Móvel - Tipo D	01

**UPA 24HS MAGÉ**

Descrição	Qtde.
Motorista de Ambulância 24hs	01
Ambulância UTI Móvel – Tipo D	01

**Observações:**

- 1- A **quantidade mínima de profissionais para o cargo de motorista** deve ser calculada, conforme turno de trabalho estabelecido, **atendendo toda a legislação trabalhista cabível e a necessidade de atendimento 24horas por dia, 7 dias por semana.**

**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 expresso(s) em REAIS;

O(s) preço(s) deve(m) incluir todos os eventuais dispêndios 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 valor de combustível será responsabilidade da contratada;

As manutenções preventivas e corretivas deverão ser de responsabilidade da contratada;

Todos os motoristas deverão ter habilitação tipo “D” e curso de primeiros socorros, como previsto em legislação vigente;

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 (Pessoa Jurídica) no Órgão Regulador (sede ou filial);

Comprovante de registro no CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA de sua sede;

Comprovante de Registro do Responsável Técnico no Órgão Regulador (sede ou filial);

Certificado de nada consta expedido pelo Órgão Regulador em favor do Responsável Técnico;

Atestado de capacidade técnica compatível com o serviço requerido, fornecido por pessoas jurídicas de direito público ou privado;

4.4- Atestado de Visita Técnica da Unidade de Saúde, nos moldes do **Anexo II**;

4.5- Declaração de não realização da Visita Técnica, nos moldes do **Anexo III**;

4.5- Apresentar Proposta Técnica/Plano de Trabalho, atendendo os requisitos dos critérios do Escopo do **Anexo IV**;

## **5- DA HABILITAÇÃO JURÍDICA:**

- a) Cédula de identidade e CPF dos sócios ou dos diretores;
- b) Registro Comercial, no caso de empresário pessoa física;
- c) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresárias, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- d) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- e) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- f) A sociedade simples que não adotar um dos tipos regulados nos artigos 1.039 a 1.092, deverá mencionar, no contrato social, por força do art. 997, inciso VI, as pessoas naturais incumbidas da administração;
- g) Ata da respectiva fundação, e o correspondente registro no Órgão Regulador.
- h) Apresentar **Declaração de Cumprimento das Obrigações Sociais, Fiscais e Salariais**, conforme o modelo do Anexo I.

## **6- DA HABILITAÇÃO FISCAL E TRABALHISTA**

- a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- c) Prova de regularidade perante a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, que será realizada da seguinte forma:
  - c.1) **Fazenda Federal:** apresentação de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), que abrange, inclusive, as contribuições sociais previstas nas alíneas a a d, do parágrafo único, do art. 11, da Lei nº 8.212, de 1991;
  - c.2) **Fazenda Estadual:** apresentação da Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e

sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação - ICMS, expedida pela Secretaria de Estado de Fazenda, ou, se for o caso, certidão comprobatória de que o licitante, em razão do objeto social, está isento de inscrição estadual;

c21) Caso o licitante esteja estabelecido no Estado onde fica licalizado seu domicílio fiscal, a prova de regularidade com a Fazenda Estadual será feita por meio da apresentação da Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, expedida pela Secretaria de Estado de Fazenda e Certidão Negativa de Débitos em Dívida Ativa, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, expedida pela Procuradoria Geral do Estado ou, se for o caso, certidão comprobatória de que o licitante, em razão do objeto social, está isento de inscrição estadual;

c.3) **Fazenda Municipal:** apresentação da Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, ou, se for o caso, certidão comprobatória de que o licitante, em razão do objeto social, está isento de inscrição municipal;

d) Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;

e) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou da Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da CNDT.

## 7- QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

7.1.1- A empresa detentora da proposta menor preço deverá apresentar certidões negativas de falências e recuperação judicial e extrajudicial expedidas pelos distribuidores da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física. Se o licitante não for sediado na **Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro**, as certidões deverão vir acompanhadas de declaração oficial da autoridade judiciária competente, relacionando os distribuidores que, na Comarca de sua sede, tenham atribuição para expedir certidões negativas de falências e recuperação judicial, ou de execução patrimonial.

7.1.2- Não será causa de inabilitação da empresa a anotação de distribuição de processo de recuperação judicial ou de pedido de homologação de recuperação extrajudicial, caso seja comprovado, no momento da entrega da documentação exigida no presente item, que o plano de recuperação já foi aprovado ou homologado pelo Juízo competente.

7.1.3- Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados a mais de 03 (três) meses da data da apresentação da proposta, exceto se os proponentes tiverem constituídos as pessoas jurídicas no ano corrente;

7.1.4- Comprovar através do balanço apresentado a situação financeira da proponente, através da avaliação dos **Índices** igual ou maior que 1 (um), sendo os seguintes: **Liquidez Geral (LG)**, **Solvência Geral (SG)** e **Liquidez Corrente (LC)**, resultante da aplicação das seguintes fórmulas:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável A Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}} \geq 1,0$$

$$SG = \frac{\text{Ativo total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo não Circulante}} \geq 1,0$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}} \geq 1,0$$

As fórmulas deverão estar devidamente aplicadas em memorial de cálculos juntado ao balanço;

Caso o memorial não seja apresentado, a Equipe Técnica de Seleção de Propostas, reserva-se o direito de efetuar os cálculos;

Se necessária à atualização do balanço e do capital social, deverá ser apresentado, juntamente com os documentos em apreço, o memorial de cálculo correspondente;

Para cálculo dos índices serão consideradas, no mínimo, duas casas decimais e para efeito de arredondamentos deve-se seguir o disposto na NBR 5891:1977.

7.1.5- Dos cálculos do **ITEM 7.1.4**, classificar-se-á:

7.1.6- **Índices > = 1**: a empresa será considerada habilitada;

7.1.7- **Índices < 1**: a empresa será considerada inabilitada, exceto se comprovar, neste caso, possuir capital social devidamente integralizado ou patrimônio líquido de no mínimo 10% (dez por cento) do valor a ser adjudicado.

## 8- DO ORÇAMENTO FINANCEIRO:

O limite máximo do Orçamento anual para cada Unidade de Saúde para execução do Objeto do Contrato, o Custeio Máximo/Anual, encontra-se definido na tabela abaixo:

Item	Unidade de Saúde	Valor Máximo de Custeio Mensal	Valor Máximo de Custeio Anual
01	UPA 24HS DUQUE DE CAXIAS I	R\$ 34.000,00	R\$ 408.000,00
02	UPA 24HS DUQUE DE CAXIAS II	R\$ 34.000,00	R\$ 408.000,00
03	UPA 24HS MAGÉ	R\$ 34.000,00	R\$ 408.000,00

Ficam cientes os proponentes que as fontes dos recursos, são oriundas dos contratos de gestão e operacionalização das referidas unidades de saúde, em detrimento do contrato formalizado entre o Contratante e o **Estado do Rio de Janeiro**, por intermédio da **Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**.

## 9- DO PERÍODO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO:

A vigência do contrato será de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, com a limitação máxima de 05 (cinco) anos, mediante formalização de Termo Aditivo Específico.

## 10- 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 Unidade de Saúde;

O valor a ser pago pela prestação dos serviços perceberá no valor bruto segundo proposta comercial apresentada e mediante apresentação de nota fiscal, medição, validação e atesto dos serviços prestados no período e acompanhadas das certidões negativas indicadas no tópico 6 deste termo;

O relatório de atividades deverá ser apresentado mensalmente em conjunto à nota fiscal, sendo representativo dos serviços globalmente prestados no período e avaliado periodicamente.

#### **11- ENTREGA DA PROPOSTA DE TRABALHO E PROPOSTA DE PREÇOS**

As propostas comerciais devem ser enviadas para o seguinte e-mail: **[propostas@idabsocial.org.br](mailto:propostas@idabsocial.org.br)**, sendo a data limite do recebimento das propostas o dia **01/07/2021 até as 20:00 horas**, horário de Brasília.

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

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

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

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE XXXXXX, QUE CELEBRAM ENTRE SI O INSTITUTO DIVA ALVES DO BRASIL - IDAB E XXXXXX.**

**CONTRATANTE:** 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 **XXXXXXXXXXXXXX**, brasileiro, profissão, CPF nº XXXXXXXX, RG nº XXXXXX SSP/XX, qualificado como Diretor Presidente, com endereço comercial à Avenida da Paz, nº 910, Jaraguá, Maceió/AL, CEP: 57.022-050.

**CONTRATADO:** a empresa XXXXXXXXXXXXXX, inscrita no CNPJ nº 00.000.000/0001-00, com Sede Comercial situada na 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 XXXXXXXXXXXXXXXX.

Resolvem firmar o presente Contrato Particular, doravante denominado simplesmente **CONTRATO**, com base nas Cláusulas e Condições seguintes, que mutuamente outorgam e aceitam:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O objeto do presente **CONTRATO**, é a prestação dos serviços de XXXXXXXXX, para atendimento junto as **UNIDADES DE SAÚDE, a seguir delineadas:**

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

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

#### **UPA Caxias II (Sarapuí)**

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

#### **UPA Magé**

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

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO**

O presente contrato tem o prazo determinado de 12 (doze) meses, a iniciar-se em **XX de XXXX de XXXX**, 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, renovação a cada 12 (doze) meses, por meio de termo aditivo, limitada ao máximo de 5 (cinco) anos.



Findo o objeto e o prazo do presente, resolve-se o contrato para todos os efeitos legais, devendo, até 30 (trinta) dias após o fim da sua vigência, a **CONTRATANTE** realizar o pagamento de qualquer valor ainda devido.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

- a) Efetuar o pagamento à **CONTRATADA**, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidos nas cláusulas do Contrato;
- b) Acompanhar e fiscalizar a execução do objeto do Contrato, sob os aspectos quantitativos e qualitativos, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**;
- c) Comunicar a **CONTRATADA**, quaisquer ocorrências, para que proceda aos ajustes que se fizerem necessários ao fiel cumprimento do contrato;
- d) Cumprir e fazer cumprir as disposições regulamentares do fornecimento e as cláusulas contratuais deste instrumento;
- e) Garantir o acesso, dos prepostos da **CONTRATADA**, responsáveis pelo serviço in loco, aos setores definidos para coleta/entrega das informações, disponibilizando credenciais de acesso;
- f) Poderá ser disponibilizar espaço físico necessário para instalação dos equipamentos destinado a digitalização dos exames dos exames realizados em cada Unidade de Saúde.

### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

- a) A **CONTRATADA** deverá cumprir todas as especificações da proposta comercial apresentada;
- b) Responder por quaisquer acidentes que venham a serem vítimas, seus empregados, e/ou terceiros, desde que comprovadamente tenham causado seus prepostos;
- c) Responder pela idoneidade e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados.
- d) Declarar, aceitar todas as condições, métodos, processos de inspeção, verificação e controles adotados pela fiscalização, de acordo com as práticas aceitas de administração e/ou obrigatórias em função de legislação específica, obrigando-se a fornecer ao **CONTRATANTE**, dados, elementos, esclarecimentos de que este necessitar e que forem necessários ao desempenho das atividades.
- e) 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;

- f) A **CONTRATADA** declara expressamente que reconhecerá como seu eventual valor que for apurado 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 no exato momento de sua existência;
- g) A responsabilidade técnica e profissional pelo fornecimento, bem como civil e criminal, 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/ Clínico e/ ou Diretor Administrativo, quanto a aspectos operacionais que se envolvam com a prestação dos serviços, abordagem esta que não implica em qualquer subordinação jurídica de natureza celetista;
- h) 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 ordens da **CONTRATANTE**;
- i) 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**;
- j) Manter em condições legais as contribuições trabalhistas e previdenciárias do(s) profissional(is) escolhido(s) para executar os **SERVIÇOS, OBJETO** deste **CONTRATO**;
- k) 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 e Sanitária, desde que não induzidas por orientação da equipe da **CONTRATANTE**;
- l) 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 que der causa, e que forem da competência exclusiva de seu preposto, desde que não tenha havido determinação da equipe da **CONTRATANTE**;
- m) 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;
- n) Assumir integralmente a responsabilidade por danos causados à **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia por parte de seus funcionários na execução dos serviços contratados e que não tenha havido qualquer determinação da equipe da **CONTRATANTE** para a adoção da ação que tenha dado causa aos danos;
- o) Manter profissionais habilitados e registrados nos órgãos de classe, vigilância sanitária e demais órgãos legalmente exigidos para a execução dos serviços;

- p) Manter os equipamentos, insumos e materiais de sua propriedade, utilizados na execução dos serviços, de acordo com os parâmetros técnico e legais exigidos.
- q) Fornecer e manter atualizados os documentos que se seguem:
1. Contrato Social e suas alterações;
  2. Certidões de regularidade fiscal que comprovem *status* "negativo" junto à Receita Federal, Instituto Nacional de Seguridade Social, FGTS, Justiça do Trabalho, Secretaria Municipal de Finanças da sede da **CONTRATADA**;

### **CLÁUSULA QUINTA – VALOR DO CONTRATO**

Pelo pagamento do objeto deste contrato, resultante do referido Instrumento Simplificado e posteriormente de acordo entre as partes por força de adequação orçamentária, o **IDAB** pagará à **CONTRATADA**, para o valor mensal, conforme demonstrado nas tabelas abaixo discriminados, já inclusos, todos os custos operacionais, inclusive os referentes às Leis Sociais, Impostos, Taxas e Emolumentos incidentes.

#### **UPA 24HS DUQUE DE CAXIAS I**

<b>Descrição</b>	<b>Qtde.</b>	<b>Vlr Unit.</b>	<b>Vlr Total</b>
Motorista de Ambulância 24hs	00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Ambulância UTI Móvel - Tipo D	01	R\$ 0,00	R\$ 0,00

#### **UPA 24HS DUQUE DE CAXIAS II**

<b>Descrição</b>	<b>Qtde.</b>	<b>Vlr Unit.</b>	<b>Vlr Total</b>
Motorista de Ambulância 24hs	00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Ambulância UTI Móvel - Tipo D	01	R\$ 0,00	R\$ 0,00

#### **UPA 24HS MAGÉ**

<b>Descrição</b>	<b>Qtde.</b>	<b>Vlr Unit.</b>	<b>Vlr Total</b>
Motorista de Ambulância 24hs	00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Ambulância UTI Móvel - Tipo D	01	R\$ 0,00	R\$ 0,00

### **CLÁUSULA SEXTA – DA EXECUÇÃO, RECEBIMENTO E FISCALIZAÇÃO**

O Presente contrato deverá ser executado de acordo com as cláusulas avençadas e Termo de Referência, nos Termo de Referência – SES - RJ

**Parágrafo Primeiro** – A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada por representante do **CONTRATANTE**.

**Parágrafo Segundo** – A execução dos serviços em desacordo com a Proposta Comercial, ou danificados, serão recusados pelos responsáveis pela fiscalização do **CONTRATANTE**, devendo ser imediatamente substituídos, não atenuando a responsabilidade da **CONTRATADA**.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESPONSABILIDADE**

A **CONTRATADA** é responsável por danos causados ao **CONTRATANTE** ou à terceiros, decorrentes de culpa ou dolo (exclusiva de seu preposto) na execução do contrato, não excluída ou reduzida sua responsabilidade pela presença da fiscalização do **CONTRATANTE**

### **CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

A **CONTRATADA** deverá encaminhar a Nota Fiscal para unidade de saúde beneficiada pela execução dos serviços, após execução da entrega ou serviços, até o último dia útil do mês vigente.

**Parágrafo Primeiro:** O prazo para pagamento será de até 90 (noventa) dias a contar da entrega da Fatura/Nota Fiscal da locação, considerando-se adimplemento o cumprimento da prestação com a entrega do objeto, devidamente atestada.

**Parágrafo Terceiro:** Após a entrega da Fatura/NF a **CONTRATANTE** terá o prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis para o atesto da cobrança apresentada, vinculado ao recebimento após o recebimento do contrato de custeio nos Termo de Referência – SES - RJ. Ultrapassado este prazo, considerar-se-á como atestada para fins de tramitação de pagamento.

**Parágrafo Quarto:** O endereço da **CONTRATANTE** constante do *caput* desta cláusula poderá ser utilizado para o envio de qualquer documentação referente a este contrato.

### **CLÁUSULA NONA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

O presente contrato poderá ser alterado, mediante Termo Aditivo.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – EXTINÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO**

O **CONTRATANTE** poderá rescindir o contrato na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) Não cumprimento de cláusulas contratuais, desde que que resultem na impossibilidade do cumprimento do objeto do contrato;
- b) Atraso injustificado no fornecimento do objeto contratado;
- c) Decretação de falência da **CONTRATADA**;
- d) Dissolução da **CONTRATADA**;
- e) Alteração social que resulte na mudança do controle acionário, ou modificação da finalidade ou da estrutura da empresa;
- f) Imediatamente, pela rescisão do **CONTRATO** de Gestão e Operacionalização da referida unidade de saúde sob gestão da **CONTRATANTE** e o gestor público denominado Secretaria Estaduallipótese em que não ocorrerão punições de qualquer natureza, permanecendo garantido à **CONTRATADA** o aviso com prazo mínimo de 30 dias de antecedência ao término do contrato, exceto se ocorrer iniciativa da da Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, para aplicação unilateral de **Instrumento Particular de Distrato Contratual com o IDAB**.

A **CONTRATADA** poderá rescindir o contrato na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) Inadimplemento da contraprestação pecuniária da **CONTRATANTE** por mais de dois meses de serviços prestados.
- b) Atrasos constantes na tramitação do atesto e liberação de pagamento das NF emitidas, dispensada notificação previa.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA**

O presente contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência no todo ou em parte, a não ser com prévio expresso consentimento do **CONTRATANTE** e sempre mediante instrumento próprio, devidamente motivado, a ser publicado no site do **CONTRATANTE**.

**Parágrafo Único** – O cessionário ficará sub-rogado em todos os direitos e obrigações do cedente e deverá atender a todos os requisitos de habilitação estabelecidos no instrumento convocatório e legislação específica.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA ANTICORRUPÇÃO**

12.1 Na execução do presente contrato é vedado as partes e seus vinculados:

12.1.1 Prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a agente público ou a quem quer que seja, ou a terceira pessoa a ele relacionada;

12.1.2 Criar, de modo fraudulento ou irregular, pessoa jurídica para celebrar o presente Contrato;

12.1.3 Obter vantagem ou benefício indevido, de modo fraudulento, de modificações ou prorrogações do presente Contrato, sem autorização em lei, no ato convocatório da licitação pública ou nos respectivos instrumentos contratuais;

12.1.4 Manipular ou fraudar o equilíbrio econômico-financeiro do presente Contrato;

12.1.5 De qualquer maneira fraudar o presente Contrato; assim como realizar quaisquer ações ou omissões que constituam prática ilegal ou de corrupção, nos termos da Lei nº 12.846/2013 ou de quaisquer outras leis ou regulamentos aplicáveis ("Leis Anticorrupção"), ainda que não relacionadas com o presente Contrato;

12.2 A Contratada declara ter ciência que o custeio do presente contrato se dá única e exclusivamente através dos repasses realizados pela entidade pública ao passo que, TODOS os serviços a serem prestados à população deverão ser totalmente gratuitos, atendendo a política de universalização do acesso a saúde, conforme disposto na Lei n. 8.080/1990 e na Portaria nº 1.601/2011.

12.3 Em decorrência da presente contratação, sob qualquer hipótese ou em qualquer situação, não se presumirá a eventual existência, ou se estabelecerá a presunção de qualquer vínculo societário e ou empregatício, ou obrigações de caráter trabalhista e previdenciário entre as partes, por si, seus contratados, prepostos e ou empregados, e não serão fiadoras das obrigações e encargos trabalhistas e sociais uma da outra, cabendo a cada sociedade a exclusividade e responsabilidade por tais obrigações, inclusive nas esferas civil e penal;

12.4 Cada parte responderá individualmente por quaisquer perdas e danos, material ou pessoais, oriundos de suas respectivas ações ou omissões, bem como dos profissionais a si vinculados, que venham a ser causados aos pacientes ou terceiros, sendo de responsabilidade exclusiva e indelegável da parte culpada e causadora do prejuízo responder perante terceiros e a parte inocente, nas hipóteses capazes de configurar inépcia, imprudência ou negligência, obrigando-se, a parte culpada a ressarcir a outra parte inocente, se esta vier a ser acionada por ação ou omissão da culpada e causadora do dano.

12.5 A eventual tolerância a infrações a qualquer das cláusulas deste instrumento ou o não exercício de qualquer direito nele previsto constituirá liberalidade, não implicando em novação ou transação de qualquer espécie.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO**

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

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO**

Fica eleito o Foro Central da Cidade do Maceió - AL, para dirimir qualquer litígio decorrente deste contrato que não possa ser resolvido por meio amigável, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim acordes em todas as condições e cláusulas estabelecidas neste contrato, firmam as partes o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual forma e teor, depois de lido e achado conforme, em presença das testemunhas abaixo firmadas.

Maceió - AL, XX de XXXX de 2021.

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

\_\_\_\_\_  
**Nome do responsável**  
**Qualificação do responsável**

**EMPRESA CONTRATADA**

\_\_\_\_\_  
**Nome do responsável**  
**Qualificação do responsável**

### **TESTEMUNHAS:**

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

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

### **13- ANEXO I - MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES SOCIAIS, FISCAIS E SALARIAIS.**

### **DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES SOCIAIS, FISCAIS E SALARIAIS**

(Em papel timbrado da empresa)

Ref.: (Identificação da Proposta)

....., inscrito no CNPJ nº  
....., por intermédio de seu(a) representante legal, o(a) Sr.(a)  
....., portador (a) da Carteira de Identidade nº  
..... e do CPF nº ....., **DECLARA**, para os devidos fins que  
firmamos o compromisso de cumprir com os pagamentos das nossas obrigações sociais, fiscais  
e salariais, conforme os prazos previstos na legislação em vigor, em decorrência das obrigações  
geradas pelo contrato firmado entre as partes, independentemente dos recebimentos dos  
créditos oriundos dos referidos contratos.

***Local e data.***

---

(Representante legal)

**14- ANEXO II – MODELO DE ATESTADO DE VISITA TÉCNICA NA UNIDADE DE SAÚDE**

**ATESTADO DE VISITA TÉCNICA NA UNIDADE DE SAÚDE**

Em cumprimento ao Termo de Seleção de Proposta Técnica de Contratação, atesto que  
o responsável/preposto desta Pessoa Jurídica \_\_\_\_\_, vistoriou as  
instalações físicas da Unidade de Saúde  
\_\_\_\_\_ (nome da Unidade) situado em \_\_\_\_\_, no Estado do Rio

de Janeiro e tomou ciência de toda estrutura hospitalar instalada, como também esclarecido todas as dúvidas no momento da Visita Técnica.

CIDADE – UF, XX de mês de XXX.

---

**Assinatura e identificação do Representante da Proponente**

**Nome:**

**Função:**

**RG n°:**

**CPF n°:**

**Tel. (XX) XXXX-XXXX / e-mail: contato@XXXXX.XXX.XX**

---

**Assinatura e identificação do Representante do Contratante**

**Nome:**

**Função:**

**RG n°:**

**CPF n°:**

**Tel. (XX) XXXX-XXXX / e-mail: contato@XXXXX.XXX.XX**

**15- ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO REALIZAÇÃO DA VISITA TÉCNICA**

**DECLARAÇÃO DE NÃO REALIZAÇÃO DA VISITA TÉCNICA**

A \_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, inscrito(a) no CNPJ sob o n° 00.000.000/0000-00, como Sede Comercial no Município de XXXXX - XX, localizado(a) na XXXXXX, n° XX, CEP: 00.000-000, n° XX, Bairro XXXX, Cidade - UF, **DECLARA** para os fins do Processo de Seleção de Proposta, que por deliberação única e exclusiva da **DECLARANTE**, a mesma não participou da visita técnica disponível no referido processo seletivo, sendo de sua



total responsabilidade e conhecimento as condições de realização do Objeto de Contratação, não recaindo em nenhuma hipótese qualquer responsabilidade sobre a **Contratante** argumento futuro quanto à não visitação antecipada.

CIDADE – UF, XX de mês de XXXX.

---

**Nome:**

**Função:**

**RG n°:**

**CPF n°:**

**Tel. (XX) XXXX-XXXX / e-mail: contato@XXXXX.XXX.XX**

## **16- ANEXO IV – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO.**

### **ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO**

Este anexo destina-se a orientar os concorrentes para elaboração do projeto a ser apresentado, devendo conter indispensavelmente e sobe pena de desclassificação todos os seus itens indicados neste roteiro.

#### **TÍTULO:**

Proposta técnica de trabalho para **Contratação de Serviços Especializados em Locação e Serviço de Ambulância (UTI Móvel)**, nas UPAS' 24H: UPA 24H DUQUE DE CAXIAS I, UPA 24H DUQUE DE CAXIAS II e UPA 24 MAGÉ, todas localizadas no Estado do Rio de Janeiro.

## 1. PROPOSTA TÉCNICA DE MODELO GERENCIAL

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial para todas as unidades, contendo os seguintes tópicos:

- Objetivo;
- Metas;
- Atividades;
  
- *Metodologia:*
  - ✓ Equipe;
  - ✓ Ferramentas de Trabalho;
  - ✓ Período de Execução;
  - ✓ Estratégia Para execução das atividades.
  
- Proposta financeira

## 2. PARÂMETROS PARA JULGAMENTO DA PROPOSTA TÉCNICA DE TRABALHO

Será aplicado critérios de julgamento das Propostas Técnicas de Trabalho a Matriz de Avaliação, conforme itens abaixo relacionados.

### PROPOSTA DE MATRIZ DE AVALIAÇÃO

ITENS DE AVALIAÇÃO	VALOR TOTAL DE PONTOS (MÁXIMO)
Apresentação dos objetivos, conforme necessidade da unidade	10
Previsão das metas	10
Apresentação das atividades a serem desenvolvidas	20
Metodologia de trabalho	20
<b>TOTAL DE PONTOS =</b>	<b>60</b>

ITENS DE AVALIAÇÃO	VALOR TOTAL DE PONTOS (MÁXIMO)
A proposta apresenta clareza e objetividade	10
A proposta apresenta domínio do conteúdo previsto no edital	10
A proposta cumpriu o roteiro estabelecido para elaboração da mesma	10
A proposta apresenta objetivos definidos e compatíveis com o conteúdo proposto no edital.	10
<b>TOTAL DE PONTOS =</b>	<b>40</b>

#### SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTAS QUE:

- Não atingirem a pontuação mínima de 80 pontos;
- Que contiverem uma estimativa de despesas para custeio das atividades da unidade com valores manifestamente inexequíveis.

#### CÁLCULO DO ÍNDICE TÉCNICO E DA NOTA DE PREÇO DA PROPOSTA

O Julgamento da proposta de trabalho será definido através do **ITP (Índice Técnico da Proposta de Trabalho)**, que consistirá no resultado da apuração obtida na **Nota Técnica (NT)**, dividida pela **Maior** pontuação de **Nota Técnica (MNT)** dentre todas as propostas; **ITP = NT/MNT**.

O julgamento das Propostas para a definição da **Maior Nota de Preço (MNP)** serão avaliados os Preços Propostos (PP) pelos participantes da seleção, sendo atribuída nota dez (10) à Proposta de Menor Preço (MP), conforme fórmula a seguir: **NP = MP/ PP**.

A classificação das propostas far-se-á pela média ponderada das propostas de trabalho e de preço, mediante a aplicação da seguinte fórmula com os respectivos pesos:

**PROPOSTA DE TRABALHO: PESO = 70%**

**PROPOSTA DE PREÇOS: PESO = 30%**

**A = ((ITP x 70) + (NP x 30)) / 10**

Onde:

**A = Avaliação**

**ITP = Proposta de Trabalho**

**NP = Proposta de Preços**

Será declarada vencedora a licitante classificada, cuja avaliação total da proposta técnica de trabalho e preço, venham a obter a melhor pontuação, assim considerada aquela que atingir a maior média ponderada das valorizações das propostas técnicas de trabalho e de preço, de acordo com a fórmula acima descrita.