



CONTRATO 004/2025

TERMO DE **CONTRATO** PARA A **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**, QUE ENTRE SI FAZEM O **MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**, ATRAVÉS DO **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA** E **TOTAL MED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, NA FORMA ABAIXO:

O **MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**, pessoa jurídica de direito público inscrita no CNPJ sob o nº **04.249.257/0001-32**, com sede na Avenida João Jasbick, nº520, Bairro Aeroporto, Santo Antônio de Pádua/RJ, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, **Dr. RAFAEL LYONS**, de ora em diante denominado **CONTRATANTE** e **TOTAL MED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **11.176.067/0002-89**, com endereço **Rua Nilo Peçanha, nº564, salas 07, 08, 10, 11 e 12, Centro, Itaocara/RJ CEP:28570-000, telefone (22) 3861-8421, e-mail totalmedsm@gmail.com** neste ato representada por **ALEXANDRE DE ORNELLA DAIBES**, carteira de identidade [REDACTED] **IFP/RJ** e inscrito no **CPF: [REDACTED]** devidamente qualificado nos autos, de ora em diante denominada **CONTRATADA**, pactuam o presente termo, mediante as cláusulas e condições, que regerão o **contrato** em harmonia com os princípios e normas de legislação aplicável à espécie, especialmente a **Lei Federal nº14.133/2021**, que os contratantes declaram conhecer, subordinando-se, incondicional e irrestritamente, à suas estipulações, sistemas de penalidades e demais regras delas constantes, ainda que não expressamente transcritas neste instrumento:

CLÁUSULA PRIMEIRA (DO OBJETO)

1.1. O **objeto** do **contrato** é a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**, com estrita observância a todas as exigências, prazos, especificações, normas técnicas, condições gerais e especiais contidas neste instrumento e no **EDITAL 90013/2025**, que com os demais **anexos**, mormente o **TERMO DE REFERÊNCIA**, integram este termo, independentemente de transcrição, para todos os fins e efeitos legais.



1.1.1.1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ANESTESIOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
1	12 meses	Prestação de serviços médicos de anestesiologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.1.1. A prestação dos serviços médicos de **anestesiologia** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.1.1.1. Realização de anestésias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.1.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.1.1.3. Consultas/visitas **pré-anestésicas** para os pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.1.1.4. Assistência e vigilância clínica durante o ato cirúrgico, para fins terapêuticos e/ou diagnósticos.

1.1.1.1.5. Assistência aos pacientes na recuperação **pós-anestésica**.

1.1.1.1.6. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, realização de anestésias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.1.1.7. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.1.1.8. Disponibilização de no mínimo **6 (seis)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **anestesiologia** acima mencionados.

1.1.1.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **anestesiologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais).**

1.1.2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CIRURGIA GERAL

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
2	12 meses	Prestação de serviços médicos de cirurgia geral no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.2.1. A prestação dos serviços médicos de **cirurgia geral** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.2.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.2.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.2.1.3. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** para os pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.2.1.4. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.2.1.5. Realização de até **320 (trezentos e vinte)** consultas ambulatoriais por **mês**.



1.1.2.1.6. Realização de até **60 (sessenta)** cirurgias eletivas por **mês**.

1.1.2.1.7. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.2.1.8. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.2.1.9. Disponibilização de no mínimo **7 (sete)** profissionais especialistas devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **cirurgia geral**.

1.1.2.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **cirurgia geral** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE OBSTETRÍCIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
3	12 meses	Prestação de serviços médicos de obstetrícia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.3.1. A prestação dos serviços médicos de **obstetrícia** será realizada, ininterruptamente inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.3.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.



1.1.3.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.3.1.3. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.3.1.4. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.3.1.5. Realização de até **320 (trezentos e vinte)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.3.1.6. Realização de até **60 (sessenta)** cirurgias eletivas por **mês**.

1.1.3.1.7. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.3.1.8. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.3.1.9. Disponibilização de no mínimo **4 (quatro)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **obstetrícia** acima mencionados.

1.1.3.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **obstetrícia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.



1.1.4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
4	12 meses	Prestação de serviços médicos de ortopedia e traumatologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade

1.1.4.1. A prestação dos serviços médicos de **ortopedia** e **traumatologia** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** e da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.4.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.4.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.4.1.3. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.4.1.4. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.4.1.5. Realização de até **320 (trezentos e vinte)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.4.1.6. Realização de até **40 (quarenta)** cirurgias eletivas por **mês**.

1.1.4.1.7. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.



1.1.4.1.8. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.4.1.9. Disponibilização de no mínimo **6 (seis)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **ortopedia** e **traumatologia** acima mencionados.

1.1.4.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **ortopedia** e **traumatologia** no **valor mensal líquido mínimo** de **R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PEDIATRIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
5	12 meses	Prestação de serviços médicos de pediatria no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.5.1. A prestação dos serviços médicos de **pediatria** será realizada, ininterruptamente inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.5.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.5.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.5.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.



1.1.5.1.4. Realização de até **320 (trezentos e vinte)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.5.1.5. Atendimento aos recém-nascidos dispensando os primeiros cuidados e intervenções emergenciais na sala de parto e no berçário, assim como aconselhamento sobre indicações de vacinas, eventos adversos e de medidas destinadas à prevenção de acidentes e/ou violência por faixa etária.

1.1.5.1.6. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.5.1.7. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.5.1.8. Disponibilização de no mínimo **4 (quatro)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **pediatria** acima mencionados.

1.1.5.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **pediatria** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.6. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE GINECOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
6	12 meses	Prestação de serviços médicos de ginecologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.6.1. A prestação dos serviços médicos de **ginecologia** será realizada, ininterruptamente inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.6.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.



1.1.6.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.6.1.3. Visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.6.1.4. Consultas/visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.6.1.5. Realização de até **80 (oitenta)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.6.1.6. Realização de até **20 (vinte)** cirurgias eletivas por **mês**.

1.1.6.1.7. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.6.1.8. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.6.1.9. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **ginecologia** acima mencionados.

1.1.6.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **ginecologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.7. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CARDIOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
7	12 meses	Prestação de serviços médicos de cardiologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira



1.1.7.1. A prestação dos serviços médicos de **cardiologia** será realizada, ininterruptamente inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.7.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.7.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.7.1.3. Visitas **hospitais** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.7.1.4. Participar de escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer e assistência médica hospitalar.

1.1.7.1.5. Realização de consultas de riscos cirúrgicos e exames de ecocardiogramas dos pacientes internados.

1.1.7.1.6. Elaboração de laudos relativos aos exames de eletrocardiogramas.

1.1.7.1.7. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.7.1.8. Disponibilização de no mínimo **3 (três)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **cardiologia** acima mencionados.

1.1.7.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **cardiologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.



1.1.8. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE COORDENAÇÃO TÉCNICA EM UPG E EM ENFERMARIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
8	12 meses	Prestação de serviços médicos de coordenação técnica em UPG e em ENFERMARIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.8.1. A prestação dos serviços médicos de **coordenação técnica** em **UPG** e em **ENFERMARIA** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.8.1.1. Realização da **coordenação técnica** em **UPG** e em **ENFERMARIA**.

1.1.8.1.2. Coordenar e elaborar as rotinas e protocolos de tratamentos, assim como acompanhar o plano de atendimento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.8.1.3. Elaborar resumo de alta com diagnóstico, tratamento proposto e resultado de exames.

1.1.8.1.4. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.8.1.5. Disponibilização de no mínimo **2 (dois)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **coordenação técnica** em **UPG** e em **ENFERMARIA** acima mencionados.

1.8.1.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **coordenação técnica** em **UPG** e em **ENFERMARIA** no **valor mensal líquido mínimo de R\$12.000,00 (doze mil reais)**.



1.1.9. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PLANTÃO 24H (VINTE E QUATRO HORAS) EM UPG E VISITA EM ENFERMARIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
9	12 meses	Prestação de serviços médicos de plantão 24h (vinte e quatro horas) em UPG e visita em ENFERMARIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.9.1. A prestação dos serviços médicos de **plantão 24h (vinte e quatro horas)** em **UPG** e **visita** em **ENFERMARIA** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.9.1.1. Realização de serviços de assistência médica hospitalar.

1.1.9.1.2. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.9.1.3. Atendimento de intercorrências ocorridas na **UPG** e na **ENFERMARIA**.

1.1.9.1.4. Participar da escala mensal para a cobertura dos plantões, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.9.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.9.1.6 Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado **por dia** para a prestação dos serviços médicos de **plantão 24h (vinte e quatro horas)** em **UPG** e **visita** em **ENFERMARIA** acima mencionados.

1.1.9.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **plantão** em **UPG** e **visita** em **ENFERMARIA**, conforme abaixo estipulado:



R\$2.000,00 (dois mil reais) por plantão: dias úteis;

R\$2.200,00 (dois mil e duzentos reais) por plantão: sábados e domingos.

1.1.10. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PLANTÃO 24H (VINTE E QUATRO HORAS) NO SETOR DE EMERGÊNCIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
10	12 meses	Prestação de serviços médicos de plantão 24h (vinte e quatro horas) no setor de EMERGÊNCIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.10.1. A prestação dos serviços médicos de **plantão 24h (vinte e quatro horas)** no setor de **EMERGÊNCIA** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.10.1.1. Realização de serviços de pronto-socorro e assistência médica hospitalar.

1.1.10.1.2. Realizar atendimento de emergência e urgência no pronto-socorro e intercorrências hospitalares dos pacientes internados.

1.1.10.1.3. Participar da escala mensal para a cobertura dos plantões, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.10.1.4. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.10.1.5 Disponibilização de no mínimo **2 (dois)** profissionais especialistas e devidamente qualificados **por dia** para a prestação dos serviços médicos de **plantão 24h (vinte e quatro horas)** no setor de **EMERGÊNCIA** acima mencionados.



1.1.10.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **plantão 24h (vinte e quatro horas)** no setor de **EMERGÊNCIA**, conforme abaixo estipulado:

R\$1.800,00 (um mil e oitocentos reais) por plantão: dias úteis;

R\$2.000,00 (dois mil reais) por plantão: sábados e domingos.

1.1.11. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE OFTALMOLOGIA CIRÚRGICA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
11	12 meses	Prestação de serviços médicos de oftalmologia cirúrgica no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.11.1. A prestação dos serviços médicos de **oftalmologia cirúrgica** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.11.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.11.1.2. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.11.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.11.1.4. Realização de até **40 (quarenta)** cirurgias eletivas por **mês**.

1.1.11.1.5. Participar da escala mensal para a emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.11.1.6. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.11.1.7. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **oftalmologia cirúrgica** acima mencionados.

1.1.11.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **oftalmologia cirúrgica** no valor mensal líquido mínimo de **R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.12. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CIRURGIA VASCULAR

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
12	12 meses	Prestação de serviços médicos de cirurgia vascular no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.12.1. A prestação dos serviços médicos de **cirurgia vascular** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.12.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.12.1.2. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.12.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.12.1.4. Realização de até **40 (quarenta)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.12.1.5. Realização de até **20 (vinte)** cirurgias eletivas por **mês**.

1.1.12.1.6. Participar da escala mensal para a emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.



1.1.12.1.7. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.12.1.8. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **cirurgia vascular** acima mencionados.

1.1.12.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **cirurgia vascular** no valor mensal líquido mínimo de **R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.13. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE NEUROCIRURGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
13	12 meses	Prestação de serviços médicos de neurocirurgia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.13.1. A prestação dos serviços médicos de **neurocirurgia** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**.

1.1.13.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.13.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.13.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.



1.1.13.1.4. Realização de até **200 (duzentas)** consultas ambulatoriais por mês.

1.1.13.1.5. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.13.1.6. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.13.1.7. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **neurocirurgia** acima mencionados.

1.1.13.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **neurocirurgia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.14. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE UROLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
14	12 meses	Prestação de serviços médicos de urologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.14.1. A prestação dos serviços médicos de **urologia** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.14.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.14.1.2. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.



1.1.14.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.14.1.4. Realização de até **200 (duzentas)** consultas ambulatoriais por mês.

1.1.14.1.5. Realização de até **40 (quarenta)** cirurgias eletivas por mês.

1.1.14.1.6. participar da escala mensal para a emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.14.1.7. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.14.1.8. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **urologia** acima mencionados.

1.1.14.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **urologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.15. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
15	12 meses	Prestação de serviços médicos de otorrinolaringologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade

1.1.15.1. A prestação dos serviços médicos de **otorrinolaringologia** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** e da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.15.1.1. Realização de cirurgias de urgências, emergências e eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.



1.1.15.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.15.1.3. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.15.1.4. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.15.1.5. Realização de até **100 (cem)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.15.1.6. Realização de até **20 (vinte)** cirurgias eletivas por **mês**.

1.1.15.1.7. Participar da escala mensal para a emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.15.1.8. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.15.1.9. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **otorrinolaringologia** acima mencionados.

1.1.15.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **otorrinolaringologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$9.712,00 (nove mil e setecentos e doze reais)**.

1.1.16. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE DERMATOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
16	12 meses	Prestação de serviços médicos de dermatologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade



1.1.16.1. A prestação dos serviços médicos de **dermatologia** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** e da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.16.1.1. Realização de pequenas cirurgias eletivas, assim como serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.16.1.2. Consultas/visitas **pré-cirúrgicas** aos pacientes que submeterão às cirurgias.

1.1.16.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.16.1.4. Realização de até **200 (duzentas)** consultas ambulatoriais por mês.

1.1.16.1.5. Realização de até **40 (quarenta)** cirurgias eletivas por mês.

1.1.16.1.6. Participar da escala mensal para a emissão de parecer, realização de cirurgias, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.16.1.7. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.16.1.8. Disponibilização de no mínimo **2 (dois)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **dermatologia** acima mencionados.

1.1.16.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **dermatologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$4.700,00 (quatro mil e setecentos reais)**.



1.1.17. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PNEUMOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
17	12 meses	Prestação de serviços médicos de pneumologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.17.1. A prestação dos serviços médicos de **pneumologia** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**.

1.1.17.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.17.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.17.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.17.1.4. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.17.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.17.1.6. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **pneumologia** acima mencionados.



1.1.17.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **pneumologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$5.000,00 (cinco mil reais)**.

1.1.18. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PSIQUIATRIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
18	12 meses	Prestação de serviços médicos de psiquiatria no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

1.1.18.1. A prestação dos serviços médicos de **psiquiatria** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**.

1.1.18.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.18.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.18.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.18.1.4. Realização de até **300 (trezentas)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.18.1.5. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.18.1.6. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.18.1.7. Disponibilização de no mínimo **2 (dois)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **psiquiatria** acima mencionados.

1.1.18.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **psiquiatria** no **valor mensal líquido mínimo de R\$4.400,00 (quatro mil e quatrocentos reais)**.

1.1.19. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE NEUROLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
19	12 meses	Prestação de serviços médicos de neurologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.19.1. A prestação dos serviços médicos de **neurologia** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.19.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.19.1.2. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.19.1.3. Realização de até **200 (duzentas)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.19.1.4. Participar da escala mensal para a emissão de parecer, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.19.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.19.1.6. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **neurologia** acima mencionados.

1.1.19.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **neurologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.20. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE RADIOLOGIA/ULTRASSONOGRAFIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
20	12 meses	Prestação de serviços médicos de radiologia/ultrassonografia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira, Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade e no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI

1.1.20.1. A prestação dos serviços médicos de **radiologia/ultrassonografia** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA, POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE** e do **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL MATERNO INFANTIL – CAIMI**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.20.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.20.1.2. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado.

1.1.20.1.3. Realização de até **600 (seiscentas)** consultas ambulatoriais com realização de exames de **radiologia/ultrassonografia** por **mês**.

1.1.20.1.4. Participar da escala mensal para a realização de exames, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.20.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.20.1.6. Disponibilização de no mínimo **7 (sete)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **radiologia/ultrassonografia** acima mencionados.

1.1.20.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **radiologia/ultrassonografia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.450,00 (sete mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.21. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE INFECTOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
21	12 meses	Prestação de serviços médicos de infectologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira

1.1.21.1. A prestação dos serviços médicos de **infectologia** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**.

1.1.21.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.21.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional ao **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.21.1.3. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.21.1.4. Participar da escala mensal para a cobertura dos sobreavisos, emissão de parecer, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.



1.1.21.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.21.1.6. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **infectologia** acima mencionados.

1.1.21.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **infectologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais)**.

1.1.22. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE GASTROENTEROLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
22	12 meses	Prestação de serviços médicos de gastroenterologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade

1.1.22.1. A prestação dos serviços médicos de **gastroenterologia** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.22.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.22.1.2. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado e acompanhamento do paciente até a alta hospitalar.

1.1.22.1.3. Realização de até **100 (cem)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.22.1.4. Participar da escala mensal para emissão de parecer, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.22.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.22.1.6. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **gastroenterologia** acima mencionados.

1.1.22.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **gastroenterologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais).**

1.1.23. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
23	12 meses	Prestação de serviços médicos de endoscopia e colonoscopia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade

1.1.23.1. A prestação dos serviços médicos de **endoscopia e colonoscopia** será realizada nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA** e da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.23.1.1. Realização de serviços de ambulatório e assistência médica hospitalar.

1.1.23.1.2. Visitas **hospitalares** para emissão de parecer sempre que solicitado.

1.1.23.1.3. Realização de até **200 (duzentas)** consultas ambulatoriais com realização de exames de **endoscopia e colonoscopia** por **mês**.

1.1.23.1.4. Participar da escala mensal para a realização de exames, execução de serviços ambulatoriais e assistência médica hospitalar.

1.1.23.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.23.1.6. Disponibilização de no mínimo **2 (dois)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **endoscopia** e **colonoscopia** acima mencionados.

1.1.23.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **endoscopia** e **colonoscopia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$7.500,00 (sete mil e quinhentos reais)**.

1.1.24. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE VISITA MÉDICA DOMICILIAR – SERVIÇO DE HOME CARE

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
24	12 meses	Prestação de serviços médicos de visita médica domiciliar – serviço de HOME CARE nas residências dos pacientes

1.1.24.1. A prestação dos serviços médicos de **visita médica domiciliar – serviço de HOME CARE** será realizada nas residências dos pacientes, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.24.1.1. Realização de **visita médica domiciliar – serviço de HOME CARE** e serviços de ambulatório.

1.1.24.1.2. Sobreaviso de profissionais especialistas e devidamente qualificados para atendimento às urgências e/ou emergências, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, com tempo máximo de comparecimento do profissional à **RESIDÊNCIA DO PACIENTE** no prazo de **30m (trinta minutos)** após a **convocação**.

1.1.24.1.3. Visitas **domiciliares** para realizar rotinas de tratamento e planejamento do atendimento ao paciente.

1.1.24.1.4. Participar da escala mensal para a realização da **visita médica domiciliar – serviço de HOME CARE**.

1.1.24.1.5. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.



1.1.24.1.6. Disponibilização de no mínimo **3 (três)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **visita médica domiciliar – serviço de HOME CARE** acima mencionados.

1.1.24.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **visita médica domiciliar – serviço de HOME CARE** no **valor mensal líquido mínimo de R\$3.500,00 (três mil e quinhentos reais)**.

1.1.25. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CARDIOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
25	12 meses	Prestação de serviços médicos de cardiologia na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade

1.1.25.1. A prestação dos serviços médicos de **cardiologia** será realizada nas dependências da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.25.1.1. Realização de serviços de ambulatório.

1.1.25.1.2. Realização de até **200 (duzentas)** consultas ambulatoriais por mês.

1.1.25.1.3. Emissão de parecer sempre que solicitado.

1.1.25.1.4. Realização de exames relativos aos riscos cirúrgicos.

1.1.25.1.5. Elaboração de laudos relativos aos exames de eletrocardiogramas.

1.1.25.1.6. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **cardiologia** acima mencionados.



1.1.25.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **cardiologia** no **valor mensal líquido mínimo** de **R\$4.180,00 (quatro mil e cento e oitenta reais)**.

1.1.26. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE OFTALMOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
26	12 meses	Prestação de serviços médicos de oftalmologia na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade

1.1.26.1. A prestação dos serviços médicos de **oftalmologia** será realizada nas dependências da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.26.1.1. Realização de serviços de ambulatório.

1.1.26.1.2. Realização de até **600 (seiscentas)** consultas ambulatoriais por mês.

1.1.26.1.3. Emissão de parecer sempre que solicitado.

1.1.26.1.4. Disponibilização de no mínimo **2 (dois)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **oftalmologia** acima mencionados.

1.1.26.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **oftalmologia** no **valor mensal líquido mínimo** de **R\$4.450,00 (quatro mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

1.1.27. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
27	12 meses	Prestação de serviços médicos de transferência hospitalar de EMERGÊNCIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira



1.1.27.1. A prestação dos serviços médicos de **transferência hospitalar de EMERGÊNCIA** será realizada ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados, **24h (vinte e quatro horas)** por dia, nas dependências do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.27.1.1. Realização de serviços de **transferência hospitalar de EMERGÊNCIA**.

1.1.27.1.2. Acompanhamento do paciente na **transferência hospitalar de EMERGÊNCIA** até a unidade de saúde para onde está sendo encaminhado.

1.1.27.1.3. Participar da escala mensal de sobreaviso para a cobertura da **transferência hospitalar de EMERGÊNCIA**.

1.1.27.1.4. Realização de até **35 (trinta e cinco) transferências hospitalares de EMERGÊNCIA** por mês.

1.1.27.1.5. Atendimento de intercorrências ocorridas na **transferência hospitalar de EMERGÊNCIA**.

1.1.27.1.6. Designação de representante para integrar as Comissões obrigatórias do **HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA**, quando solicitado.

1.1.27.2. A **Contratada** deverá remunerar cada profissional de **transferências hospitalares de EMERGÊNCIA** no valor líquido mínimo de **R\$1.000,00 (um mil reais)** por serviço.

1.1.28. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE NEUROPEDIATRIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
28	12 meses	Prestação de serviços médicos de neuropediatria no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI



1.1.28.1. A prestação dos serviços médicos de **neuropediatria** será realizada nas dependências do **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL MATERNO INFANTIL – CAIMI**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.28.1.1. Realização de serviços de ambulatório.

1.1.28.1.2. Realização de até **100 (cem)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.28.1.3. Emissão de parecer sempre que solicitado.

1.1.28.1.4. Disponibilização de no mínimo **1 (um)** profissional especialista e devidamente qualificado para a prestação dos serviços médicos de **neuropediatria** acima mencionados.

1.1.28.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **neuropediatria** no **valor mensal líquido mínimo de R\$6.000,00 (seis mil reais)**.

1.1.29. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PEDIATRIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
29	12 meses	Prestação de serviços médicos de pediatria no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI

1.1.29.1. A prestação dos serviços médicos de **pediatria** será realizada nas dependências do **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL MATERNO INFANTIL – CAIMI**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.29.1.1. Realização de serviços de ambulatório.

1.1.29.1.2. Realização de até **100 (cem)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.29.1.3. Emissão de parecer sempre que solicitado.



1.1.29.1.4. Disponibilização de no mínimo **4 (quatro)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **pediatria** acima mencionados.

1.1.29.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **pediatria** no **valor mensal líquido mínimo de R\$4.000,00 (quatro mil reais)**.

1.1.30. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE OBSTETRÍCIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
30	12 meses	Prestação de serviços médicos de obstetrícia no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI

1.1.30.1. A prestação dos serviços médicos de **obstetrícia** será realizada nas dependências do **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL MATERNO INFANTIL – CAIMI**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.30.1.1. Realização de serviços de ambulatório.

1.1.30.1.2. Realização de até **100 (cem)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.30.1.3. Emissão de parecer sempre que solicitado.

1.1.30.1.4. Disponibilização de no mínimo **4 (quatro)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **obstetrícia** acima mencionados.

1.1.30.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **obstetrícia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$4.000,00 (quatro mil reais)**.



1.1.31. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ENDOCRINOLOGIA

ITEM	VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO
31	12 meses	Prestação de serviços médicos de endocrinologia na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade

1.1.31.1. A prestação dos serviços médicos de **endocrinologia** será realizada nas dependências da **POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE**, devendo obedecer às seguintes condições:

1.1.31.1.1. Realização de serviços de ambulatório.

1.1.31.1.2. Realização de até **100 (cem)** consultas ambulatoriais por **mês**.

1.1.31.1.3. Emissão de parecer sempre que solicitado.

1.1.31.1.4. Disponibilização de no mínimo **2 (dois)** profissionais especialistas e devidamente qualificados para a prestação dos serviços médicos de **endocrinologia** acima mencionados.

1.1.31.2. A **Contratada** deverá remunerar o profissional de **endocrinologia** no **valor mensal líquido mínimo de R\$4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais)**.

1.2. O **serviço** deverá ser executado em conformidade com a **PLANILHA ORÇAMENTÁRIA** apresentados pela **Contratada** e de acordo com o **TERMO DE REFERÊNCIA** e demais **anexos** do **edital**, que se encontram acostados ao **processo administrativo nº0112/2025**.

CLÁUSULA SEGUNDA (DA VINCULAÇÃO AO EDITAL E A PROPOSTA)

2.1. Este **contrato** está vinculado ao **EDITAL 90013/2025** e demais **anexos** do **ato convocatório**, bem como a proposta apresentada pela **Contratada**, independentemente de transcrição, para todos os fins e efeitos legais.



CLÁUSULA TERCEIRA (DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL)

3.1. O **contrato** regular-se-á pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, e a eles serão aplicados, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

3.2. Aplica-se a execução do **contrato**, inclusive quanto aos casos omissos, as cláusulas e condições previstas no presente termo, bem como os princípios e normas de legislação aplicável à espécie, notadamente a **Lei Federal nº14.133/2021**, que os contratantes declaram conhecer, subordinando-se, incondicional e irrestritamente, à suas estipulações, sistemas de penalidades e demais regras delas constantes, ainda que não expressamente transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA QUARTA (DO REGIME DE EXECUÇÃO)

4.1. O **objeto** do **contrato** será executado em regime de **EMPREITADA POR PREÇO UNITÁRIO**.

CLÁUSULA QUINTA (DO VALOR E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO)

5.1. O valor total do **contrato** é de **R\$ 9.588.056,40 (nove milhões, quinhentos e oitenta e oito mil, cinquenta e seis reais e quarenta centavos)**, conforme proposta apresentada pela **Contratada**, correspondendo ao **objeto** definido na **cláusula primeira** e para totalidade do período na **cláusula sexta**, incluídas todas as despesas incidentes, mão de obra, ônus e custos diretos e indiretos, inclusive os operacionais e resultantes da incidência de quaisquer garantias convencional/contratual, seguros, impostos, taxas, tributos, encargos sociais, administração, obrigações decorrentes da legislação trabalhista, fiscal, previdenciária e comercial, contribuições parafiscais, transporte, garantia, assim como as relativas à legislação civil e demais despesas indispensáveis à perfeita execução do objeto.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UND	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ANUAL
001	Prestação de serviços médicos de anestesiologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 48.278,40	R\$ 579.340,80

**MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**

Estado do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPROCESSO Nº: **0112/2025**

FOLHA: _____ RUBRICA: _____

002	Prestação de serviços médicos de cirurgia geral no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 56.259,00	R\$ 675.108,00
003	Prestação de serviços médicos de obstetrícia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 35.080,80	R\$ 420.969,60
004	Prestação de serviços médicos de ortopedia e traumatologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 48.842,40	R\$ 586.108,80
005	Prestação de serviços médicos de pediatria no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 35.080,80	R\$ 420.969,60
006	Prestação de serviços médicos de ginecologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 8.713,80	R\$ 104.565,60
007	Prestação de serviços médicos de cardiologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 24.364,80	R\$ 292.377,60
008	Prestação de serviços médicos de coordenação técnica em UPG e em ENFERMARIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 29.610,00	R\$ 355.320,00
009	Prestação de serviços médicos de plantão 24h (vinte e quatro horas) em UPG e visita em ENFERMARIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 92.101,20	R\$ 1.105.214,40

**MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**

Estado do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPROCESSO Nº: **0112/2025**

FOLHA: _____ RUBRICA: _____

010	Prestação de serviços médicos de plantão 24h (vinte e quatro horas) no setor de EMERGÊNCIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 128.028,00	R\$ 1.536.336,00
011	Prestação de serviços médicos de oftalmologia cirúrgica no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 8.276,70	R\$ 99.320,40
012	Prestação de serviços médicos de cirurgia vascular no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 8.276,70	R\$ 99.320,40
013	Prestação de serviços médicos de neurocirurgia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 8.276,70	R\$ 99.320,40
014	Prestação de serviços médicos de urologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 8.347,20	R\$ 100.166,40
015	Prestação de serviços médicos de otorrinolaringologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 11.562,00	R\$ 138.744,00
016	Prestação de serviços médicos de dermatologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 10.011,00	R\$ 120.132,00
017	Prestação de serviços médicos de pneumologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 6.909,00	R\$ 82.908,00

**MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**

Estado do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPROCESSO Nº: **0112/2025**

FOLHA: _____ RUBRICA: _____

018	Prestação de serviços médicos de psiquiatria no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 9.306,00	R\$ 111.672,00
019	Prestação de serviços médicos de neurologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 8.798,40	R\$ 105.580,80
020	Prestação de serviços médicos de radiologia/ultrassonografia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade e no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 57.669,00	R\$ 692.028,00
021	Prestação de serviços médicos de infetologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 5.273,40	R\$ 63.280,80
022	Prestação de serviços médicos de gastroenterologia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 5.273,40	R\$ 63.280,80
023	Prestação de serviços médicos de endoscopia e colonoscopia no Hospital Hélio Montezano de Oliveira e na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 19.176,00	R\$ 230.112,00
024	Prestação de serviços médicos de visita médica domiciliar – serviço de HOME CARE nas residências dos pacientes, conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II)	MÊS	12	R\$ 14.523,00	R\$ 174.276,00

**MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**

Estado do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPROCESSO Nº: **0112/2025**

FOLHA: _____ RUBRICA: _____

025	Prestação de serviços médicos de cardiologia na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 5.273,40	R\$ 63.280,80
026	Prestação de serviços médicos de oftalmologia na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 10.011,00	R\$ 120.132,00
027	Prestação de serviços médicos de transferência hospitalar de EMERGÊNCIA no Hospital Hélio Montezano de Oliveira , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 36.660,00	R\$ 439.920,00
028	Prestação de serviços médicos de neuropediatria no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 4.878,60	R\$ 58.543,20
029	Prestação de serviços médicos de pediatria no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 21.714,00	R\$ 260.568,00
030	Prestação de serviços médicos de obstetrícia no Centro de Atenção Integral Materno Infantil – CAIMI , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 21.714,00	R\$ 260.568,00
031	Prestação de serviços médicos de endocrinologia na Policlínica Dr. Juarez Amaral de Andrade , conforme especificado no TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO II) .	MÊS	12	R\$ 10.716,00	R\$ 128.592,00
VALOR TOTAL					R\$ 9.588.056,40



5.2. O pagamento será efetuado em até **30 (trinta) dias**, mediante adimplemento de cada parcela da obrigação, através de ordem bancária creditada em conta corrente indicada, por intermédio da apresentação da **nota fiscal/fatura** emitida pela **Contratada** em correspondência ao **objeto** executado **acompanhada da planilha de medição indicando as unidades efetivamente executadas, com base nos preços unitários da PLANILHA ORÇAMENTÁRIA apresentada junto à proposta de preço.** O processamento do pagamento observará a legislação pertinente à liquidação da despesa pública.

5.2.1. O **pagamento** compreenderá somente as unidades que estejam diretamente relacionados à quantidade de serviços efetivamente executados, guardando relação com a **PLANILHA ORÇAMENTÁRIA** apresentada pela **Contratada**

5.3. E para execução do pagamento, a **Contratada** deverá emitir **nota fiscal/fatura** correspondente à **matriz** ou **filial** que apresentou a documentação na fase de habilitação, sem emendas, rasuras ou borrões, legível e em nome do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA, CNPJ: 04.249.257/0001-32** e endereço: **Avenida João Jasbick, nº520, Bairro Aeroporto, Santo Antônio de Pádua/RJ.**

5.4. A **Contratada** deverá apresentar a documentação para a cobrança respectiva na **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, localizada na Avenida João Jasbick, nº520, Bairro Aeroporto, Santo Antônio de Pádua/RJ, no horário entre **9h (nove horas)** e **16h (dezesseis horas)**, admitindo-se o encaminhamento por meio eletrônico através de **e-mail**.

5.5. O **Contratante** efetuará o pagamento mediante crédito em conta corrente da **Contratada**, à medida que o **objeto** for executado, até o **30º (trigésimo) dia consecutivo**, a contar da atestação da **nota fiscal/fatura** apresentada, verificado o recebimento do objeto contratual e cumpridas as formalidades legais e contratuais previstas, bem como observadas as condições estabelecidas no **PROJETO BÁSICO** e a ordem cronológica prevista no **art. 141 da Lei Federal nº14.133/2021.**



5.6. Na ocasião de cada pagamento a ser efetuado, observadas as condições específicas da **Contratada**, aplicar-se-á, no que couber, a retenção tributária na fonte dos tributos federais e municipais, conforme disposto na **Lei Federal nº9.249/1995, Lei Federal nº9.430/1996, Instrução Normativa SRF nº1234, de 11/01/2012, Instrução Normativa SRF nº971, de 13/11/2009** e na **Lei Complementar nº116/2003**, combinada com a correspondente lei municipal do local da execução do **objeto**.

5.7. Na hipótese de o documento de cobrança apresentar inconsistências, fica suspenso o prazo para o pagamento respectivo, prosseguindo-se a contagem somente após a apresentação da nova documentação isenta de erros.

5.8. Havendo atraso no pagamento, desde que não decorra de ato ou fato atribuível à **Contratada**, serão devidos pelo **Contratante 0,1% (um décimo por cento)** a título de **multa** acrescido de **0,033%, por dia**, por dia de atraso, sobre o valor da parcela devida, a título de **compensação financeira**.

5.9. O pagamento da **multa** e da **compensação financeira** será efetivado mediante autorização expressa do **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**, em processo próprio, que se iniciará com o necessário requerimento da **Contratada**.

5.10. Será verificada a **regularidade fiscal e trabalhista** da **Contratada** no momento da liquidação da despesa e do pagamento.

5.11. Havendo alguma restrição na comprovação da **regularidade fiscal e trabalhista** exigida no edital, a **Contratada** será notificada para a regularização da documentação no prazo de **15 (quinze) dias**, sob pena da aplicação das sanções administrativas previstas no edital.

CLÁUSULA SEXTA (DO PRAZO E DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DO CONTRATO E DO RECEBIMENTO DO OBJETO)

6.1. A **nota de empenho** será encaminhada ao endereço eletrônico - ***e-mail*** **totalmedsm@gmail.com**.



6.1.1. A **Contratada** obriga-se a manter os dados devidamente atualizados, mormente o seu endereço eletrônico - **e-mail**, durante a vigência do **contrato**, sendo de sua inteira responsabilidade a resposta aos atos comunicados, no **prazo estipulado** na **comunicação/notificação/intimação**, os quais serão considerados recebidos, não lhe cabendo qualquer alegação de **não** recebimento da **mensagem encaminhada**.

6.2. A **Contratada** deverá apresentar ao **MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA** através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA** em até **15 (quinze) dias** após a data em que ocorrer a assinatura do contrato, a **GARANTIA** de **5% (cinco por cento)** do valor total contratado, como segurança do fiel, completo e perfeito cumprimento das obrigações assumidas entre a Contratada e o Contratante.

6.2.1. No caso da opção da **Contratada** pela modalidade seguro-garantia, o prazo para a sua apresentação será de **1 (um) mês**, contado da data de homologação da licitação e anterior à assinatura do contrato, conforme previsto no **art. 96, §3º** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

6.3. A prestação de **GARANTIA** de execução contratual pode ser efetivada nas seguintes modalidades:

6.3.1. Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo **BANCO CENTRAL DO BRASIL**, e avaliados por seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Economia.

6.3.1.1. A caução em dinheiro deverá ser depositada em conta corrente em nome do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**, conforme abaixo descrito:

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA

CNPJ: **04.249.257/0001-32**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: **0191**

CONTA CORRENTE: **71032-5**

OPERAÇÃO: **006**



6.3.1.2. No caso de **título da dívida pública** será **exigido laudo técnico**, expedido por **perito oficial**, que comprove a sua autenticidade e documento emitido por instituição oficial que declare a sua cotação atual.

6.3.2. Seguro-garantia.

6.3.2.1 O prazo de vigência da apólice será igual ou superior ao prazo estabelecido no contrato principal e deverá acompanhar as modificações referentes à vigência do termo mediante a emissão do respectivo endosso pela seguradora.

6.3.2.2 O seguro-garantia continuará em vigor mesmo se o contratado não tiver pago o prêmio nas datas convencionadas.

6.3.3. Fiança bancária emitida por banco ou instituição financeira devidamente autorizada a operar no País pelo Banco Central do Brasil.

6.3.3.1. Não será aceita carta de fiança fidejussória, de natureza não bancária, como garantia de contrato, uma vez que não corresponde ao instrumento de fiança bancária, de acordo com o **Acórdão 597/2023 - Plenário TCU**.

6.3.4. Título de capitalização custeado por pagamento único, com resgate pelo valor total.

6.4. A **GARANTIA** de execução contratual deverá prever a cobertura dos eventos abaixo discriminados, dentre outros, qualquer que seja a modalidade de garantia escolhida pela **Contratada**:

6.4.1. Prejuízos advindos do não cumprimento do objeto do contrato e do não adimplemento das demais obrigações nele previstas;

6.4.2. Multas moratórias e punitivas aplicadas pelo **Contratante à Contratada**;

6.4.3. Prejuízos causados ao **Contratante** ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato.



6.5. No caso de alteração do valor do contrato ou prorrogação de sua vigência, a garantia deverá ser ajustada à nova situação ou renovada, seguindo os mesmos parâmetros utilizados quando da contratação.

6.6. Se o valor da garantia for utilizado total ou parcialmente em pagamento de qualquer obrigação, a **Contratada** obriga-se a fazer a respectiva reposição no prazo máximo de **15 (quinze) dias úteis**, contados da data em que for notificada.

6.7. A qualquer tempo poderá ser admitida a substituição da garantia, observadas as modalidades previstas na **Lei Federal nº14.133/2021**.

6.8. Poderá ser admitida a substituição da apólice de seguro-garantia na data de renovação ou de aniversário, desde que mantidas as mesmas condições e coberturas da apólice vigente e desde que nenhum período fique descoberto, ressalvado o disposto no **art. 96, § 2º** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

6.9. A garantia prestada pela **Contratada** será liberada ou restituída após a fiel execução do **contrato** ou após a sua extinção por culpa exclusiva do **Contratante** e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente, caso não haja qualquer restrição, nas seguintes condições:

6.9.1. Na modalidade caução em dinheiro ou títulos da dívida pública: após o termo de recebimento definitivo relativo ao último mês de execução do contrato, emitido na forma do **art. 140** da **Lei Federal nº14.133/2021** ou quando da sua rescisão amigável, caso não haja qualquer restrição, somente após requerimento formal da **Contratada**, sem responsabilidade do **Contratante** por qualquer compensação pela mora da devolução, deduzindo-se dele eventuais créditos em favor do **MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA** através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**



6.9.2. Nas modalidades seguro-garantia e fiança bancária: após o término de vigência do contrato, acrescido de mais **90 (noventa) dias** ou quando da sua rescisão amigável, caso não haja qualquer restrição, somente após requerimento formal da **Contratada**, sem responsabilidade do **Contratante** por qualquer compensação pela mora da devolução, deduzindo-se dele eventuais créditos em favor do **MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA** através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA**

6.10. A perda da garantia em favor do **Contratante**, por inadimplemento das obrigações contratuais, far-se-á de pleno direito, independente de qualquer procedimento judicial ou extrajudicial das demais sanções previstas no instrumento contratual.

6.11. O prazo de vigência e execução do **contrato** é de **12 (doze) meses**, contados a partir do **1º (primeiro) dia útil** do recebimento da **ordem** de início do **serviço** que deverá ser realizado após a **data** de **divulgação** no **PORTAL NACIONAL DE CONTRATAÇÕES PÚBLICAS**, **prorrogável** ou **alterado** nos termos da **Lei Federal nº14.133/2021**.

6.12. O contrato poderá ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, desde que a autoridade competente ateste que as condições e os preços permanecem vantajosos para o **Contratante**, permitida a negociação com a **Contratada** ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes, nos termos do **art. 107** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

6.13. A prorrogação na forma do **art. 107** da **Lei Federal nº14.133/2021**, está condicionada a recomposição da planilha orçamentária mediante a subtração dos custos fixos ou variáveis não renováveis que já tenham sido amortizados ou pagos em sua integralidade.

6.14. A **Contratada** não possui direito subjetivo à prorrogação contratual.

6.15. O **contrato** poderá ser extinto, sem ônus para o **Contratante**, quando não dispuser de créditos orçamentários para sua continuidade ou quando entender que a contratação não é mais vantajosa, nos termos do **art. 106, III** da **Lei Federal nº14.133/2021**.



6.16. A execução do **objeto** deverá ser realizada de **domingo** a **sábado**, inclusive **feriados e pontos facultativos, compreendendo o período de atendimento contínuo de 24h (vinte e quatro horas) diárias nos 7 (sete) dias por semana**, nos locais e endereços abaixo indicados, sendo obrigatória observar as quantidades **integralmente** empenhadas/contratadas.

6.16.1. HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA, localizado na **Avenida João Jasbick, s/nº, térreo, Bairro Aeroporto, Santo Antônio de Pádua/RJ.**

6.16.2. POLICLÍNICA DR. JUAREZ AMARAL DE ANDRADE, localizada na **Rua Arthur Silva, nº125, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ.**

6.16.3. CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL MATERNO INFANTIL – CAIMI, localizado na **Rua Júlio de Almeida, nº105, Bairro Cidade Nova, Santo Antônio de Pádua/RJ.**

6.16.4. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS, localizado na **Praça Monsenhor Diniz, s/nº, Centro, Santo Antônio de Pádua/RJ.**

6.17. Executado o **contrato**, o **objeto** será recebido:

6.17.1. PROVISORIAMENTE, pelo responsável por seu acompanhamento e fiscalização, mediante termo detalhado, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico.

6.17.2. DEFINITIVAMENTE, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais.

6.18. O **objeto** será recebido **provisoriamente e mensalmente** no prazo de **5 (cinco) dias**, contados da data da entrega do **serviço**, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no **TERMO DE REFERÊNCIA** e demais **anexos**.



6.19. O **objeto** será recebido **definitivamente** e **mensalmente** no prazo de **10 (dez) dias**, contados do **recebimento provisório**, após a certificação do atendimento às especificações constantes no **TERMO DE REFERÊNCIA** e demais **anexos**.

6.20. O **recebimento provisório** ou **definitivo** do **objeto** não exclui a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do **contrato**, sobretudo daqueles prejuízos advindos de vícios ou fato do produto, ocultos ou não aparentes na época da entrega do **serviço**.

6.21. O **objeto** poderá ser rejeitado, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes no **contrato**, **TERMO DE REFERÊNCIA** e demais **anexos**.

CLÁUSULA SÉTIMA (DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS)

7.1. As despesas decorrentes do **contrato** correrão à conta do **PROGRAMA DE TRABALHO** e **ELEMENTO DA DESPESA DO ORÇAMENTO** da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, abaixo especificada:

Programático 1030200011.2.165000

**Natureza de despesa: 3.3.90.39.00.00.00 – outros serviços de terceiros
– pessoa jurídica**

Fonte de Recursos: 600 – TRANSF. FUNDO A FUNDO DO SUS/FEDERAL

Fonte de Recursos: 621 – TRANSF. FUNDO A FUNDO DE REC.

PROVENIENTE DO ESTADO

Fonte de Recursos: 635 – ROYALTIES DO PETRÓLEO/GÁS NATURAL

Fonte de Recursos: 500 – REC. NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS

CLÁUSULA OITAVA (DAS OBRIGAÇÕES)

8.1. São obrigações da **Contratada**:

8.1.1. Cumprir a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência, para reabilitado da **PREVIDÊNCIA SOCIAL** ou para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas em outras normas específicas, de acordo com o **art. 116, caput** da **Lei Federal nº14.133/2021**.



8.1.2. Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, à suas expensas, no total ou em parte, o **objeto** em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais nela empregados, de acordo com o **art. 129, caput** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

8.1.3. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente ao **CONTRATANTE** ou a terceiros em razão da execução do **contrato**, de acordo com o **art. 120, caput** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

8.1.4. Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do **contrato**, de acordo com o **art. 121, caput** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

8.1.5. Manter, durante toda a execução do **contrato**, as condições de habilitação e qualificação que lhe forem exigidas, de acordo com o **art. 92, XVI** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

8.1.6. Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias na execução do **contrato**, de acordo com o **art. 125** da **Lei Federal nº14.133/2021**.

8.1.7. Manter os dados devidamente atualizados durante a vigência do **contrato**, sendo de sua inteira responsabilidade a resposta aos atos comunicados, no **prazo estipulado na comunicação/notificação/intimação**, os quais serão considerados recebidos, não lhe cabendo qualquer alegação de **não** recebimento da **mensagem encaminhada**.

8.1.8. Acompanhar diariamente o **e-mail** a fim de verificar eventual **comunicação/notificação/intimação** efetuada pelo **Contratante**, o qual será considerado recebido, não lhe cabendo qualquer alegação de **não** recebimento da **mensagem encaminhada**.

8.1.9. Trocar, às suas expensas, o **serviço** que vier a ser recusado, certo que o recebimento provisório não importa sua aceitação definitiva.



8.1.10. Indenizar todos os custos financeiros que porventura venham a ser suportados pelo **Contratante** por força de sentença judicial que reconheça a existência de vínculo empregatício, bem como por qualquer tipo de autuação ou ação que venha sofrer em decorrência da execução do **contrato** que incorra em dano ou indenização, sendo assegurado o exercício do direito de regresso, eximindo-o de qualquer solidariedade ou responsabilidade.

8.1.11. Observar os regulamentos, leis, posturas e as determinações da **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT)**, os dispositivos legais vigentes e as **NORMAS TÉCNICAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**.

8.1.12. Prestar esclarecimentos e informações solicitados pelo **Contratante**.

8.1.13. Conceder livre acesso aos documentos e registros contábeis da empresa, referente ao **objeto** contratado, para os servidores dos órgãos e entidades públicas concedentes e dos órgãos de controle interno e externo.

8.1.14. Responder exclusivamente e integralmente, perante o **Contratante**, pela execução do **contrato**, incluindo aqueles que eventualmente subcontratarem a terceiros quando autorizados, e ainda, responsabilizar-se por violações a direito de uso de materiais, métodos ou processos de execução protegidos por marcas ou patentes, arcando com indenizações, taxas e/ou comissões que forem devidas.

8.1.15. Executar o **objeto** de acordo com todas as cláusulas estipulados no **contrato, TERMO DE REFERÊNCIA** e demais **anexos**.

8.1.16. Indenizar em qualquer caso todos os danos e prejuízos, de qualquer natureza, que causar ao **Contratante** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, na execução do **contrato**, respondendo por si e por seus sucessores.

8.1.17. Cientificar o **Contratante** de qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verificar no local da execução do **objeto**.

8.1.18. Arcar com todas as despesas decorrentes de eventual execução de trabalhos em horário extraordinário (diurno, noturno, domingos e feriados).



8.1.19. Contratar profissionais idôneos e habilitados, de acordo com o gabarito técnico indispensável à execução do **objeto**.

8.1.20. Acatar as determinações do **Contratante** no sentido de reparar e/ou refazer, de imediato, os serviços executados com vícios, defeitos ou incorreções, independente da data da notificação.

8.1.21. Corrigir, prontamente, quaisquer erros ou imperfeições dos trabalhos, atendendo, assim, as reclamações, exigências ou observações feitas pela fiscalização do **Contratante**.

8.1.22. Atender as medidas técnicas e administrativas determinadas pela fiscalização do **Contratante**.

8.1.23. Executar o **objeto** rigorosamente no prazo pactuado e condições estabelecidas, bem como cumprir todas as demais obrigações impostas pelo **TERMO DE REFERÊNCIA** e demais **anexos**.

8.1.24. Contratar, às suas expensas, todos os seguros exigidos ou que venham a ser exigidos por lei e que incidam direta ou indiretamente sobre o **objeto**.

8.1.25. Promover, às suas expensas, a cobertura, através de seguro, dos riscos a que se julgar exposta em vista das responsabilidades que lhe cabem na execução do **objeto**, devendo reparar e indenizar danos de qualquer natureza causados ao **Contratante** ou a terceiros, provenientes da ação ou omissão sua ou de seus prepostos, na execução do **serviço** contratado ou dele decorrente.

8.1.26. Arcar com todas as despesas relativas aos salários e demais encargos de seus profissionais.

8.1.27. Comunicar o **Contratante** o afastamento, substituição ou inclusão de qualquer profissional da equipe que esteja prestando serviços.

8.1.28. Manter o quadro de profissionais suficientes e qualificados para a execução dos serviços, conforme previsto no **contrato**, sem interrupção, seja por motivo de férias, descanso semanal, licenças, falta ao serviço e/ou demissão.



8.1.29. Zelar pelas boas práticas sanitárias e demais normas instituídas por órgãos regulatórios.

8.1.30. Efetuar o pagamento do **IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA – ISSQN**, mediante recolhimento obrigatório no **MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA/RJ**, local da prestação dos serviços.

8.1.31. Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus profissionais, das normas disciplinares da unidade de saúde e/ou hospitalar, conduzindo os trabalhos em harmonia com as atividades do **Contratante**, de modo a não causar transtornos ao andamento normal de seus serviços.

8.1.32. Comprovar ao **Contratante** o cumprimento de todas as obrigações descritas no **TERMO DE REFERÊNCIA**, através de cópias das guias de recolhimento que deverão ser entregues junto com a nota fiscal.

8.1.33. Realizar as alterações ou complementações nas rotinas de execução de serviços, caso julgue necessário fazer, mediante submissão do assunto ao **Contratante**.

8.1.34. Comunicar imediatamente ao **Contratante** toda e qualquer irregularidade ou dificuldade que impossibilite a execução dos serviços contratados.

8.1.35. Atender a qualquer solicitação de fiscalização interna e/ou externa, tais como: fiscais do trabalho, fisco Municipal, Estadual e Federal, TCE, TCU e demais órgãos de fiscalização e apresentar, sempre que solicitado, a documentação relativa à regularidade fiscal, correspondente as certidões de regularidade fiscal Municipal, Estadual, Federal, Trabalhista, FGTS e demais documentos de habilitação e qualificação exigidas.

8.1.36. Executar os serviços através de profissionais devidamente qualificados.

8.1.37. Executar o **objeto**, sempre em observância das disposições da legislação vigente.



8.1.38. Atender aos chamados de urgência e/ou emergência, com tempo de resposta máximo de **30 (trinta) minutos**.

8.1.39. Propiciar ao **Contratante** todos os meios e facilidades necessárias à fiscalização dos serviços.

8.1.40. Manter preposto aprovado pelo **Contratante**, durante o período de vigência do **contrato**, para representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, nº do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional.

8.1.41. Respeitar as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e do Governo do Estado do Rio de Janeiro relativos ao **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**.

8.1.42. Efetivar o contrato de trabalho, recolhimento de impostos e demais responsabilidades trabalhistas.

8.1.43. Organizar as escalas de sobreaviso e plantões dos profissionais médicos da unidade, em conjunto com a **DIRETORIA CLÍNICA**.

8.1.44. Disponibilização de médicos com a respectiva qualificação profissional/especialidade para substituir eventual falta de profissional previsto na escala que seja por outra forma de contratualização.

8.2. São obrigações do Contratante:

8.2.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **Contratada**, de acordo com o **contrato**.

8.2.2. Receber o **objeto** no prazo e condições estabelecidas no **contrato**.

8.2.3. Notificar a **Contratada**, por escrito, sobre vícios, defeitos ou incorreções verificadas na execução do **contrato** a fim de ser reparado ou corrigido, no total ou em parte, às suas expensas.



8.2.4. Acompanhar e fiscalizar a execução do **contrato** e o cumprimento das obrigações pela **Contratada**.

8.2.5. Efetuar o pagamento à **Contratada** do valor correspondente à execução do **objeto**, no prazo, forma e condições estabelecidos no **contrato**.

8.2.6. Aplicar as sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do **contrato** à **Contratada**.

CLÁUSULA NONA (DA REPACTUAÇÃO DE PREÇOS E DO RESTABELECIMENTO DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO)

9.1. Os preços pactuados serão fixos e irrevogáveis inexistindo a possibilidade de qualquer espécie de **atualização financeira** antes do interregno mínimo de **1 (um) ano**.

9.2. Os preços contratados poderão ser **alterados** ou **atualizados** em decorrência de eventual redução dos valores praticados no mercado ou de fato que eleve o custo do **serviço**, nas seguintes situações:

9.2.1. Em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução do **contrato** tal como pactuados, nos termos do disposto na **alínea "d"** do **inciso II** do **caput** do **art. 124** da **Lei Federal nº 14.133/2021**;

9.2.2. Em caso de criação, alteração ou extinção de quaisquer tributos ou encargos legais ou superveniência de disposições legais, com comprovada repercussão sobre os preços contratados;

9.2.3. Em caso de prorrogação do prazo de vigência contratual, e desde que observado o interregno mínimo de **1 (um) ano**, contado da data base do **orçamento estimado**, ou nos reajustes subsequentes ao primeiro ocorrido, contados da data de início dos efeitos financeiros do último reajustamento.



9.3. Caso venha a ocorrer o aditamento do **contrato**, na forma prevista no **art. 125 da Lei Federal nº14.133/2021**, os acréscimos de quantidades serão remunerados pelos respectivos custos unitários constantes da **PLANILHA ORÇAMENTÁRIA** apresentada pela **Contratada**.

9.4. O valor do **contrato** poderá ser reajustado, desde que observado o interregno mínimo de **1 (um) ano**, contado da data do **orçamento estimado**, aplicando-se a variação do índice **IPCA – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO**, acumulado em **12 (doze) meses**, mediante requerimento da **Contratada**.

9.4.1. E nos reajustes subsequentes ao primeiro, será reajustado anualmente aplicando-se o índice do **IPCA – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO** acumulado, contados da data de início dos efeitos financeiros do último reajustamento.

9.5. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado em substituição o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

9.6. Na ausência de previsão legal quanto ao paradigma substituto, as partes elegerão novo índice oficial para reajustamento do preço do valor remanescente.

9.7. O pedido de restabelecimento do **equilíbrio econômico-financeiro** deverá ser formulado durante a vigência do **contrato** e antes de eventual prorrogação nos termos do **art. 107 da Lei Federal nº 14.133/2021**.

9.8. O **Contratante** deverá efetuar resposta ao pedido de **revisão** e/ou **reajuste** de **preços** no prazo máximo de **1 (um) mês**, contado da data da sua solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA (DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS)

10.1. A **Contratada** e o **Contratante**, por si e por seus colaboradores, deverão observar as disposições da **Lei Federal nº13.709/2018 (LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD)**, quando do tratamento dos dados pessoais ou dados pessoais sensíveis, em especial quanto à finalidade, boa-fé e demais princípios insculpidos no **art. 6º** da respectiva norma legal.



10.2. O **Contratante** figura na qualidade de **CONTROLADOR DE DADOS** enquanto a **Contratada** é definida como **OPERADORA DE DADOS**.

10.3. As partes envolvidas, inclusive a **Contratada**, serão consideradas **CONTROLADORAS** conjuntas quando esta transferir dados pessoais e dados pessoais sensíveis de seus representantes, prepostos ou colaboradores ao **Contratante**.

10.4. Os dados pessoais dos representantes, prepostos e colaboradores da **Contratada**, obtidos em razão desse **contrato**, poderão ser divulgados pelo **Contratante** com a finalidade de cumprir mandamentos legais e jurisprudenciais relacionados à transparência.

10.5. A **Contratada** está obrigada a guardar sigilo por si, por seus colaboradores ou prepostos, nos termos da **LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD**, em relação aos dados, informações ou documentos de qualquer natureza, exibidos, manuseados ou que, por qualquer forma ou modo, venham tomar conhecimento ou ter acesso em razão deste **contrato**, ficando, na forma da lei, responsáveis pelas consequências de eventual tratamento indevido ou uso em desconformidade com o **objeto**.

10.6. A **Contratada** dará conhecimento formal aos seus empregados das obrigações e condições acordadas nesta cláusula contratual, inclusive no tocante à **POLÍTICA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS** do **Contratante**, cujos princípios deverão ser aplicados ao tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis.

10.7. É vedado à **Contratada** o tratamento de dados pessoais realizado em decorrência da execução contratual para finalidade distinta daquela do **objeto** da contratação, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

10.8. A **Contratada** responderá administrativa e judicialmente por eventuais danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos, aos titulares de dados pessoais tratados, causados em decorrência da execução contratual, por inobservância à **LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD**.

10.9. A **Contratada** fica obrigada a comunicar ao **Contratante** qualquer incidente de acessos não autorizados aos dados pessoais, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, para que seja adotado, se for o caso, as providências dispostas no **art. 48** da **Lei Federal nº13.709/2018 (LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD)**.



10.10. Extinto o presente instrumento ou alcançado o **objeto** que encerre o tratamento de dados pessoais, estes serão eliminados, inclusive toda e qualquer cópia deles porventura existente, seja em formato físico ou digital, autorizada a conservação conforme as hipóteses previstas no **art. 16** da **Lei Federal nº13.709/2018 (LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD)**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: (DO GERENCIAMENTO, DA FISCALIZAÇÃO E DA EXECUÇÃO)

11.1. O gerenciamento e a fiscalização do **contrato** caberão ao(s) servidor(es) **ANTÔNIO DE PÁDUA GEVU BARCELOS**, Diretor Clínico do Hospital Hélio Montezano de Oliveira matrícula: **18.225-7** e inscrito no CPF sob o nº [REDACTED], permitida a contratação de terceiros para assisti-lo(s) e subsidiá-lo(s) de informações pertinentes a atribuição de acompanhamento e inspeção. (**art. 117, caput** da **Lei Federal nº14.133/2021**).

11.2. O fiscal do **contrato** anotarará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução contratual, determinando o que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados (**art. 117, §1º** da **Lei Federal nº14.133/2021**).

11.3. O fiscal do **contrato** informará a seus superiores, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes, a situação que demandar decisão ou providência que ultrapasse sua competência (**art. 117, §2º** da **Lei Federal nº14.133/2021**).

11.4. O fiscal do **contrato** será auxiliado pelos órgãos de assessoramento jurídico e de controle interno da Administração, que deverão dirimir dúvidas e subsidiá-lo com informações relevantes para prevenir riscos na execução contratual (**art. 117, §3º** da **Lei Federal nº14.133/2021**).

11.5. O servidor designado pelo **Contratante** irá exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização da execução das obrigações e do desempenho da **Contratada**, sem prejuízo desta de fiscalizar seus empregados, prepostos ou subordinados.

11.6. A **Contratada** declara aceitar, integralmente, todos os métodos e processos de inspeção, verificação e controle a serem adotados pelo **Contratante**, obrigando-se a fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações indispensáveis ao desempenho de suas atividades.



11.7. A existência e a atuação da fiscalização em nada restringem a responsabilidade integral e exclusiva da **Contratada** quanto à integridade e à correção da execução do objeto a que se obrigou, suas consequências e implicações perante o **Contratante**, terceiros, próximas ou remotas.

11.8. Ficarão reservados à fiscalização o direito e a autoridade para resolver todo e qualquer caso singular, omissos ou duvidosos não previstos no **contrato**, desde que não acarrete ônus para o **Contratante** ou modificação da contratação.

11.9. As decisões que ultrapassarem a competência do fiscal do **Contratante** deverão ser solicitadas formalmente pela **Contratada** à autoridade administrativa imediatamente superior ao fiscal, através dele, em tempo hábil para a adoção de medidas convenientes.

11.10. O **contrato** deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da **Lei Federal nº14.133/2021**, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial (**art. 115, caput da Lei Federal nº14.133/2021**).

11.11. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do **contrato**, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila (**art. 115, §5º da Lei Federal nº14.133/2021**).

11.12. A **Contratada** será obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, a suas expensas, no total ou em parte, o objeto do **contrato** em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de sua execução ou de materiais nela empregados (**art. 119, caput da Lei Federal nº14.133/2021**).

11.13. A **Contratada** será responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros em razão da execução do **contrato**, e não excluirá nem reduzirá essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo **Contratante** (**art. 120, caput da Lei Federal nº14.133/2021**).

11.14. Somente a **Contratada** será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do **contrato** (**art. 121, caput da Lei Federal nº14.133/2021**).



11.15. A inadimplência da **Contratada** em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transferirá à Administração a responsabilidade pelo seu pagamento e não poderá onerar o objeto do **contrato** nem restringir (**art. 121, §1º da Lei Federal nº14.133/2021**).

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA (DAS INFRAÇÕES E DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS)

12.1. A **Contratada** estará sujeita à aplicação das sanções administrativas previstas no **art. 156 da Lei Federal nº14.133/2021**, conforme abaixo:

12.1.1. Advertência;

12.1.2. Multa;

12.1.3. Impedimento de licitar e contratar;

12.1.4. Declaração de inidoneidade para licitar e contratar.

12.2. Na aplicação das sanções, conjugadas as diretrizes do **§1º do art. 156 da Lei Federal nº14.133/2021** e do **art. 7º da Lei Federal nº12.846/2013**, será observado o princípio da proporcionalidade, conforme abaixo:

12.2.1. Natureza e gravidade da infração cometida;

12.2.2. Peculiaridades do caso concreto;

12.2.3. Circunstâncias agravantes ou atenuantes;

12.2.4. Danos para a Administração Pública;

12.2.5. Vantagem auferida ou pretendida pelo infrator;

12.2.6. Consumação ou não da infração;

12.2.7. Grau de lesão ou perigo de lesão;



12.2.8. Efeito negativo produzido pela infração;

12.2.9. Situação econômica do infrator;

12.2.10. Cooperação da pessoa jurídica para a apuração das infrações;

12.2.11. Existência de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e a aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta no âmbito da pessoa jurídica.

12.3. As sanções previstas na **cláusula 12.1** serão aplicadas à **Contratada** que, com **dolo** ou **culpa**, se enquadrarem nas infrações administrativas abaixo relacionadas:

12.3.1. Dar causa à inexecução parcial do **contrato**;

12.3.2. Dar causa à inexecução parcial do **contrato** que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

12.3.3. Dar causa à inexecução total do **contrato**;

12.3.4. Deixar de entregar a documentação exigida para o certame;

12.3.5. Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

12.3.6. Não celebrar o **contrato** ou deixar de entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

12.3.7. Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do **objeto** da licitação sem motivo justificado;

12.3.8. Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do **contrato**;



12.3.9. Fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do **contrato**;

12.3.10. Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

12.3.11. Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;

12.3.12. Praticar ato lesivo previsto no **art. 5º** da **Lei Federal nº12.846/2013**, conforme abaixo:

12.3.12.1. Frustrar ou fraudar, mediante ajuste, combinação ou qualquer outro expediente, o caráter competitivo de procedimento licitatório público;

12.3.12.2. Impedir, perturbar ou fraudar a realização de qualquer ato de procedimento licitatório público;

12.3.12.3. Afastar ou procurar afastar licitante, por meio de fraude ou oferecimento de vantagem de qualquer tipo;

12.3.12.4. Fraudar licitação pública ou **contrato** dela decorrente;

12.3.12.5. Criar, de modo fraudulento ou irregular, pessoa jurídica para participar de licitação pública ou celebrar **contrato** administrativo;

12.3.12.6. Obter vantagem ou benefício indevido, de modo fraudulento, de modificações ou prorrogações de **contratos** celebrados com a Administração Pública, sem autorização em lei, no ato convocatório da licitação pública ou nos respectivos instrumentos contratuais;

12.3.12.7. Manipular ou fraudar o equilíbrio econômico-financeiro dos **contratos** celebrados com a Administração Pública.

12.4. A sanção de **advertência** será aplicada à **Contratada** que se enquadrar na infração administrativa relacionada na **cláusula 12.3.1**, quando **não** se justificar a imposição de **penalidade mais grave**.



12.5. A sanção de **impedimento de licitar e contratar** será aplicada à **Contratada** que se enquadrar nas infrações administrativas relacionadas nas **cláusulas 12.3.1, 12.3.2, 12.3.3, 12.3.4, 12.3.5, 12.3.6 e 12.3.7**, pelo prazo máximo de **3 (três) anos**, quando **não** se justificar a imposição de **penalidade mais grave**.

12.6. A sanção de **declaração de inidoneidade para licitar e contratar** será aplicada à **Contratada** que se enquadrar nas infrações administrativas relacionadas nas **cláusulas 12.3.1, 12.3.2, 12.3.3, 12.3.4, 12.3.5, 12.3.6 e 12.3.7**, pelo prazo mínimo de **3 (três) anos** e máximo de **6 (seis) anos**, quando justificar a imposição de **penalidade mais grave**.

12.7. A sanção de **declaração de inidoneidade para licitar e contratar** será aplicada à **Contratada** que se enquadrar nas infrações administrativas relacionadas nas **cláusulas 12.3.8, 12.3.9, 12.3.10, 12.3.11 e 12.3.12**, pelo prazo mínimo de **3 (três) anos** e máximo de **6 (seis) anos**.

12.8. A sanção de **multa** em percentual de **0,5% a 15%** incidente sobre o **valor contratado**, será aplicada à **Contratada** que se enquadrar nas infrações administrativas relacionadas nas **cláusulas 12.3.1, 12.3.2, 12.3.3, 12.3.4, 12.3.5, 12.3.6 e 12.3.7**, que deverá ser recolhida no prazo máximo de **30 (trinta) dias úteis**, a contar da notificação.

12.9. A sanção de **multa** em percentual de **15% a 30%** incidente sobre o **valor contratado**, será aplicada à **Contratada** que se enquadrar nas infrações administrativas relacionadas nas **cláusulas 12.3.8, 12.3.9, 12.3.10, 12.3.11 e 12.3.12**, que deverá ser recolhida no prazo máximo de **30 (trinta) dias úteis**, a contar da notificação.

12.10. Sem prejuízo de outras **sanções administrativas** previstas no **edital, projeto básico** e no **contrato**, a **Contratada** estará sujeita à aplicação de multas, conforme as ocorrências abaixo correlacionadas e graduadas:

EVENTOS		
CONDUTA	MULTA	BASE
Atraso injustificado na assinatura do contrato , em desacordo com o prazo definido previamente no edital e no TERMO DE REFERÊNCIA	Multa moratória de 0,5% , por dia de atraso injustificado, limitado a 10%	Valor adjudicado



A ausência de comunicação relativa à atualização dos dados cadastrais junto ao MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA/RJ (telefone/endereço eletrônico - e-mail) para o canal de atendimento ao Contratante	Multa compensatória de 5% , duplicada na reincidência, limitada a 20%	Valor do contrato ou do remanescente
Atraso na indicação ou informação de substituição do preposto da empresa durante a execução do contrato	Multa moratória de 0,5% , por dia de atraso injustificado, limitado a 10%	Valor do contrato ou do remanescente
Atraso injustificado na execução do objeto , em desacordo com o prazo definido previamente no edital, TERMO DE REFERÊNCIA e no contrato	Multa moratória de 1% , por dia de atraso injustificado, limitada a 15%	Valor do contrato ou do remanescente
Desatender as determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução contratual, assim como de seus superiores	Multa compensatória de 5% , duplicada na reincidência, limitada a 15%	Valor do contrato ou do remanescente
Execução do objeto em desacordo com as especificações estabelecidas no edital, TERMO DE REFERÊNCIA e no contrato	Multa compensatória de 5% , duplicada na reincidência, limitada a 15%	Valor do contrato ou do remanescente
Efetuar a subcontratação total ou parcial do objeto não admitida no edital, TERMO DE REFERÊNCIA e no contrato	Multa compensatória de 15%	Valor do contrato ou do remanescente
Paralisar o serviço , sem justa causa e prévia comunicação ao Contratante	Multa compensatória de 15%	Valor do contrato ou do remanescente



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA (DA EXTINÇÃO CONTRATUAL)

13.1. Constituem motivos para a extinção do **contrato**, por ato unilateral do **Contratante**, motivos elencados nos **incisos I a IX** do **art. 137** da **Lei Federal nº14.133/2021**, a qual deverá ser formalmente motivada nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

13.2. A extinção determinada por ato unilateral do **Contratante** poderá acarretar, sem prejuízo das sanções previstas neste termo, a retenção dos créditos decorrentes do **contrato** até o limite dos prejuízos causados à Administração Pública e das multas aplicadas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA (DOS TRIBUTOS E DAS DESPESAS)

14.1. O **Contratante**, por ocasião dos pagamentos referentes à execução do **objeto** do presente **contrato**, reserva-se o direito de **reter valores** relativos aos tributos de sua competência e os impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais, parafiscais, contribuições e importâncias devidas à Seguridade Social quando pela legislação vigente for obrigado a realizar a respectiva retenção, recolhendo-se nos prazos legais.

14.2. Constituirá encargo exclusivo da **Contratada** o pagamento de tributos, tarifas, emolumentos e despesas decorrentes da formalização deste **contrato** e da execução do seu **objeto**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA (DA PUBLICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO CONTRATO)

15.1. A publicação e divulgação do **contrato** no **PORTAL NACIONAL DE CONTRATAÇÕES PÚBLICAS – PNCP** e no sítio eletrônico **www.santoantoniodepadua.rj.gov.br/licitacao** (**Portal da Transparência**), no prazo de **20 (vinte) dias úteis** contados da data de sua assinatura, será providenciada pelo **Contratante**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA (DO FORO)

16.1. O foro da Cidade e Comarca de **SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA/RJ** será o único competente para dirimir todas e quaisquer dúvidas relativas ao presente **contrato**, excluído qualquer outro.



CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA (DAS DISPOSIÇÕES GERAIS)

17.1. É vedada a **subcontratação total** ou **parcial** do **objeto**, sem prévia anuência do **Contratante**.

17.2. No **preço contratado** estão **computadas todas as complementações e acessórios eventualmente omitidos no TERMO DE REFERÊNCIA** e demais **anexos** do **edital**, mas **implícitos e necessários à perfeita execução do serviço**.

17.3. Abaixo seguem as informações e dados para pagamento:

BANCO: [REDACTED]

AGÊNCIA: [REDACTED]

CONTA CORRENTE: [REDACTED]

Para firmeza e validade do pactuado, o presente termo foi lavrado em quatro vias de igual teor e forma, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contratantes e na presença de duas testemunhas.

Santo Antônio de Pádua/RJ, **data da última assinatura eletrônica**.

CONTRATANTE

MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RAFAEL LYONS

CONTRATADA

TOTAL MED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
ALEXANDRE DE ORNELLA DAIBES

TESTEMUNHA:

TESTEMUNHA: