



Secretária Adjunta de Aquisições e Finanças  
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**PRIMEIRO APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº. 074/2022/SES/MT**

**ORIGEM: PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 019/2022**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 465397/2021**

**“CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, POR MEIO DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS, NO ÂMBITO DAS UNIDADES HOSPITALARES SOB A GESTÃO DIRETA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO”**

**CONTRATANTE: O ESTADO DE MATO GROSSO** por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, inscrita no CNPJ sob n. 04.441.389/0001-61, neste ato representada pela Secretária de Estado de Saúde Interina **Sra. KELLUBY DE OLIVEIRA SILVA**, brasileira, portadora da cédula de identidade RG nº 1348055-3 SSP/MT, inscrita no CPF sob o nº 970.284.871-72.

**CONTRATADA: UROMED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, inscrita no cadastro do CNPJ sob o nº 10.451.514/0001-17, com sede na Av. Getúlio Vargas, 965, Bairro: Centro – CEP: 78.005-374, Cuiabá/MT, telefone: (65) 99901-9343, e-mail: [gerais.mep@gmail.com](mailto:gerais.mep@gmail.com)., [uromedcba@gmail.com](mailto:uromedcba@gmail.com)., neste ato representada pela **Sra. PRISCILA CONSANI DAS MERCÊS OLIVEIRA**, brasileira, portadora da Cédula de Identidade RG nº 10616831-8 SSP/PR, inscrito no CPF sob o nº 075.082.869-28.

**OS CONTRATANTES:** Considerando os documentos que instruem o processo administrativo 465397/2021, procedimento licitatório na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 019/2022**, do tipo menor preço por Grupo resolvem celebrar o presente Termo de **CONTRATO**, do qual será parte integrante do Termo de Referência, regido pela Lei n. 8.666 de 21/06/1993, e suas alterações, Lei Federal nº 10.520/02, Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, do Decreto nº 7.746, de 05 de junho de 2012, dos Decretos Estaduais: nº 840 de 10 fevereiro de 2017, nº 7.218, de 14 de março de 2006, e nº 8.199, de 16 de outubro de 2006, das Instruções Normativas SEGES/MP nº 05, de 26 de maio de 2017 e nº 03, de 26 de abril de 2018 e da Instrução Normativa SLTI/MP nº 01, de 19 de janeiro de 2010, das Leis Complementares: nº 123, de 14 de dezembro de 2006, nº 10.442, de 03 de outubro de 2016, e nº 605, de 29 de agosto de 2018, da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e do Decreto nº 8.538, de 06 de outubro de 2015, aplicando-se, supletivamente, pelos princípios da teoria geral dos contratos, ainda, pelas cláusulas e condições a seguir enunciadas:

PRISCILA  
CONSANI  
DAS  
MERCÊS  
OLIVEIRA

Assinado de  
forma digital por  
PRISCILA  
CONSANI DAS  
MERCÊS OLIVEIRA  
Dados: 2022.11.29  
09:18:56 -04'00'

*Handwritten signature*

Página 1



Secretária Adjunta de Aquisições e Finanças  
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O presente instrumento APOSTILA o Contrato nº 074/2022/SES/MT, para inclusão do **item 6.3 - EXIGÊNCIAS** e dos anexos constantes no Termo de Referência 082/GBSAGH/SES/MT/2021, os quais passam a fazer parte integrantes do contrato.

1.1.1. **ANEXO IV** (do termo de referência) – Fatores de Avaliação

1.1.2. **ANEXO V** (do termo de referência) – Análise da Execução Contratual

1.1.3. **ANEXO IX** (do termo de referência) – Declaração sobre a Escala Mensal de Trabalho

1.1.4. **ANEXO IV** – Modelo de Declarações

**2 CLÁUSULA SEGUNDA – DA INCLUSÃO****6.3 EXIGÊNCIAS:**

**6.3.20.** Para o serviço contratado por meio deste Termo de Referência serão aplicados pelo fiscal do contrato fatores de avaliação para análise da execução contratual (**ANEXOS IV e V DO TERMO DE REFERÊNCIA**);

**6.3.20.1.** Os apontamentos serão realizados mensalmente pelo fiscal do contrato e poderão ensejar em ajustes no faturamento e pagamento do serviço prestado;

**6.3.20.2.** Quando houver registro acima de 10 ocorrências em um mês, ou acima de 10 ocorrências acumuladas durante a execução do contrato, será considerado inexecução do serviço contratado, ensejando, inclusive, em solicitação de rescisão unilateral do contrato;

**6.3.20.3.** No conjunto de fatores de avaliação estão incluídos indicadores de qualidade da assistência, que deverão ser monitorados diariamente pela CONTRATADA.

| INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA |                                                               |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |              |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| INDICADOR                               |                                                               | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                    | FÓRMULA                                                                                                                                                                                                                   | PARÂMETROS   |
| 1                                       | Tempo Médio de Espera para atendimento médico (em minutos)    | Compreende o cálculo do tempo médio, em minutos, em que um paciente aguarda pelo atendimento médico a partir da entrada do hospital                                          | $\frac{\text{[somatório em minutos do tempo dos atendimentos médicos]}}{\text{[somatório dos pacientes atendidos no período]}}$                                                                                           | Imediato     |
| 2                                       | Tempo Médio de resposta do Parecer do Especialista (em horas) | Compreende o cálculo do tempo médio, em horas, em que um paciente aguarda pelo parecer de especialista a partir da solicitação formal do médico responsável pelo atendimento | $\frac{\text{[somatório em horas dos tempos decorridos entre a solicitação do parecer de especialista e o atendimento médico]}}{\text{[somatório dos pacientes atendidos que não demandaram especialidades no período]}}$ | ≤ 02 horas   |
| 3                                       | Tempo Médio de atendimento ao chamado (em minutos)            | Compreende o cálculo do tempo médio, em minutos, em que o médico em sobreaviso se apresenta na unidade hospitalar, desde o registro da sua chamada                           | $\frac{\text{[somatório em minutos do tempo de atendimento aos chamados]}}{\text{[somatório dos chamados realizados]}}$                                                                                                   | ≤ 60 minutos |

**6.3.20.4.** A qualidade da assistência ao paciente deverá estar dentro dos parâmetros descritos, ficando a CONTRATADA sujeita à rescisão unilateral do contrato caso esses parâmetros não estejam dentro dos valores estabelecidos;

**6.3.20.5.** Os parâmetros estabelecidos nos indicadores de qualidade poderão ser ajustados trimestralmente pela CONTRATANTE, tendo como base os parâmetros nacionais e estadual estabelecidos para cada indicador;

Secretária Adjunta de Aquisições e Finanças  
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**6.3.20.6.** A CONTRATADA deverá comprovar o atendimento aos indicadores de qualidade de acordo com os parâmetros estabelecidos, anexando os documentos com o monitoramento diário junto ao relatório de faturamento, mensalmente, constando a assinatura do fiscal do contrato para fins de validação das informações apresentadas;

**6.3.20.7.** Todos os dados originais que compõe os indicadores descritos acima deverão estar disponíveis para acesso e auditoria por parte da CONTRATANTE a qualquer momento, durante toda a vigência do contrato.

**6.3.21.** Todas as dúvidas que porventura venham a surgir e que não estejam previstas nestas especificações, deverão ser comunicadas à Secretaria Estadual de Saúde, através do fiscal do contrato.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RATIFICAÇÕES

**3.1.** Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato original nº 074/2022/SES/MT.

**3.2.** Para surtir os efeitos jurídicos, lavra-se o presente Apostilamento **em 02 (duas) vias de igual teor e forma**, com fundamento no art. 65 Inciso II da Lei 8.666/93 e suas alterações.

Cuiabá-MT, 18 de novembro de 2022.



**KELLUBY DE OLIVEIRA SILVA**

*Secretária de Estado de Saúde*

**PRISCILA  
CONSANI DAS  
MERCES OLIVEIRA**  
**PRISCILA CONSANI DAS MERCÊS OLIVEIRA**  
*Uromed Serviços Médicos Ltda*

Assinado de forma digital  
por PRISCILA CONSANI DAS  
MERCES OLIVEIRA  
Dados: 2022.11.29 09:16:46  
-04'00'

Secretária Adjunta de Aquisições e Finanças  
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**ANEXO IV (DO TERMO DE REFERÊNCIA) – FATORES DE AVALIAÇÃO**

| FATORES DE AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|
| Unidade Hospitalar:                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |
| Empresa Contratada:                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |
| Número Contrato:                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                              | Mês de referência: |     | Data: / /                                                                      |
| Fiscal Responsável:                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |
| ITEM                                                                                                                                                                                       | METAS                                                                                                                                                                                                        | Mês _____          |     | APONTAMENTOS<br>ACUMULADOS DURANTE A<br>EXECUÇÃO DO CONTRATO<br><br>QUANTIDADE |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                              | SIM                | NÃO |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Tempo Médio de Espera para atendimento médico (imediato).                                                                                                                                                    |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Tempo Médio de resposta do Parecer do Especialista (≤ 02 horas).                                                                                                                                             |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Tempo Médio de atendimento ao chamado (≤ 60 minutos).                                                                                                                                                        |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Substituição dos profissionais atendeu os requisitos exigidos na execução do objeto, no prazo estabelecido no contrato.                                                                                      |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Escalas de trabalho dos profissionais atualizadas pela CONTRATADA conforme exigências do contrato.                                                                                                           |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Registro da presença dos profissionais na unidade hospitalar diariamente                                                                                                                                     |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Execução dos serviços por colaboradores identificados (uso de crachás e uniformes).                                                                                                                          |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Escala de profissionais entregue no prazo estabelecido no contrato.                                                                                                                                          |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Cobertura de 100% da escala durante o mês.                                                                                                                                                                   |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Realização de passagem de plantão, médico a médico, em todos os plantões do mês.                                                                                                                             |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | CNES atualizado com todas as informações da CONTRATADA.                                                                                                                                                      |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Relatórios e laudos confeccionados conforme a definição da direção da unidade hospitalar.                                                                                                                    |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos profissionais envolvidos no atendimento. |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Acatos das decisões e observações feitas pela fiscalização                                                                                                                                                   |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Coordenador de equipe disponibilizado                                                                                                                                                                        |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Responsável técnico disponibilizado                                                                                                                                                                          |                    |     |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                            | Descumprimento de outras obrigações e exigências previstas em contrato (Quantidade )                                                                                                                         |                    |     |                                                                                |
| <b>Total de ocorrências no mês:</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |
| <b>Total de ocorrências acumuladas durante a execução do contrato:</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |
| * Descrição das obrigações e exigências previstas em contrato descumpridas:                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |
| O Fiscal de Contrato deverá preencher a tabela de pontuação dos indicadores visando identificar as ocorrências. Cada exigência ou obrigação descumprida deve ser pontuada individualmente. |                                                                                                                                                                                                              |                    |     |                                                                                |

*lc*

Secretária Adjunta de Aquisições e Finanças  
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**ANEXO V (DO TERMO DE REFERÊNCIA) – ANÁLISE DA EXECUÇÃO  
CONTRATUAL**

| Proporcionalidade ao atingimento Satisfatório dos Atendimentos definidos no Termo de Referência |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                            | ATENDIMENTOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Finalidade                                                                                      | Garantir a execução dos serviços e Relatórios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Meta a cumprir                                                                                  | 100% dos serviços executados, dentro dos prazos definidos pela administração e adequados à perspectiva definidas no Termo de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Instrumento de medição                                                                          | Controle dos serviços executados, conforme modelo abaixo indicado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Forma de acompanhamento                                                                         | A fiscalização do contrato acompanhará mensalmente o cumprimento das atividades da execução dos serviços, conforme perspectiva da Administração e posterior lançamento do resultado na planilha de controle.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Periodicidade                                                                                   | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Mecanismo de cálculo                                                                            | O número de ocorrências mensal refletirá o percentual de atingimento da meta (%) ou, a glosa, pelo não atingimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Início de vigência                                                                              | Data da assinatura do contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Faixas de ajuste no pagamento                                                                   | Por mês:<br>0 ocorrência = 100% da meta = recebimento de 100% da fatura.<br>01 a 03 ocorrências = 95% da meta = recebimento de 95% da fatura.<br>04 a 05 ocorrências = 90% da meta = recebimento de 90% da fatura<br>06 a 08 ocorrências = 85% da meta = recebimento de 85% da fatura<br>09 a 10 ocorrências = 80% da meta = recebimento de 80% da fatura<br>Acima de 10 ocorrências em um mês – inexecução do serviço contratado, ensejará, inclusive, em solicitação de rescisão unilateral do contrato.<br>Acima de 10 ocorrências acumuladas durante a execução do contrato – inexecução do serviço contratado, ensejará, inclusive em solicitação de rescisão unilateral do contrato. |
| Sanções                                                                                         | As previstas no Termo de Referência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Observações                                                                                     | Os serviços serão avaliados mensalmente e consecutivamente como forma de avaliação da qualidade da prestação dos serviços. A primeira avaliação será formulada após o 30º (trigésimo) dia da data de assinatura do Contrato.<br>O ajuste no pagamento, se houver, será deverá ser realizado na Nota Fiscal da competência em que foi realizada a avaliação.<br>A existência de mais de 10 (dez) ocorrências será considerada inexecução do total do serviço contratado.<br>Os ajustes aplicados no pagamento não excluem as glosas previstas no Termo de Referência e nem a aplicação das sanções administrativas.                                                                         |



Secretária Adjunta de Aquisições e Finanças  
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**ANEXO IX (DO TERMO DE REFERÊNCIA) - DECLARAÇÃO SOBRE A ESCALA  
MENSAL DE TRABALHO**

Declaro que na escala mensal de trabalho, referente à competência \_\_\_\_\_, não há servidores comissionados, contratados, ou estatutários da CONTRATANTE, profissionais com parentesco com agentes públicos do órgão ou ente contratante, até o terceiro grau, familiar de detentor de cargo em comissão ou função de confiança que atue na área responsável pela demanda ou de autoridade a ele hierarquicamente superior, em atendimento às disposições da lei de licitações e contratações, e ainda, outras normas legais que tratam sobre questões de contratações públicas e sobre nepotismo, no âmbito da Administração Pública

Cuiabá-MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

**PRISCILA  
CONSANI DAS  
MERCES OLIVEIRA**

Assinado de forma digital  
por PRISCILA CONSANI DAS  
MERCES OLIVEIRA  
Dados: 2022.11.29 09:17:39  
-04'00'

(Assinatura do representante da empresa)

De acordo:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do diretor da unidade hospitalar)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do diretor técnico)

*h*





Secretária Adjunta de Aquisições e Finanças  
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÕES**

**A**

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES.**

**Edital de Pregão Eletrônico nº \_\_\_\_\_/2022 – SES/MT.**

**Tipo: MENOR PREÇO.**

\_\_\_\_\_, (Nome da Empresa) CNPJ N°. \_\_\_\_\_, sediada na  
\_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_, bairro, \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Município/Estado  
\_\_\_\_\_, por seu representante legal abaixo assinado, em cumprimento ao  
solicitado no Edital da presente licitação, **DECLARA**, sob as penas da lei, que:

- Declaro não possuir em meu quadro de pessoal, servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação;
- Declaração de responsabilidade técnica e indicação da equipe técnica. A entidade deverá comprovar que os responsáveis técnicos relacionados na declaração de responsabilidade técnica pertencem ao seu quadro permanente de funcionários, cooperados, proprietários, sócios ou associados.

Cidade/UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

*[Assinatura]*

