



**TERCEIRO APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº. 139/2024/SES-MT.
ORIGEM: PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 0047/2024.
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº SES-PRO- 2023/44375**

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM INFECTOLOGIA, POR MEIO DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS, NO ÂMBITO DO HOSPITAL ESTADUAL SANTA CASA, HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA, HOSPITAL REGIONAL DE ALTA FLORESTA “ALBERT SABIN”, HOSPITAL REGIONAL DE COLÍDER “MASAMITSU TAKANO”, HOSPITAL REGIONAL DE SINOP “JORGE DE ABREU” E HOSPITAL REGIONAL DE SORRISO, SOB GESTÃO DIRETA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, QUE FAZEM ENTRE SI A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE.

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 representado(a) pelo(a) Secretário(a) de Estado de Saúde, **Sr. GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO**, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº ****5872 SESP/MT, inscrito no CPF sob o nº ****24.451-53

CONTRATADA: A empresa **VIVAZ SERVIÇOS E GESTÃO EM SAÚDE LTDA.**, inscrita no cadastro CNPJ sob o nº 20.419.203/0001-24, sediada na Rua das Helicônias, nº 33, sala 204 B, Bairro: Setor Comercial – Edifício Forcont, município de Sinop/MT, CEP: 78.550-120, telefone: (66) 99903-3248, e-mail: advkarenrubin@gamil.com, korolinekovalski@gmail.com, vivazservicosmedicos.sorriso@gmail.com, ka_rubin@hotmail.com, neste ato representada pela **Sra. KAREN RUBIN**, portador da Cédula de Identidade RG nº ****1160 SSP/MT, inscrito no CPF sob o nº ****32.161-72.

Firmam o presente contrato: Considerando a autorização para aquisição do objeto de que trata o processo administrativo nº **SES-PRO-2025/02938**, resolvem celebrar o presente aditivo, que será regido por suas cláusulas, pelos preceitos de direito público, pela Lei nº 14.133/2021, Decreto Estadual nº 1.525/2022, Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), no que





couber, assim como, supletivamente, pelos Princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1.1 O presente instrumento tem por objeto **APOSTILAR** o Contrato nº 139/2024/SES/MT, para **INCLUIR** - No Anexo do Termo de Contrato nº 139/SES/MT os quadros que trata de Resultados – Fatores de Avaliação, Análise da Execução Contratual e Planilha de Custos, nos termos da Lei nº 14.133/2021..

CLÁUSULA SEGUNDA – DA INCLUSÃO

2.2 Fica incluso ao Termo de Contrato nº 139/2024/SES/MT, os seguintes anexos:

IMR – INSTRUMENTO DE MEDICAÇÃO DE RESULTADOS FATORES DE AVALIAÇÃO

FATORES DE AVALIAÇÃO				
Unidade Hospitalar:				
Empresa Contratada:				
Número Contrato:		Mês de referência:		Data: / /
Fiscal Responsável:				
ITEM	METAS	Mês _____		APONTAMENTOS ACUMILADOS DURANTE A EXECUÇÃO DO CONTRATO 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.			
	Acato das decisões e observações feitas pela fiscalização			
	Coordenador de equipe disponibilizado			
	Responsável técnico disponibilizado			
	Descumprimento de outras obrigações e exigências previstas em contrato (Quantidade _____)			
Total de ocorrências no mês:				
Total de ocorrências acumuladas durante a execução do contrato:				
* 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.				

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: 0 ocorrência = 100% da meta = recebimento de 100% da fatura. 01 a 03 ocorrências = 95% da meta = recebimento de 95% da fatura. 04 a 05 ocorrências = 90% da meta = recebimento de 90% da fatura 06 a 08 ocorrências = 85% da meta = recebimento de 85% da fatura 09 a 10 ocorrências = 80% da meta = recebimento de 80% da fatura Acima de 10 ocorrências em um mês – inexecução do serviço contratado, ensejará, inclusive, em solicitação de rescisão unilateral do contrato. 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. O ajuste no pagamento, se houver, será dever ser realizado na Nota Fiscal da competência em que foi realizada a avaliação. A existência de mais de 10 (dez) ocorrências será considerada inexecução do total do serviço contratado. Os ajustes aplicados no pagamento não excluem as glosas previstas no Termo de Referência e nem a aplicação das sanções administrativas.

PLANILHA DE CUSTOS

01 - IDENTIFICAÇÃO	
RAZÃO SOCIAL	
ENDEREÇO:	
CEP:	UF:
TELEFONE:	
E-MAIL:	

A – SERVIÇOS MÉDICOS			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
D – TOTAL GERAL			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			

INDICAÇÃO DE SINDICATOS, ACORDOS, CONVENÇÕES OU DISSÍDIOS COLETIVOS DE TRABALHO
REFERÊNCIA AO SINDICATO DE CLASSE DOS TRABALHADORES DA EMPRESA. (NOME:)





*Devem constar nesta planilha todas as despesas contidas no item 17.6. que influenciarão direta e/ou indiretamente no dimensionamento da proposta.

**Caso seja necessário, poderão ser adicionados itens para o cálculo de custos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RATIFICAÇÕES

3.1 Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato original nº 139/2024/SES/MT.

3.2 E por estarem assim justas e acertadas, as partes firmam este instrumento, em **01 (uma) via** para todos os efeitos legais.

Cuiabá/MT, 07 de março de 2025.



GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO
Secretário de Estado de Saúde

