



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

PRIMEIRO APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº. 192/2022/SES/MT
ORIGEM: PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 019/2022
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 465397/2021

**GERSON
ANTONIO
MOREIRA**
65144589
120

Assinado digitalmente por
GERSON ANTONIO MOREIRA:
65144589120
DN: C=BR, O=ICP-Brasil,
OU=AC S.O. UTI Multipla v5,
OU=12280274000141,
OU=Videoconferencia,
OU=Certificado PF A1,
CN=GERSON ANTONIO
MOREIRA:65144589120
Razão: Eu sou o autor deste
documento
Localização: Cuiabá - MT
Data: 2022.11.11 08:56:06-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

**“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. DEISI DE CASSIA BOCALON MAIA**, brasileira, portadora da cédula de identidade RG nº 27.63374-8 - SESP/MT, inscrita no CPF sob o nº 813.254.101-44.

CONTRATADA: NEUROCOR SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, inscrita no cadastro do CNPJ sob o nº 42.789.637/0001-59, com sede na Rua Parantinga (nuc Hab CPA II), nº. 5, quadra 17, Bairro Morada da Serra– CEP: 78.055-298, Cuiabá/MT, telefone: (65) 98156-3193, e-mail: serviçosneurocor@gmail.com, neste ato representado pelo **SR. GERSON ANTONIO MOREIRA**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG nº 384560684 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº 651.445.891-20.

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:



Secretaria 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 192/2022/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;

Assinado digitalmente por
GERSON ANTONIO MOREIRA
A: 65144589
120

GERSON ANTONIO MOREIRA
A: 65144589
120
Data: 2022.11.11
09:56:25-0202
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2

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 compõem 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 192/2022/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, 09 de novembro de 2022.



DEISI DE CASSIA BOCALON MAIA
Secretária de Estado de Saúde Interina

GERSON ANTONIO MOREIRA
Neurocor Serviços Médicos Ltda

**GERSON
ANTONIO
MOREIRA**
65144589
120

Assinado digitalmente por
GERSON ANTONIO MOREIRA:
65144589120
DN: C=BR, O=ICP-Brasil,
OU=AC SOLUTI Multisig v5,
OU=1229274000141,
OU=Videocoreferenda,
OU=Certificado PF A1
CN=GERSON ANTONIO
MOREIRA 65144589120
Razão: Eu sou o autor deste
documento
Localização: Cuiabá - MT
Data: 2022.11.11 08:55:45-03:00
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.2



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 ACUMULADOS 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.				

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: 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 deverá 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.

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.

(Assinatura do representante da empresa)

De acordo:

(Assinatura do diretor da unidade hospitalar)

(Assinatura do diretor técnico)



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 Nº. _____, 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.

