



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

PRIMEIRO APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº. 026/2023/SES/MT
ORIGEM: PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 030/2022
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 398280/2021 / SES-PRO-2022/30425

“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, inscrita no CNPJ sob n. 04.441.389/0001-61, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde **Sr. GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO**, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 00655872 SESP/MT, inscrito no CPF sob o nº 174.824.451-53.

CONTRATADA: FAMILY MEDICINA E SAÚDE LTDA-EPP, inscrita no cadastro do CNPJ sob o nº 30.488.287/0001-01, com sede na Avenida Doutor Hélio Ribeiro - nº. 630 - Bairro Paiaguás – CEP: 78.048-250 em Cuiabá/MT, telefone: (65) 98153-2000, e-mail: familymedicinaesaude@hotmail.com., neste ato representado pelo **SR. MILTON CORREA DA COSTA NETO**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG nº 13067770 SSP/MT, inscrito no CPF sob o nº 947.768.221-72.

OS CONTRATANTES: Considerando os documentos que instruem o processo administrativo **SES-PRO-2023/11466**, procedimento licitatório na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 030/2022**, do tipo menor preço por lote resolvem celebrar o presente Termo de **APOSTILAMENTO**, 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:


Assinado eletronicamente por
MILTON CORREA DA COSTA
NETO:94776822172
Data: 2023.03.13 11:01:51
-04'07

Palácio Paiaguás, Rua D, s/n, Bloco 5, Centro Político Administrativo
CEP: 78049-902 • Cuiabá • Mato Grosso – Telefone: (065) 3613-5344 – E-mail: contratos@ses.mt.gov.br

Página 1 de 17





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

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente instrumento APOSTILA o Contrato nº 026/2023/SES/MT, para inclusão do **item 6 - DAS ESPECIFICAÇÕES E EXIGÊNCIAS DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS** e dos anexos constantes no Termo de Referência 088/GBSAGH/SES/MT/2021, os quais passam a fazer parte integrantes do contrato.

ANEXO II – A (DO TERMO DE REFERÊNCIA) LISTA TABELA SIGTAP CARDIOLOGIA

ANEXO III - (DO TERMO DE REFERÊNCIA) MODELO DE DECLARAÇÃO DE INSTALAÇÃO DE ESCRITÓRIO

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

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

ANEXO VI - (DO TERMO DE REFERÊNCIA) MODELO DE ATESTADO DE DISPENSA DE VISITA TÉCNICA

ANEXO VII – (DO TERMO DE REFERÊNCIA) MODELO DE ATESTADO DE VISTORIA TÉCNICA

ANEXO VIII (DO TERMO DE REFERÊNCIA) - PLANILHA DE CUSTO

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

ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS ESCRITA

ANEXO III - MODELO DE ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÕES.

2 CLÁUSULA SEGUNDA – DA INCLUSÃO

6 DAS ESPECIFICAÇÕES E EXIGÊNCIAS DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

6.1 Os serviços serão realizados conforme as especificações e quantitativos constantes nos lotes apresentados nos Anexos I – A a B do termo de referência;

ANEXO I - A	CARDIOLOGIA
ANEXO I - B	CLÍNICA MÉDICA

6.1.1 Em caso de discordância existente entre as especificações descritas no sistema eletrônico (COMPRASNET) e as especificações constantes deste Termo de Referência, prevalecerão as do Termo de Referência.

MILTON CORREA
DA COSTA
NETO:94776822172
Assinado de forma digital por
MILTON CORREA DA COSTA
NETO:94776822172
Data: 2023.03.13 11:02:24
-0400





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

6.2 DOS SERVIÇOS REALIZADOS PELA TABELA SIGTAP:

6.2.1 Anexo I – B: Cardiologia;

- 6.2.2** Os procedimentos com finalidade diagnóstica em Cardiologia (exames) a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS (Ecocardiografia Transtorácica - Código 02.05.01.003-2);
- 6.2.3** Cada exame realizado será remunerado de acordo com a tabela do SIGTAP (Procedimentos com finalidade diagnóstica - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.
- 6.2.4** Os atendimentos ambulatoriais (consultas) a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS (Procedimentos Clínicos - Código 03.01.01.007-2).
- 6.2.5** Cada consulta ambulatorial realizada será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Consultas médicas especializadas - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.

6.3 EXIGÊNCIAS:

- 6.3.1** Os serviços objeto do Termo de Referência consistem na prestação de serviços médicos, por meio de profissionais qualificados, para atender as unidades vinculadas a Secretária de Estado de Saúde.
- 6.3.2** Os procedimentos cirúrgicos, atendimentos ambulatoriais (consultas) e procedimentos clínicos (exames) a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS, tendo como forma de remuneração pelos serviços os valores definidos na tabela SIGTAP.
- 6.3.3** Cada cirurgia será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Procedimentos cirúrgicos - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço profissional.
- 6.3.4** Cada consulta ambulatorial realizada será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Consultas médicas especializadas - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.
- 6.3.5** Cada exame realizado será remunerado de acordo com a tabela do SIGTAP (Procedimentos com finalidade diagnóstica - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.
- 6.3.6** A CONTRATADA deverá disponibilizar profissionais médicos em quantidade e qualidade necessárias para o cumprimento das exigências e obrigações decorrentes do contrato, atendendo a necessidade da demanda da CONTRATANTE.

6.3.7 Disponibilização por parte da CONTRATADA de profissional com formação em medicina e titulação nas especialidades indicadas neste termo de referência, com

Página 3 de 17





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

diploma reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), para o cumprimento das exigências e obrigações estabelecidas neste termo de referência.

- 6.3.8** Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente Termo de Referência.
- 6.3.9** Preencher, sempre que necessário e solicitado, os protocolos clínicos instituídos por órgãos regulamentadores e pela direção da unidade hospitalar, assim como demais documentos, formulários que se façam necessários para prestação da assistência médica aos pacientes da Unidade.
- 6.3.10** A CONTRATADA deve emitir as horas de serviços prestados em relatório mensal, sendo que a carga horária somente será contabilizada se for emitido relatório do profissional.
- 6.3.11** A primeira escala mensal dos profissionais da CONTRATADA deverá ser entregue para a direção da unidade antes do início do serviço, para análise aprovação, nas condições estabelecidas neste termo de referência.
- 6.3.12** Deverá a CONTRATADA consultar a Direção Técnica do Hospital sobre a existência de servidor médico estatutário e/ou contratado na escala da especialidade antes de entregar a escala mensal da especialidade a Direção Geral, para unificá-la, uma vez que a coordenação da especialidade caberá a CONTRATADA.
- 6.3.13** Não será aceito a prestação de serviços com especificação diferente ao que foi proposto, com irregularidade ou inconsistência de informações sobre os exames, bem como se apresentar quaisquer descumprimentos da qualidade, além das exigências requeridas no Termo de Referência.
- 6.4** Os pacientes que entrarem na unidade hospitalar por meio dos setores de pronto atendimento e/ou urgência e emergência deverão ter os procedimentos cirúrgicos realizados pelos profissionais escalados no plantão desses mesmos setores, não sendo permitido (re) classificação do atendimento para eletivo/pré-agendado, que que enseje em cobrança adicional à CONTRATANTE pelo atendimento ao paciente;
- 6.4.1.1** Outros atendimentos médicos necessários, deverão ser realizados nesses pacientes por profissionais do plantão, e a alteração na internação poderá ser realizada em decorrência da evolução do quadro clínico do paciente.
- 6.4.2** Os atendimentos ambulatoriais/eletivos/pré-agendados são marcados ou agendados pela unidade hospitalar, atendendo aos critérios estabelecidos no SUS e aos protocolos da unidade;
- 6.4.2.1** Os procedimentos cirúrgicos eletivos/pré-agendados deverão ter a sua origem no ambulatório.
- 6.4.3** A CONTRATADA deverá protocolar na Direção da Unidade Hospitalar o MAPA DE CIRURGIAS que serão realizadas na semana subsequente à elaboração do mapa, em conformidade com as diretrizes da Direção da unidade hospitalar;
- 6.4.3.1** O mapa de cirurgias deverá estar em papel timbrado da CONTRATADA, devidamente assinado pelo profissional responsável pelas cirurgias, contendo pelo menos a identificação dos pacientes, o tipo de procedimento, a descrição da OPME que será





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

utilizado, quando for o caso, número do cartão SUS, município de origem e outras informações solicitadas pela direção da unidade.

6.4.3.2 O mapa cirúrgico deverá elaborado semanalmente e protocolizado na direção geral da unidade hospitalar até 02 (dois) dias úteis antes da primeira cirurgia a ser realizada, para análise e validação.

6.4.4 A CONTRATADA deverá possuir sede ou filial no mínimo em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, no prazo de até 60 (sessenta) dias após assinatura do contrato;

6.4.4.1 A CONTRATADA deverá apresentar declaração onde comprova que possui ou instalará escritório em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, conforme (ANEXO III). Caso a empresa não atenda a essa exigência, ficará sujeita à solicitação de rescisão unilateral do contrato por parte da CONTRATANTE.

6.4.5 Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato dentro do Hospital para atender e sanar qualquer irregularidade.

6.4.6 Manter sediado junto à Administração durante o turno de trabalho pessoas capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos.

6.4.7 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);

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

6.4.7.2 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.

6.4.7.3 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	$[\text{somatório em minutos do tempo dos atendimentos médicos}] / [\text{somatório dos pacientes atendidos no período}]$	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	$[\text{somatório em horas dos tempos decorridos entre a solicitação do parecer de especialista e o atendimento médico}] / [\text{somatório dos pacientes atendidos que não demandaram especialidades no período}]$	≤ 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	$[\text{somatório em minutos do tempo de atendimento aos chamados}] / [\text{somatório dos chamados realizados}]$	≤ 60 minutos

MILTON CORREA
DA COSTA
NETO:94776822172
Assinado de forma digital por
MILTON CORREA DA COSTA
NETO:94776822172
Data: 2023.03.15 11:03:31
04107

Palácio Paiaguás, Rua D, s/n, Bloco 5, Centro Político Administrativo
CEP: 78049-902 • Cuiabá • Mato Grosso – Telefone: (065) 3613-5344 – E-mail: contratos@ses.mt.gov.br

Página 5 de 17





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

- 6.4.7.4 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;
- 6.4.7.5 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;
- 6.4.7.6 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;
- 6.4.7.7 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.
- 6.4.8 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 026/2023/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 março de 2023.

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO

Secretário de Estado de Saúde

Assinado de forma digital
por MILTON CORREA DA
COSTA NETO:94776822172
Dados: 2023.03.13 11:03:50
-04'00'

MILTON CORREA DA COSTA NETO

Family Medicina E Saúde Ltda-Epp





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

**ANEXO II – A (DO TERMO DE REFERÊNCIA) LISTA TABELA SIGTAP
CARDIOLOGIA**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR SERVIÇO PROFISSIONAL
1	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 39,94
2	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00

MILTON CORREA DA COSTA
Assinado de forma digital por
MILTON CORREA DA COSTA
NETO:94776822172
Data: 2023.03.13 11:04:35
-04'00'

Palácio Paiaguás, Rua D, s/n, Bloco 5, Centro Político Administrativo
CEP: 78049-902 • Cuiabá • Mato Grosso – Telefone: (065) 3613-5344 – E-mail: contratos@ses.mt.gov.br

Página 7 de 17





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

**ANEXO III - (DO TERMO DE REFERÊNCIA) MODELO DE DECLARAÇÃO DE
INSTALAÇÃO DE ESCRITÓRIO**

Declaramos para os devidos fins que nossa empresa instalará escritório em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, a ser comprovado no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após assinatura do contrato.

Local e data

Assinatura e carimbo do Representante Legal da Empresa
(Em papel timbrado)

OU

Declaramos para os devidos fins que nossa empresa já dispõe de matriz, filial ou escritório em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, no seguinte endereço..... CEP:
Telefone:

Local e data

Assinatura e carimbo do Representante Legal da Empresa
(Em papel timbrado)

MILTON CORREA DA
COSTA
Assinado de forma digital
por MILTON CORREA DA
COSTA NETO:94776822172
Data: 2023.03.13 11:04:55
+04'00'





Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
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 Contratos
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 ocorrências = 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 Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**ANEXO VI - (DO TERMO DE REFERÊNCIA) MODELO DE ATESTADO DE
DISPENSA DE VISITA TÉCNICA**

Declaro, _____ que tenho pleno conhecimento de todas as informações e das condições locais para cumprimento das obrigações, objeto mencionado neste termo, de acordo com o inciso III, do art. 30, da Lei Federal Nº 8.666/93 e assumo total responsabilidade por esse fato e não utilizarei para quaisquer questionamentos futuros que não seja avenças técnicas ou financeiras com o Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de 2022.

(Assinatura do representante da empresa)

OBSERVAÇÃO: Este documento deverá ser preenchido em papel timbrado ou com identificação com o carimbo do CNPJ da empresa licitante e estar devidamente assinado por seu representante legal.





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

**ANEXO VII – (DO TERMO DE REFERÊNCIA) MODELO DE ATESTADO DE
VISTORIA TÉCNICA**

Declaro ter visitado a Unidade _____, na data a seguir indicada, tomando conhecimento de todos os aspectos que possam influir direta ou indiretamente na formulação da proposta, reconhecendo todas as condições e peculiaridades técnicas dos serviços a serem executados. Declaro ter tomado conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do presente Termo.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de 2022.

(Assinatura do representante da empresa)

Acompanharam a visita:
Lotação do Servidor: (unidade)

Nome do servidor:

Cargo / matrícula:

Horário da realização da visita:

Início: _____

Término: _____

OBSERVAÇÃO: Este documento deverá ser preenchido em papel timbrado ou com identificação com o carimbo do CNPJ da empresa licitante e estar devidamente assinado por seu representante legal.





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

ANEXO VIII (DO TERMO DE REFERÊNCIA) - PLANILHA DE CUSTO

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

A – SERVIÇOS MÉDICOS			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
B – SERVIÇOS AMBULATORIAIS			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
C – EXAMES			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
D – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
I – 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:)

MILTON CORREA
DA COSTA
Assinado em forma digital
por MILTON CORREA DA
COSTA NETO:94776822172
Data: 2023.03.13 11:07:23
v. 2.0.0





Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
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)

MILTON CORREA DA COSTA
Assinado de forma digital
por MILTON CORREA DA
COSTA NETO:94776822172
Data: 2023.03.13 11:02:55
0400





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

ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS ESCRITA

Edital de Pregão Eletrônico nº ____/2022 – SES/MT

Tipo: MENOR PREÇO

Critério de Julgamento: GRUPO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES

Licitante: _____ C.N.P. J _____ Inscrição Estadual: _____

Tel. Fax: () _____ E-mail _____ Tel. () _____ Celular: () _____

Endereço: _____

Conta Corrente: _____ Agência: _____ Banco: _____

ITEM	ESPECIFICAÇÕES	MARCA	UND.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL

- Observar todas as exigências do Edital e conforme as especificações do Termo de Referência.
- O preço ofertado deverá contemplar todas as despesas que o compõem: frete, garantia, transporte, embalagem, seguro e a entrega do bem no local indicado, e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste Edital e anexos.
- Valor total da Proposta: R\$ *** (valor por extenso).
- Validade da proposta: 90 (noventa) dias.
- Prazo e local de entrega: (conforme item do Termo de Referência)
- Obs.: A empresa licitante deverá observar o Convênio ICMS 73/2004, caso a aquisição se enquadre nesse Convênio deverá preencher sua proposta discriminando os valores com cálculo da alíquota do ICMS.

Cidade/UF, ____ de ____ de 2022.

**CARIMBO/ASSINATURA E
NOME POR EXTENSO DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA**





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

ANEXO III - MODELO DE ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

(Timbre/logomarca da Pessoa Jurídica Emitente)

A empresa _____, CNPJ/MF nº _____, Inscrição Estadual Nº. _____ estabelecida na rua e/ou avenida _____ nº. _____, Telefone: _____, atesta para os devidos fins que a Empresa _____, com sede na _____, fornece/forneceu o objeto desta licitação, abaixo relacionados, sendo cumpridora dos prazos e termos firmados na contratação, não havendo contra o mesmo nenhum registro que a desabone.

01. _____;
02. _____.

Cidade/UF, ____ de _____ de 2022.

**Nome completo por extenso do responsável pela Pessoa Jurídica
Emitente deste atestado e sua assinatura
RG e CPF/MF**





Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
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.

MILTON CORREA DA
COSTA
Assinado de forma digital por
MILTON CORREA DA COSTA
NETO:94776822172
Data: 2022.05.13 11:09:21 -04'00'

Palácio Paiaguás, Rua D, s/n, Bloco 5, Centro Político Administrativo
CEP: 78049-902 • Cuiabá • Mato Grosso – Telefone: (065) 3613-5344 – E-mail: contratos@ses.mt.gov.br

Página 17 de 17

