



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

CONVOCAÇÃO PÚBLICA 001/2016 **CPL/HSJB/SAH**

O **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR/HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA**, por intermédio da **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR/HSJB**, devidamente autorizada pela autoridade superior, atendendo requisitos do Processo Administrativo nº 1626/2016/HSJB/SAH, em cumprimento o que preceitua a Lei nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores introduzidas no referido diploma legal, os artigos 24 e 26 da Lei nº 8.080/90, a Norma da Assistência a Saúde/SUS nº 01/02, a Instrução Normativa nº 01/97, torna público para conhecimento dos interessados, que até as **10h00min** do dia **30 de NOVEMBRO de 2016**, encontra-se aberta a presente **CONVOCAÇÃO PÚBLICA**, de conformidade com as condições explicitadas a seguir:

1- DO OBJETO:

1.1- Constitui o objeto desta **CONVOCAÇÃO PÚBLICA** a contratação de estabelecimento(s) interessado(s) para prestação de serviços técnico-profissionais especializados em exames de **EXAME ANAMOTOPATOLOGICO DO COLO UTERINO PEÇA CIRURGICA; EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA e EXAME DE CITOLOGIA**, aos usuários do SUS, observando as descrições e demais elementos do quadro abaixo:

ITEM	QUANT ANUAL	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT. PROPOSTO SAH/HSJB (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
01	120	EXAME ANAMOTOPATOLOGICO DO COLO UTERINO PEÇA CIRURGICA. COD. SUS 02.03.02.002-2	43,21	5.185,20
02	3.600	EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA). COD SUS 02.03.02.003-0	24,00	86.400,00
03	480	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO UTERINO) DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGICA. COD SUS 02.03.01.003.5	10,65	5.112,00
VALOR TOTAL R\$ 96.697,20				

2- DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:

2.1- Somente poderá participar o estabelecimento interessado do ramo pertinente ao objeto deste edital, aquele não declarado inidôneo por ato do Poder Público, aquele não reunido em consórcio e ainda àquele que não esteja sob processo de concordata ou falência.

3- DA HABILITAÇÃO:

3.1- O estabelecimento interessado em participar da presente convocação pública deverá apresentar à **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/HSJB/SAH**, em envelope lacrado, os seguintes documentos:



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 3.1.1- Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- 3.1.2- **Certificado de Inspeção Sanitária** junto à Vigilância Sanitária Estadual e/ou Municipal, em vigor o prazo de validade;
- 3.1.3- Prova de cadastramento no **CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/Ministério da Saúde** para os serviços solicitados nesta Convocação Pública;
- 3.1.4- Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica e Certidão de Inscrição de Empresas junto ao Conselho competente, em vigor o prazo de validade;
- 3.1.5- Documentação necessária à comprovação da **responsabilidade técnica** do interessado:
 - 3.1.5.1- A comprovação de que o responsável técnico pertença ao quadro permanente do estabelecimento interessado será feita mediante apresentação do Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, cópia da carteira de trabalho, ficha de registro de empregado/livro de empregados com o visto do órgão competente ou contrato que comprove vínculo empregatício do profissional com o estabelecimento interessado;
 - 3.1.5.2- Cópia da carteira do conselho respectivo, RG e CPF;
 - 3.1.5.3- Comprovante de pagamento da última anuidade do conselho correspondente;
- 3.1.6- Prova de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/CNPJ**, em vigor o prazo de validade;
- 3.1.7- Prova de regularidade com as Fazendas:
 - 3.1.7.1- **Federal** (relativas a tributos administrados pela **Receita Federal do Brasil** e a inscrição em **Dívida Ativa da União**, junto à **Procuradoria Geral da Fazenda Nacional**), com prazo de validade vigente;
 - 3.1.7.2- **Estadual**, com prazo de validade vigente, acompanhada da **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÍVIDA ATIVA DO ESTADO**, em validade, conforme determina a Resolução Conjunta PGE/SER nº 033 de 24/11/2004 da Secretaria de Estado da Receita e Procuradoria Geral do Estado;
 - 3.1.7.3- **Municipal**, do domicílio ou sede da licitante, com prazo de validade vigente;
- 3.1.8- Prova de regularidade com o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS**, mediante apresentação de **Certificado**, em vigor o prazo de validade;
- 3.1.9- Prova de regularidade com o **INSS**, mediante apresentação de **Certidão Negativa de Débito – CND**, em vigor o prazo de validade;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 3.1.10- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT, nos termos do título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 01/05/1943; (subitem incluso no ato convocatório da licitação por força da Lei nº 12.440/2011);
- 3.1.10.1- Será admitida a Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT;
- 3.1.11- **Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial**, expedida pelo cartório distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de emissão não antecedente a 90 (noventa) dias;
- 3.1.12- **Declaração** de disponibilidade de serviços, com apresentação de **proposta** que deverá indicar os **números dos itens**, as **descrições** e as **quantidades**, podendo ser **iguais** ou **inferiores** as demandadas do quadro objeto deste edital (modelo **ANEXO I**);
- 3.1.13- **Declaração** de aceitação e execução dos serviços nos preços propostos pelo **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** fixados no quadro objeto deste edital (modelo **ANEXO II**);
- 3.1.14- **Declaração** que o(s) **sócio(s) e/ou diretor(es)** não ocupa(m) cargo, função de chefia ou assessoramento no âmbito do **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** ou da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda/RJ. (modelo **ANEXO III**);
- 3.1.15- **Declaração** de possuir **capacidade operacional** para prestação dos serviços, indicando as **instalação(ões)**, **equipamento(s)** e **equipe médica, adequados e disponíveis**, em condições compatíveis com o objeto deste edital (modelo **ANEXO IV**);
- 3.1.16- **Declaração** do estabelecimento interessado que não possui em seu quadro de pessoal empregado nos termos do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988 e inciso V do art. 27 da Lei 8.666/93, conforme modelo no **ANEXO V**.
- 3.2- Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Comissão Permanente de Licitação/HSJB/SAH ou publicação em órgão de imprensa oficial;

4- DO PROCEDIMENTO E JULGAMENTO:

- 4.1- A abertura do envelope e julgamento da documentação do interessado pertinente a presente convocação pública ficará a cargo da Comissão Permanente de Licitação/HSJB/SAH, a qual competirá:
- 4.1.1- Proceder ao recebimento e a abertura do envelope contendo a documentação do interessado, necessária à convocação pública;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 4.1.2- Proceder ao exame dos documentos apresentados em confronto com as exigências deste edital, recusando a participação do interessado que deixar de atender às normas e condições fixadas;
- 4.1.3- Proceder à análise de recurso porventura interposto por parte do interessado, revendo a decisão tomada ou, caso não o faça, fazê-lo subir a autoridade superior, devidamente informado;
- 4.1.4- Após análise da documentação por parte da Comissão Permanente de Licitação/HSJB/SAH, será convocada Equipe Técnica do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, para realizar visita de inspeção no(s) endereço(s) do(s) interessado(s), visando emissão de parecer técnico para qualificação técnica e subsequente habilitação;
- 4.1.5- Finalizados os trabalhos de análise da documentação e inspeção técnica, e após a ratificação do procedimento pela autoridade superior do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, a **COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO/HSJB/SAH**, fará publicar na Imprensa Oficial do **MUNICÍPIO** o(s) nome(s) do(s) interessado(s) habilitado(s) apto(s) para celebração de contrato(s).

5- DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

- 5.1- Correrá por conta exclusiva do estabelecimento contratado, sem qualquer ônus para o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, a execução dos serviços, e serão prestados de acordo com os critérios de oportunidade e conveniência estabelecidos pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, que emitirá prévia autorização, por escrito, para aludida execução;
- 5.2- Os serviços objeto desta Convocação Pública estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde do Município e Programação Pactuada Integrada, com vistas à sua regionalização, e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades da demanda e programação orçamentária nas condições ofertadas pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**;
- 5.3- Os serviços objeto deste edital serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento contratado;
- 5.4- Para os efeitos deste edital, consideram-se profissionais do estabelecimento contratado;
 - 5.4.1- O membro de seu corpo clínico e de profissionais;
 - 5.4.2- O profissional que tenha vínculo de emprego com o contratado;
 - 5.4.3- O profissional autônomo que presta serviços ao contratado, comprovado através de instrumento próprio;
- 5.5- O corpo clínico deverá comprovar os títulos de especialistas registrados em órgão competente;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 5.6- Caso o estabelecimento contratado não inicie os serviços nos prazos determinados pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, através da COORDENAÇÃO DE LABORATORIO, por motivos injustificados, avaliados pela COORDENAÇÃO DE LABORATORIO, o SAH/HSJB poderá rescindir o contrato, extrajudicialmente, mediante simples notificação, sujeitando-se, ainda, às demais sanções na legislação pertinente;
- 5.7- O **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** poderá exigir do estabelecimento contratado o afastamento ou substituição, incontinenter, de qualquer empregado ou preposto seu, se considerar inconveniente a permanência deles na linha dos serviços contratados;
- 5.8- A Fiscalização e Supervisão efetuadas pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, através da COORDENAÇÃO DE LABORATORIO, que se reserva o direito de recusar os serviços quando estes não estiverem sendo prestados dentro das normas contratuais, assim como exigir a sua adequação quando não corresponderem aos termos pactuados;
- 5.9- Abrange competência da Fiscalização do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, aprovar, auditar, revisar e glosar os documentos comprobatórios de execução dos serviços, conforme disposições contidas no item 7.8 deste edital, que observará, no que couberem, as informações atinentes ao número e qualidade dos atendimentos, bem como demais elementos que julgarem necessários, para o fiel cumprimento do contrato em prol do interesse público;
- 5.10- Fica o estabelecimento contratado obrigado a supervisionar e fiscalizar seus serviços, sem prejuízo das prerrogativas do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, fornecendo por sua conta toda mão-de-obra, bem como os equipamentos, medicamentos, materiais de consumo e ferramentas, necessários à perfeita execução dos serviços, sendo que os mesmos estarão incluídos no preço proposto;
- 5.11- O estabelecimento contratado se obriga ainda a:
- 5.11.1- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo de 10 (dez) anos, ressalvados outros prazos previstos em lei;
 - 5.11.2- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
 - 5.11.3- Atender o paciente com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
 - 5.11.4- Afixar aviso, em local visível, quadro de 60cm x 50cm, sua condição de integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
 - 5.11.5- Utilizar obrigatoriamente em seus impressos o logotipo do SUS, correndo o ônus de tal serviço por sua conta;
 - 5.11.6- Justificar tecnicamente, por escrito ao paciente, ou ao seu representante as razões técnicas alegadas quanto da decisão pela não realização de qualquer serviço profissional contido no contrato;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 5.11.7- Atender ao paciente em suas instalações, sempre no horário agendado, procurando evitar atrasos, e caso ocorra algum imprevisto que impossibilite o atendimento na data e horário marcado, justificar tecnicamente, ao paciente ou ao seu representante, as razões por sua não realização ou de qualquer outro serviço contido no contrato, e comunicar, por escrito, a **CONTRATANTE**, para novo agendamento. Se ocorrerem quaisquer problemas relacionados ao atendimento dos pacientes encaminhados pela **CONTRATANTE**, entrar em contato com o Setor Técnico;
 - 5.11.8- Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre usuários;
 - 5.11.9- Notificar ao **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** de eventual alteração em sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR**, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
 - 5.11.10- Disponibilizar, mensalmente, a programação de agendamento diário de acordo com a capacidade física contratada;
 - 5.11.11- Encaminhar ao **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** Declaração assinada pelo paciente, onde comprova a gratuidade na realização dos exames;
 - 5.11.12- Manter instalações base territorial no Município de Volta Redonda, RJ, para realização dos serviços objeto deste edital;
- 5.12- O fluxo de encaminhamento será disponibilizado pelo **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR**.

6- DA CONTRATAÇÃO:

- 6.1- As obrigações decorrentes desta convocação pública, serão estabelecidas através de contrato, devendo ser assinado por representante legal do estabelecimento interessado ou por procurador com poderes para tal fim, mediante comprovação através de contrato social ou instrumento equivalente e procuração, respectivamente, juntamente com a cópia da cédula de identidade no prazo de 02 (dois) dias úteis, após recebimento da notificação, admitindo-se a prorrogação deste prazo por mais uma (1) vez por igual período;
- 6.2- O contrato será celebrado com estrita observância aos termos da minuta do Anexo VI deste edital, levando-se em consideração no tocante à quantidade de serviços para cada item, a desobrigação do **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** de contratar em sua totalidade com um único estabelecimento, mas sim naquela que lhe interessar, observando a carga operacional demonstrada, visando atender a demanda do **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR**;
- 6.3- O estabelecimento contratado é responsável por todos os ônus e obrigações concernentes às legislações fiscal, social, comercial, civil, tributária, previdenciária, securitária e trabalhista, decorrentes do contrato, respeitadas as demais leis que nelas interferiram, especialmente a relacionada com a segurança do trabalho. Os ônus e obrigações referidas, em nenhuma



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- hipótese poderão ser transferidos para o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** ou para o Ministério da Saúde;
- 6.4- O estabelecimento contratado é o único responsável por todos os danos e demais prejuízos que, a qualquer título, causar ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos na execução dos serviços, ficando desde já, o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência, possam surgir. A responsabilidade de que trata este subitem abrange a responsabilidade civil causada por ato ilícito praticado pelos empregados, profissionais ou prepostos do contratado, sem prejuízo dos danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos termos do artigo 14 da Lei nº 8078/90, que também ficarão ao encargo do estabelecimento contratado;
- 6.5- A eventual mudança de endereço do estabelecimento contratado será comunicada por intermédio de aviso ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados em outro endereço, podendo o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, após parecer daquele departamento, rever as condições do contrato, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente;
- 6.6- O estabelecimento contratado fica expressamente proibido de subcontratar parcial ou totalmente os serviços, sob pena de rescisão do contrato, sem que tenha direito à indenização de qualquer espécie, independentemente de ação, notificação de interpelação judicial ou extrajudicial;
- 6.7- O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado em igual período, mediante a feitura de Termo Aditivo por acordo entre as partes, devidamente justificado.
- 6.8- Mediante termo aditivo, e de acordo com a **capacidade operacional** do estabelecimento contratado e as necessidades do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, os contraentes poderão fazer acréscimo de até 25% (vinte e cinco por cento) nos valores limite do contrato durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**;
- 6.9- A presente convocação pública fundamenta-se no disposto no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93.

7- DO PAGAMENTO:

- 7.1- Para efeito de pagamento, o estabelecimento contratado deverá extrair nota fiscal/fatura mensalmente, acompanhada do laudo de recebimento emitido pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, nos moldes do subitem 7.8 deste edital, compreendendo descrição e quantidade dos serviços efetivamente prestados, devidamente conferidos e atestados pelo órgão competente do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, o qual no prazo máximo de 03 (três) dias úteis encaminhará à **COORDENAÇÃO DE FINANÇAS/SAH/HSJB**, que efetuará o **PAGAMENTO** até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao da efetiva prestação dos serviços;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 7.2- Em caso de atraso no pagamento efetuado pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** da fatura apresentada pela Contratada, esta fará jus à compensação financeira na forma de atualização monetária do respectivo valor, que será feita "pro rata die", para tal utilizando-se o menor índice de inflação divulgado pelos órgãos oficiais, sem prejuízo da incidência dos juros moratórios à taxa de 1% (um por cento) ao mês, "pro rata die";
- 7.3- Caso o pagamento devido seja antecipado pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, o respectivo montante sofrerá desconto proporcional, cujo valor será determinado pela variação "pro rata die" do menor índice de inflação divulgado pelos órgãos oficiais, correspondente aos dias de antecipação;
- 7.4- A compensação financeira e os juros moratórios a que se refere o subitem 7.2 não incidirão sobre os dias de atraso no adimplemento da obrigação ou da apresentação da respectiva fatura, caso o atraso seja decorrente de fato atribuível a Contratada (artigo 40, inciso XIV, alínea "d", da Lei 8.666/93).
- 7.5- Os preços referentes aos serviços serão aqueles propostos pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, constantes do quadro objeto deste edital, e serão **fixos e irrevogáveis** durante o prazo de vigência contratual. Após esse período, poderá ser permitido o reajuste no preço, utilizando-se no período acumulado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE;
- 7.6- Dentro do prazo de vigência do contrato, se for constatada que a prestação dos serviços não atende as condições contratuais, o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** se reserva o direito de suspender o pagamento até que sejam sanadas as irregularidades, sem que isso lhe acarrete encargos financeiros adicionais;
- 7.7- Qualquer pagamento devido ao estabelecimento contratado somente será efetuado mediante comprovação ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, de quitação das obrigações decorrentes no subitem 6.3 deste edital, vencidas até o mês anterior do pagamento;
- 7.8- Sem prejuízo do disposto acima, o valor das parcelas mensais devidas, de acordo com o contrato, somente será pago após comprovação pela Fiscalização do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, da perfeita prestação dos serviços e mediante apresentação de documentos comprobatórios da execução dos mesmos, aceitos pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, que emitirá Laudo de Recebimento para posterior pagamento;

8- DO RECURSO:

- 8.1- Contra todos os atos praticados pela Comissão Permanente de Licitação/HSJB/SAH, os interessados poderão exercer o direito de interpor recurso, previsto no artigo 109 da Lei nº 8.666/93;
- 8.2- O recurso deverá ser datilografado ou digitado e devidamente fundamentado, assinado pelo representante legal do interessado;
- 8.3- O recurso deverá ser protocolado dentro do prazo legal, junto à Comissão Permanente de Licitação/HSJB/SAH, das 08h30min às 12h00min e de 13h30min às 17h00min;
- 8.4- O recurso interposto fora do prazo não será conhecido.



9- DAS PENALIDADES

- 9.1- O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo estabelecimento contratado será caracterizado como inadimplência, ficando sujeito a multa diária correspondente a 0,1% (um décimo por cento) do valor do contrato, por dia de atraso que se verificar na prestação dos serviços, ou por constatação, pela fiscalização, da ausência de qualidade do serviço prestado, facultada a defesa prévia do estabelecimento contratado no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência da decisão, juntada no respectivo processo;
- 9.2- A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar ainda aplicação das seguintes penalidades:
- 9.2.1- Advertência;
- 9.2.2- Multa de 30% (trinta por cento) calculada sobre o valor do contrato pela inexecução total;
- 9.2.3- Multa de 10% (dez por cento) calculada sobre o valor do contrato pela inexecução parcial;
- 9.2.4- Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- 9.2.5- Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o estabelecimento contratado ressarcir a Administração por prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção, com base no subitem 9.1 deste edital.
- 9.3- Os prazos para defesa prévia serão de 05 (cinco) dias úteis, na hipótese de advertência, multa, ou impedimento de contratar com a administração; e de 10 (dez) dias úteis, na hipótese de declaração de inidoneidade;
- 9.4- As penalidades previstas são autônomas e suas aplicações cumulativas serão regidas pelo artigo 87, parágrafos 2º e 3º da Lei nº 8.666/93;
- 9.5- Os valores das multas aplicadas serão recolhidos aos cofres da Fazenda Pública Municipal, dentro de 03 (três) dias úteis da data de sua cominação, mediante guia de recolhimento, sendo os valores considerados como receita do SAH/HSJB.

10- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 10.1- A autoridade competente poderá, até a assinatura do contrato, inabilitar interessados, por despacho fundamentado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções cabíveis, se a Administração tiver notícia de qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento, que desabone sua idoneidade ou capacidade financeira, técnica ou administrativa;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 10.2- Fica reservado ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** a faculdade de anular, revogar, suspender ou adiar a convocação pública, de acordo com seus interesses, sem direito ao interessado a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação, observando os preceitos legais sobre a matéria;
- 10.3- A participação de interessado nesta convocação pública será considerada como prova evidente de sua aceitação e inteira submissão às normas deste edital, e demais normas aplicáveis;
- 10.4- É facultada a CPL/HSJB/SAH ou a autoridade superior, em qualquer fase desta convocação pública, a diligência destinada a esclarecer ou a completar a instrução do processo;
- 10.5- A despesa decorrente deste edital correrá à conta da dotação orçamentária 6.30.10.302.0269.2.003-3390.3900.00-630.060;
- 10.6- Quaisquer informações quanto aos termos deste edital serão prestadas pela **Comissão Permanente de Licitação/ SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** – Rua Nossa Senhora das Graças N. 235 – COLINA - Volta Redonda, RJ – **Telefones: (24) 3339-4246 ou email sah.cpl@hsjb.org.br**;
- 10.7- O presente é considerado completo se composto dos seguintes **ANEXOS**, que fazem parte integrante e complementar deste edital:

ANEXO I	Modelo de declaração – subitem 3.1.13 do Edital;
ANEXO II	Modelo de declaração – subitem 3.1.14 do Edital;
ANEXO III	Modelo de declaração – subitem 3.1.15 do Edital;
ANEXO IV	Modelo de declaração – subitem 3.1.16 do Edital;
ANEXO V	Modelo de declaração – subitem 3.1.17 do Edital;
ANEXO VI	Minuta do futuro contrato

Volta Redonda/RJ, 09 de NOVEMBRO de 2016.

JULIO CEZAR DE CARVALHO
CPL/HSJB/SAH



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 001/2016 **CPL/HSJB/SAH**

ANEXO I

MODELO DE DECLARAÇÃO (SUBITEM 3.1.13 DO EDITAL)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos, que a empresa _____, com CNPJ sob o nº _____, estabelecida na _____, tem disponibilidade para prestação de serviços técnico-profissionais especializados em exames de **EXAME ANAMOTOPATOLOGICO DO COLO UTERINO PEÇA CIRURGICA; EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA e EXAME DE CITOLOGIA**, aos usuários do SUS, nos moldes do subitem 3.1.13 do Edital de Convocação Pública nº 001/2016/CPL/HSJB/SAH.

Para tanto, e de acordo com nossa capacidade operacional, apresentamos nossa proposta nos termos que segue:

ITEM	QUANT. ANUAL	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
01		
02		
03		

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 001/2016.
CPL/HSJB/SAH

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO (SUBITEM 3.1.14 DO EDITAL)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos, que a empresa _____, com CNPJ sob o nº _____, estabelecida na _____, em atendimento ao disposto no subitem 3.1.14 do Edital de Convocação Pública nº 001/2016/CPL/HSJB/SAH, aceita executar os serviços técnico-profissionais especializados em exames de **EXAME ANAMOTOPATOLOGICO DO COLO UTERINO PEÇA CIRURGICA; EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA e EXAME DE CITOLOGIA**, aos usuários do SUS, nos preços fixados no quadro objeto do Edital ora mencionado.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 001/2016 **CPL/HSJB/SAH**

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO (SUBITEM 3.1.15 DO EDITAL)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos, em atendimento ao disposto no subitem 3.1.15 do Edital de Convocação Pública nº 001/2016/CPL/HSJB/SAH, que os sócios e/ou diretores da empresa _____, com CNPJ sob o nº _____, estabelecida na _____, não ocupam cargo, função de chefia ou assessoramento no âmbito do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** ou da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA



CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 001/2016
CPL/HSJB/SAH

ANEXO IV
MODELO DE DECLARAÇÃO (SUBITEM 3.1.16 DO EDITAL)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos, que a empresa _____, com CNPJ sob o nº _____, estabelecida na _____, possui capacidade operacional para prestação dos serviços técnico-profissionais especializados em exames de **EXAME ANAMOTOPATOLOGICO DO COLO UTERINO PEÇA CIRURGICA; EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA e EXAME DE CITOLOGIA**, aos usuários do SUS, em condições compatíveis com objeto do Edital de Convocação Pública nº 001/2016/CPL/HSJB/SAH, na forma do disposto no seu subitem 3.1.16.

Para tanto, indicamos nossa(s) instalação(ões), equipamento(s) e equipe médica, na forma seguinte:

INSTALAÇÕES:

(descrever toda área física do local de realização dos serviços).

EQUIPAMENTOS:

(descrever o(s) equipamento(s), com marca(s) e modelo(s), que será(ão) utilizados(s) na prestação dos serviços).

EQUIPE MÉDICA:

Descrever a equipe médica envolvida na prestação dos serviços.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 001/2016
CPL/HSJB/SAH

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO (SUBITEM 3.1.17 DO EDITAL)

DECLARAÇÃO

A empresa _____, com CNPJ sob o nº _____, estabelecida na _____, em atendimento ao disposto no subitem 3.1.17 do Edital de Convocação Pública nº 001/2016/CPL/HSJB/SAH, declara para os devidos fins e efeitos não atribuir trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) anos e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

(LOCAL E DATA)

NOME DA EMPRESA DO REPRESENTANTE LEGAL E ASSINATURA



CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº001/2016
CPL/HSJB/SAH

ANEXO VI
MODELO DO FUTURO CONTRATO

CONTRATO Nº/...../HSJB/SAH

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, que fazem o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, e a empresa

O **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, representado pelo Sr. Diretor Geral, **SEBASTIÃO FARIA DE SOUZA**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 015.707.577-04, residente nesta cidade, de um lado, e, de outro, a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, doravante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato por _____, _____, _____, portador da carteira de identidade nº _____, e do CPF nº _____, residente e domiciliado _____, assinam o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, de conformidade com o que consta do Processo Administrativo nº 1626/2016/HSJB/SAH, que se regerá, no que couber, pelas normas da Constituição Federal, pelas disposições contidas na Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), pela Norma Operacional Básica nº 01/93, pela Lei Federal nº 8.666/93, com alterações introduzidas pelas Leis de nºs 8.883/94 e 9.032/95, em especial de conformidade com o artigo 25 **caput** da Lei 8.666/93 e pelas cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

O presente contrato tem por objeto a execução, pela **CONTRATADA**, de serviços técnico-profissionais especializados para exames de _____, a serem prestados aos usuários do SUS, de acordo com o Edital da Convocação Pública nº 00/0000/CPL/HSJB/SAH, constante do Processo Administrativo nº 1626/2016/HSJB/SAH, observando as descrições e demais elementos do quadro abaixo:

ITEM	QUANT ANUAL	CÓDIGO SIA/SUS	DESCRIÇÃO	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
1					
2					
3					



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

PARÁGRAFO ÚNICO:

Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde do **MUNICÍPIO**, e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades da demanda e nas condições estabelecidas pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

A eventual mudança de endereço do estabelecimento da **CONTRATADA** será comunicada, por intermédio de aviso ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, após parecer, rever as condições deste contrato, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

PARÁGRFO ÚNICO:

Correrá por conta exclusiva da **CONTRATADA**, sem quaisquer ônus para o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, a execução dos serviços a serem prestados, conforme normas definidas neste contrato, os quais, serão prestados de acordo com os critérios de oportunidade e conveniência estabelecidos pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, que emitirá prévia autorização, por escrito, para aludida execução.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS NORMAS GERAIS:

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento contratado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO:

Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento contratado:

- 1- O membro de seu corpo clínico e de profissionais;
- 2- O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;
- 3- O profissional autônomo que presta serviços à **CONTRATADA**, comprovado através de instrumento próprio;

PARÁGRAFO SEGUNDO:

A **CONTRATADA** é a única responsável por todos os danos e demais prejuízos que, a qualquer título, causar ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos na execução dos serviços a serem realizados, ficando, desde já, o **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência possam surgir. A responsabilidade de que trata este parágrafo abrange a responsabilidade civil causada por ato ilícito praticado pelos empregados, profissionais ou prepostos da **CONTRATADA**, sem prejuízo dos danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos termos do artigo 14 da Lei nº 8078/90, que também ficarão ao encargo da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO:



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

A **CONTRATADA** não poderá cobrar do paciente ou de seu representante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados, e será pessoalmente responsável por qualquer cobrança indevida feita por profissional empregado ou preposto, em razão da execução dos serviços constantes deste contrato;

PARÁGRAFO QUARTO:

O **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** poderá exigir da **CONTRATADA** o afastamento ou substituição, incontinente, de qualquer empregado ou preposto seu, se considerar inconveniente a permanência deles na linha dos serviços contratados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OUTRAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA:

A **CONTRATADA** é responsável por todos os ônus e obrigações concernentes às legislações fiscal, social, comercial, civil, tributária, previdenciária, securitária e trabalhista decorrentes deste contrato, respeitadas as demais leis que nelas interfiram, especialmente a relacionada com a segurança do trabalho.

PARÁGRAFO PRIMEIRO:

Qualquer pagamento devido à **CONTRATADA** somente será efetuado mediante comprovação ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, de quitação com as obrigações decorrentes da presente cláusula, vencidas até o mês anterior do pagamento.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

Sem prejuízo do disposto no parágrafo acima, o valor das parcelas mensais devidas, de acordo com este contrato, somente será pago após comprovação pela fiscalização do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, da perfeita prestação dos serviços e mediante apresentação de documentos comprobatórios da execução dos mesmos, conferidos e aprovados pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, que emitirá Laudo de Recebimento que deverá ser encaminhado no prazo de 05 (cinco) dias à Coordenação de Finanças/HSJB/SAH, para posterior pagamento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

A **CONTRATADA** se obriga a:

- 1- Manter sempre atualizado o prontuário médico do pacientes e o arquivo médico;
- 2- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 3- Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 4- Afixar aviso, em local visível, de sua condição de integrante do Sistema Único de Saúde/SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR

Hospital São João Batista

RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ

CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL.: (24) 3339-4242 R-260

Emails.: cpl@hsjb.org.br -- sah.cpl@hsjb.org.br -- site: www.portalvr.com

- 5- Utilizar obrigatoriamente em seus impressos o logotipo do SUS, correndo o ônus de tal serviço por sua conta;
- 6- Justificar tecnicamente, por escrito ao paciente, ou ao seu representante, as razões pela não realização de qualquer serviço contido neste contrato;
- 7- Atender ao paciente em suas instalações, sempre no horário agendado, procurando evitar atrasos, e caso ocorra algum imprevisto que impossibilite o atendimento na data e horário marcados, justificar tecnicamente, ao paciente ou ao seu representante, as razões por sua não realização ou de qualquer outro serviço contido no contrato, e comunicar, por escrito, a **CONTRATANTE**, para novo agendamento. Se ocorrerem quaisquer problemas relacionados ao atendimento dos pacientes encaminhados pela **CONTRATANTE**, entrar em contato com o Setor Técnico;
- 8- Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre usuários;
- 9- Disponibilizar mensalmente a programação de agendamento diário, de acordo com a capacidade física contratada;
- 10- Encaminhar ao **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** Declaração assinada pelo paciente, onde comprova a gratuidade na realização dos exames;
- 11- Notificar o **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** de eventual alteração em sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR**, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da certidão da Junta comercial ou do Cartório do Registro Civil das pessoas jurídicas;
- 12- Dispor de profissional apto ao preparo de pacientes especiais e pediátricos.

CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO:

O **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR** pagará mensalmente à **CONTRATADA**, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme expressos do quadro constante na cláusula primeira deste instrumento.

O valor global do presente contrato é estipulado em R\$ 96.697,20 (noventa e seis mil seiscientos e noventa e sete reais e vinte centavos). O **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR**, empenhou em favor da **CONTRATADA**, à conta da dotação orçamentária nº 6.30.10.302.0269.2.003 – 3390.3900.00-630.060 (NE nº _____, de ___/___/___), a importância de R\$ _____(_____), para o exercício atual; sendo que nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.



PARÁGRAFO PRIMEIRO:

Os pagamentos serão efetuados até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao da efetiva prestação dos serviços, mediante apresentação da nota fiscal/fatura, devidamente processada, acompanhada do Laudo de Recebimento emitido pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, em conformidade com o parágrafo segundo, da Cláusula Quarta do instrumento em tela.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

Em caso de atraso no pagamento efetuado pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** da fatura apresentada pela **CONTRATADA**, esta fará jus à compensação financeira na forma de atualização monetária do respectivo valor, que será feita "pro rata die", para tal utilizando-se o menor índice de inflação divulgado pelos órgãos oficiais, sem prejuízo da incidência dos juros moratórios à taxa de 1% (um por cento) ao mês, "pro rata die";

PARÁGRAFO TERCEIRO:

Caso o pagamento devido seja antecipado pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, o respectivo montante sofrerá desconto proporcional, cujo valor será determinado pela variação "pro rata die" do menor índice de inflação divulgado pelos órgãos oficiais, correspondente aos dias de antecipação;

PARÁGRAFO QUARTO:

A compensação financeira e os juros moratórios a que se refere no Parágrafo Segundo não incidirão sobre os dias de atraso no adimplemento da obrigação ou da apresentação da respectiva fatura, caso o atraso seja decorrente de fato atribuível a Contratada (artigo 40, inciso XIV, alínea "d", da Lei 8.666/93).

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA:

O prazo de vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado em igual período, mediante a feitura de Termo Aditivo por acordo entre as partes, devidamente justificado.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Caso a **CONTRATADA** não inicie os serviços nos prazos determinados pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, por motivos injustificados, poderá rescindir este contrato, extrajudicialmente, mediante simples notificação, sujeitando-se, ainda, a **CONTRATADA** às demais sanções na legislação pertinente.

CLÁUSULA OITAVA - DA PROIBIÇÃO DE SUBCONTRATAR:

A **CONTRATADA** fica expressamente proibida de subcontratar parcial ou totalmente os serviços, sob pena de rescisão deste contrato, sem que tenha direito à indenização de qualquer espécie, independentemente de ação, notificação de interpelação judicial ou extrajudicial.



CLÁUSULA NONA - DOS REAJUSTES:

Os preços referentes aos serviços serão aqueles propostos pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, constantes do quadro objeto da Cláusula Primeira deste instrumento, e serão **fixos e irrevogáveis** durante o prazo de vigência contratual. Após esse período, poderá ser permitido o reajuste no preço, utilizando-se no período acumulado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA FISCALIZAÇÃO:

A fiscalização e supervisão efetuadas pelo **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, que se reserva no direito de recusar os serviços objeto deste contrato, quando não estiverem sendo prestados dentro das normas contratuais, assim como exigir a sua adequação quando não corresponderem os termos pactuados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO:

Abrange a competência de fiscalização do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, aprovar, auditar, revisar e glosar os documentos comprobatórios de execução dos serviços, conforme disposições contidas no parágrafo segundo da Cláusula Quarta, que observará, no que couber, as informações atinentes ao número e qualidade dos atendimentos, bem como demais elementos que julgar necessário, para o fiel cumprimento deste contrato em prol do interesse público.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

Fica a **CONTRATADA** obrigada a supervisionar e fiscalizar seus serviços, sem prejuízos das prerrogativas do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**, fornecendo por sua conta toda mão-de-obra, bem como os equipamentos, materiais de consumo e ferramentas necessárias à perfeita execução dos serviços ora contratados, sendo que os custos dos mesmos já estão incluídos no preço ora contratado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS MULTAS:

A **CONTRATADA** será punida com multa diária correspondente a 0,1% (um décimo por cento) do valor deste contrato, por dia de atraso que se verificar na prestação do serviço, ou por constatação, pela fiscalização, de ausência de qualidade dos serviços prestados, segundo cronograma fornecido, facultada a defesa prévia da **CONTRATADA** no prazo de 05 (cinco) dias úteis da ciência da decisão, juntada no respectivo processo.

A **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para regularização do acima aventado, sem prejuízo do direito conferido ao **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR** de rescindir unilateralmente o contrato e aplicar as demais sanções legalmente previstas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a **CONTRATADA** a aplicação das seguintes penalidades:

- 1) Advertência;



- 2) Multa de 30% (trinta por cento) calculada sobre o valor do contrato pela inexecução total;
- 3) Multa de 10% (dez por cento) calculada sobre o valor do contrato pela inexecução parcial;
- 4) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- 5) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a **CONTRATADA** ressarcir a Administração por prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção, com base no item anterior.

PARÁGRAFO PRIMEIRO:

Será ainda aplicada à **CONTRATADA** a multa pela ocorrência de cobrança de serviços a pacientes atendidos pelo SUS – Sistema Único de Saúde. A multa neste caso, será de 100% (cem por cento) do valor cobrado e deverá ainda a **CONTRATADA** promover a restituição dos valores cobrados ao paciente, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

Os prazos para defesa prévia serão de 05 (cinco) dias úteis, na hipótese de advertência, multa, cobrança indevida ou impedimento de contratar com a Administração ou de 10 (dez) dias úteis, na hipótese de declaração de inidoneidade.

PARÁGRAFO TERCEIRO:

As penalidades aqui previstas são autônomas e suas aplicações cumulativas serão regidas pelo artigo 87, parágrafos 2º e 3º da Lei Federal nº 8666/93.

PARÁGRAFO QUARTO:

Os valores das multas aplicadas serão recolhidos aos cofres da Fazenda Pública Municipal, dentro do prazo de 03 (três) dias úteis, da data de sua cominação, mediante guia de recolhimento, sendo que os valores serão considerados como receita do **SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO:

Independentemente de interpeação judicial, dar-se-á a rescisão administrativa do presente contrato sem que a **CONTRATADA** tenha direito à indenização de qualquer espécie, no caso de ocorrer uma das hipóteses previstas nos incisos I a XII do artigo 78 da Lei Federal nº 8666/93.



PARÁGRAFO PRIMEIRO:

A rescisão de que trata a presente cláusula acarretará à **CONTRATADA**, no que couber, as consequências de que trata o artigo 80 da Lei Federal nº 8666/93 sem prejuízos das demais sanções na lei e neste contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

A rescisão do presente contrato também poderá ocorrer no caso das hipóteses previstas nos incisos XIII e XVI do artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO TERCEIRO:

Ocorrerá rescisão amigável quando houver acordo entre as partes, desde que haja conveniência para Administração. A rescisão por qualquer causa não imputável à **CONTRATADA** implica no pagamento a ela de quantia equivalente aos serviços executados, apurados pela Fiscalização do **SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

Aplicam-se ao presente contrato cláusulas e disposições contidas na **CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 0001/2016/2016/CPL/HSJB/SAH**, constante do Processo Administrativo nº 1626/2016./HSJB/SAH, porventura omissas e não conflitantes com o presente instrumento

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO:

As partes contratantes, abrindo mão de qualquer privilégio, elegem o Foro da Comarca de Volta Redonda – RJ, para dirimir dúvidas oriundas deste contrato.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas para que produza os devidos e legais efeitos.

Volta Redonda,

p/ SERVIÇO AUTONOMO HOSPITALAR

CONTRATADA

Testemunha:

Testemunha: