

TERMO DE REFERÊNCIA

OBJETO: Contratação de empresa especializada para atendimento médico na área de **TERAPIA INTENSIVA** nas dependências do Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto, contemplando atendimento médico em (1) Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para Pacientes Adultos.

1. ESCOPO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

1.1. Atendimento médico em Terapia Intensiva nas dependências do Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto, contemplando:

1.1.2 Assistência Médica em Unidade de Terapia Intensiva para Adultos, em regime de plantão, 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, ininterruptamente, onde realizar-se-á a assistência necessária aos pacientes internados nessa ala, inclusive a realização dos procedimentos inerentes aos casos; prescrição de medicamentos, solicitação de exames laboratoriais e radiológicos utilizando prontuário eletrônico (SISHOSP).

1.1.3. Avaliação, quando solicitado, de pacientes internados fora da UTI quando, corroborando com o tratamento.

1.1.4. Participação em reuniões clínicas de equipe interdisciplinar e em cursos de aprimoramento de equipes do Hospital e da Rede de Saúde quando necessário;

1.1.5. Proporcionar resolutividade da assistência dentro dos padrões especificados e mesurados de forma impessoal, pelos indicadores de resultados.

1.1.6. Garantir que os atendimentos sejam baseados em protocolos clínicos sistematicamente atualizados e implantados na Instituição pela própria equipe, com livre acesso a todo profissional médico da Fundação.

2. LOCAL E PRAZO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. O serviço desse objeto será prestado no Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto, localizado na Rua Tamandaré nº. 434, Campos Elíseos, Município de Ribeirão Preto.

2.2. O prazo contratual será de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado pelo limite máximo de 60 (sessenta) meses mediante termo aditivo.

2.3 O início do serviço será dia **02 de janeiro de 2021**.

2.4. Não será permitida a subcontratação.

3. QUANTIDADE ESTIMADA

3.1 A estimativa de atendimento está limitada ao número máximo de leitos da UTI que são 10 (dez) leitos.

4. DOS REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO

4.1. A empresa contratada deverá apresentar a Relação de Profissionais que a compõem bem como possuir Equipe Técnica Qualificada, com profissionais (no exercício da função ou na supervisão/coordenação médica), habilitados através de (1) Título de Especialista pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Saúde, ou (2) pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Todos os componentes da equipe deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada do diploma ou certificado de conclusão do curso de medicina;
- b) Cópias dos comprovantes de experiência de, pelo menos, quatro anos de atividades médicas contínuas em UTI, emitidos formalmente pelas Instituições onde ocorreu a execução da referida atividade.
- c) Cópia autenticada da carteira profissional emitida pelo Conselho Regional de Medicina – CRM competente;
- d) Cópia da Carteira de Identidade e do CPF;
- e) Prova de Registro da empresa junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Lei 6.839/1980, art. 1.º). Poderá ser aceito o Protocolo de solicitação de registro da empresa junto ao CREMESP.

5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1. Cumprir os procedimentos contratados referentes à especialidade através de profissionais qualificados, obedecendo todos os critérios inseridos na RDC7 de 24 de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde.

5.2. Confeccionar relatórios médicos quando solicitados.

5.3. Realizar atendimento humanizado com monitoramento da qualidade, manutenção do melhor relacionamento médico-paciente com índice de resolutividade dentro dos padrões especificados no Regimento Interno do Hospital.

5.4. Garantir a continuidade da prestação, de forma a assegurar que na eventual ausência, falta ou férias haja a reposição dos profissionais.

5.6. Garantir a qualidade e uniformidade dos serviços, em conformidade com a Legislação Sanitária vigente e as técnicas usualmente aplicáveis.

5.7. Planejar, organizar, supervisionar e controlar o serviço e o seu pessoal, do ponto de vista técnico, operacional e administrativo.

5.8. Responsabilizar-se pelos encargos fiscais, sociais, comerciais e trabalhistas que lhe couberem, em razão do presente e decorrente de sua atividade em relação aos profissionais contratados ou que por qualquer forma venha a lhe prestar serviços, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, serão transferidos para a Contratante.

5.9. Atender aos indicadores quantitativos definidos nas metas do Convênio 048/2016 estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Fundação Hospital Santa Lydia, conforme quadro demonstrativo:

| Item | Indicador | Meta | Variação |
|------|---|---|------------------------------------|
| 1 | Taxa de Ocupação Média Mensal da UTI adulto. Obs: avaliação desse índice será retroativa a 4 meses. | ≥90 % | ≥90 % |
| | | | 89% até 85% |
| | | | 84% até 80% |
| | | | ≤ 79% |
| 2 | Média de permanência UTI adulto | 07 dias | ≤ 07 dias |
| | | | 7,1 até 10 dias |
| | | | 10,1 até 13 dias |
| | | | ≥ 13,1 dias |
| 3 | Implantação e adoção de 5 protocolos clínicos. | Possuir os seguintes protocolos clínicos: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico, insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia comunitária e sepse. | Sim = pontuar Não = não pontuar |
| 4 | Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes da UTI | Realizar no mínimo 2 atividades de educação permanente no ano. | Sim = pontuar Não = não pontuar |

5.9.1 Indicadores e metas dos leitos de UTI Adulto da rede cegonha:

| Item | Indicador | Meta | Variação |
|------|--|--|------------------------------------|
| 1 | Garantia de leito de UTI adulto para gestante e ou puérpera quando necessário. | Não existência de reclamação da Central de Regulação de Urgência, Ouvidoria e ou no DIECA. | Não = pontuar Sim = não pontuar |
| 2 | Implantação e adoção de 03 protocolos | Possuir os seguintes protocolos: tratamento de eclampsia, síndrome de HELLP e hemorragias do 3º trimestre de gestação. | Sim = pontuar Não = não pontuar |

6. FORMA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

6.1. Deverá ser nomeado 01 (um) profissional para ser o Responsável pela execução dos serviços contratados dos demais profissionais.

6.2. A CONTRATADA deverá fornecer previamente, com quinze dias de antecedência, uma ESCALA MENSAL DA EQUIPE MÉDICA, que deverá conter o número de telefone de contato do médico.

6.3. No período de plantão estabelecido deverá contemplar realização da função como descrito no item 1.1.3 deste edital.

6.4. A assistência deverá seguir os procedimentos e fluxos estabelecidos pelo Hospital.

7. FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

7.1. A Diretoria Técnica do Hospital será responsável pelo acompanhamento e execução do contrato e fiscalizará os serviços prestados pela CONTRATADA.

7.2. O exercício de fiscalização constante, não exime a CONTRATADA da responsabilidade que assumiu, no tocante à boa qualidade dos serviços prestados.

7.3. Não obstante a empresa CONTRATADA ser única e exclusiva responsável pela execução dos serviços objeto dessa contratação é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e

completa fiscalização dos serviços, diretamente ou por preposto designado, podendo para isso:

7.3.1. Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, verificando in loco os atendimentos, assim como os registros dos prontuários dos pacientes. No caso de inconformidades, rejeitar a produção apresentada total ou parcialmente desde que por motivos imputáveis à CONTRATADA, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

7.3.2. A fiscalização dos serviços pela CONTRATANTE não exclui nem diminui a completa responsabilidade da CONTRATADA por qualquer inobservância ou omissão às cláusulas do contrato.

7.3.4. Aprovar as faturas de prestação de serviços somente dos serviços efetivamente executados.

7.3.5. Proceder à verificação do(s) relatório(s) com a relação dos serviços executados, descontando-se do valor devido o equivalente ao não cumprimento dos serviços contratados, na hipótese dos motivos serem imputados à CONTRATADA, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

8. PRAZO DE VIGÊNCIA:

8.1 O prazo de vigência da contratação será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogável por até 60 (sessenta) meses, mediante termo aditivo.

9. REMUNERAÇÃO

9.1. A forma de remuneração do contrato se realizará da seguinte forma: componente fixo mais componente variável.

9.1.1. Entende-se por componente fixo o **valor mensal** do contrato **FIXO** a ser prestado diariamente.

9.1.2. Entende-se por componente variável o valor correspondente a 100% dos honorários médicos relativos à produtividade realizada e recebida do mês correspondente, conforme média de faturamento abaixo;

| Valores de Honorário Médico UTI Adulto - Internação | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| CONVÊNIO | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maior | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Média |
| SUS Internação | 5.390,48 | 11.221,70 | 12.323,88 | 12.661,42 | 12.455,37 | 13.925,08 | 17.574,70 | 11.515,04 | 11.180,83 | 12.027,61 |
| Iamspe | 3.600,00 | 5.280,00 | 5.040,00 | | 480,00 | 6.960,00 | 8.880,00 | 7.680,00 | 8.400,00 | 5.790,00 |
| S.F.S | | | | | 3.199,50 | | | | | 3.199,50 |
| Unimed | | | | | | | | | 105,00 | 105,00 |
| Santa Casa Saúde | | | | | | | | | 4.650,00 | 4.650,00 |
| Total | 8.990,48 | 16.501,70 | 17.363,88 | 12.661,42 | 16.134,87 | 20.885,08 | 26.454,70 | 19.195,04 | 24.335,83 | 18.058,11 |

9.1.3 Para composição do valor total mensal da PROPOSTA DE PREÇO deverá ser apresentado somente o valor correspondente ao componente FIXO.

Valor da Proposta de Preço = Componente Fixo

10. FORMA DE PAGAMENTO:

10.1. O pagamento será realizado mensalmente, todo dia 20 (vinte) de cada mês, subsequente ao da prestação do serviço, após a conferência do plantão fixo e da produtividade do mês correspondente mediante emissão da respectiva nota fiscal de serviços.

10.2 O eventual atraso na entrega da nota fiscal acarretará em correspondente e proporcional atraso no pagamento, sem qualquer penalização ou atualização monetária.

10.3 Caso se constate alguma irregularidade na nota fiscal emitida pela CONTRATADA, esta será devolvida para correção, sendo restabelecido o prazo de 5 (cinco) dias úteis para o pagamento, a contar do recebimento pela CONTRATANTE, do documento já corrigido.

10.4 Estão incluídos na remuneração dos serviços contratados todos os tributos, inclusive contribuições fiscais e parafiscais, previdenciários e encargos trabalhistas, além de quaisquer outras despesas necessárias à execução do contrato.