

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

1

## CHAMAMENTO PÚBLICO

### EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 006/2018

A **FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA – FHSL**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o n.º 13.370.183/0001-89, com sede à Rua Tamandaré, n.º 434, Campos Elíseos, com base no processo n.º 09/2017, comunica aos interessados a abertura do procedimento de credenciamento na área médica, para contratação de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos em caráter de plantão presencial, conforme especificações constantes neste Edital e nos termos da Lei 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com alterações promovidas pela Lei 13.429, de 31 de março de 2017.

#### I - O OBJETO

1.1. Este procedimento tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos em Pronto atendimento urgência e emergência adulto e em pediatria, Pronto atendimento em Psiquiatria; Ambulatório de Cardiologia Clínica, Ambulatório de atenção básica – Clínica Médica / Ginecologia e Obstetrícia / Pediatria; Ambulatório de Especialidade médicas, nas seguintes áreas: VASCULAR, NEUROLOGIA, PNEUMOLOGIA, PROCTOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, OBSTETRÍCIA (MÉDIO RISCO), ELETROENCEFALOGRAFIA DE ADULTO E INFANTIL, ULTRASSONOGRRAFIA – USG (ADULTO E INFANTIL) – USG TRANSVAGINAL / USG OBSTÉTRICO / USG ABDOME SUPERIOR / USG PÉLVICO / USG APARELHO URINÁRIO; em caráter de plantão, nos termos deste Edital e seus Anexos.

#### II - DA INSCRIÇÃO E DO CREDENCIAMENTO

2.1. O credenciamento se dará para atendimento médico:

2.1.1. Em pronto atendimento adulto e pediátrico nos setores de urgência e emergência nas unidades da Fundação e conveniadas, nos eixos de atendimento verde, amarelo e vermelho, observando-se a qualificação mínima exigida para cada um dos eixos de atendimento e as especialidades requeridas, conforme o caso, nos termos deste Edital e seus Anexos.

2.1.2. Em pronto atendimento psiquiátrico nos setores de urgência e emergência nas unidades da Fundação e conveniadas, observando-se a qualificação mínima exigida para cada um dos eixos de atendimento e as especialidades requeridas, conforme o caso, nos termos deste Edital e seus Anexos.

2.1.3. Em Ambulatório de Cardiologia Clínica, em regime ambulatorial e em caráter de plantão, nas unidades da CONTRATANTE e conveniadas, observando-se a qualificação mínima exigida para especialidade requerida, nos termos deste Edital e seus Anexos.

2.1.4. Em Ambulatório de Atenção Básica – Ginecologia e obstetrícia; Clínica Médica; Pediatria; em regime ambulatorial e em caráter de plantão nas unidades da CONTRATANTE e conveniadas, observando-se a qualificação mínima exigida para especialidade requerida, nos termos deste Edital e seus Anexos.

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

2

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

2.1.5. Em Ambulatório de Especialidades Médicas, nas seguintes áreas: VASCULAR, NEUROLOGIA, PNEUMOLOGIA, PROCTOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, OBSTETRICIA (MÉDIO RISCO), ELETROENCEFALOGRAFIA DE ADULTO E INFANTIL, ULTRASSONOGRRAFIA – USG (ADULTO E INFANTIL) – USG TRANSVAGINAL / USG OBSTÉTRICO / USG ABDOME SUPERIOR / USG PÉLVICO / USG APARELHO URINÁRIO; em regime ambulatorial e em caráter de plantão nas unidades da CONTRATANTE e conveniadas, observando-se a qualificação mínima exigida para especialidade requerida, nos termos deste Edital e seus Anexos.

2.2. Poderão participar do presente credenciamento as pessoas jurídicas que satisfaçam as condições estabelecidas neste Edital.

2.3. A solicitação de credenciamento será efetivada mediante preenchimento de formulário de inscrição, fato que implica na aceitação integral e irrevogável dos termos e conteúdos deste Edital, dirigida à Comissão Especial de Credenciamento.

2.3.1. As inscrições estarão abertas de 01/01/2019 até as 17:00 horas do dia 31/12/2019, mediante formulário disponível no site: <http://www.hospitalsantalydia.com.br> – Anexo I deste (EDITAL).

2.4. O interessado deverá apresentar juntamente com o formulário de inscrição, na Central de Plantões, os documentos que comprovem atender as exigências previstas neste Edital.

2.5. Além do formulário constante do Anexo I e das declarações constantes dos Anexos IV e V, ambos devidamente preenchidos e assinados, os seguintes documentos, em original ou por cópia autenticada em tabelionato, deverão ser apresentados para análise da inscrição e deferimento do credenciamento:

2.5.1. Contrato Social, acompanhados das alterações, devidamente registradas e de acordo com o disposto no art. 4.º-B da Lei 6.019, de 3 de janeiro de 1974, introduzido pela Lei 13.429, de 31 de março de 2017;

2.5.2. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

2.5.3. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipais da sede ou domicílio do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade;

2.5.4 Comprovante de regularidade fiscal com a Fazenda Pública Federal e com a Fazenda Municipal da sede ou domicílio;

2.5.5. Prova de regularidade relativa a Seguridade Social;

2.5.6. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço- FGTS;

2.5.7. Relação dos Profissionais que compõem a equipe técnica da empresa proponente, acompanhado dos documentos necessários para credenciamento do corpo técnico, nos termos de Edital, em especial:

2.5.7.1. Cópias do CPF/MF e RG;

2.5.7.2. Cópia autenticada do diploma ou certificado de conclusão do curso de medicina e registro no Conselho Regional de Medicina;

2.5.7.3. Cópia autenticada da Carteira Profissional emitida pelo Conselho Regional de Medicina competente;

2.5.7.4. Cópias dos Títulos de Qualificação emitidos por entidades oficiais, nos termos deste Edital.

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

3

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

2.5.8. Prova de registro da empresa junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Lei 6.839/1980, art. 1.º).

2.5.9. A sociedade deverá demonstrar a forma de vínculo jurídico entre a CONTRATADA e o profissional integrante do corpo clínico, admitindo-se a vinculação societário (comprovada mediante contrato ou estatuto social), de prestação de serviços (contrato) ou vínculo trabalhista (CTPS).

2.6. Os inscritos devem apresentar, juntamente com o formulário de inscrição, os documentos originais e cópias autenticadas, constantes do Anexo II, na CENTRAL DE PLANTÕES, no endereço abaixo.

CENTRAL DE PLANTÕES: Avenida 13 de Maio, n.º 353 | Informações pelo telefone (16) 3977-9179 | (16) 3977-9170.

2.7. A habilitação do interessado ocorrerá à medida que as documentações forem sendo entregues, devidamente em ordem, e processadas pela Comissão Especial, com a colaboração dos setores competentes da Fundação.

2.8. Serão credenciados todos aqueles inscritos que atenderem as exigências deste Edital.

2.9. A Comissão Especial poderá convocar os inscritos ou proceder à diligência para esclarecimentos acerca dos documentos e informações apresentados.

2.10. O procedimento de credenciamento conterà as seguintes etapas:

- I) Chamamento Público;
- II) Análise da habilitação;
- III) Credenciamento dos habilitados;
- IV) Contratação.

## III - DA HABILITAÇÃO

3.1. As empresas credenciadas estarão habilitadas para contratação, observados os requisitos específicos para cada eixo de atendimento e a qualificação de seu corpo técnico.

3.2. As empresas serão habilitadas segundo critérios previstos neste Edital e seus Anexos, conforme a qualificação de seu corpo técnico.

3.3. Não serão credenciados neste edital bem como em editais futuros, empresas e ou profissionais que tenham sido descredenciados ou rompido o contrato por justa causa ou infração contratual em editais anteriores, inclusive de profissionais que tenham eventuais contratos individuais de trabalho rescindidos durante o período de experiência ou em virtude de demissão por justa causa no âmbito desta Fundação ou da municipalidade.

## IV – DA CONTRATAÇÃO

4.1. A convocação dos credenciados para a contratação será feita observando a ordem de credenciamento, a disponibilidade de escalas e a disponibilidade do contratado.

4.2. O pagamento do contratado observa o disposto na Minuta do Contrato (Anexo VI), parte integrante deste Edital.

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

4

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

4.2.1. A base de cálculo do valor de plantão será reajustada, em acordo entre as partes sempre em dezembro do ano subsequente, para vigor para o mês subsequente, junto ao novo edital de credenciamento, de acordo com os provisionamentos financeiros desta Fundação.

O pagamento terá como base de cálculo inicial o valor de:

4.2.2. R\$ 100,00 (cem reais) hora/plantão para plantão de pronto atendimento adulto e R\$ 110,00 (cento e dez reais) hora/plantão para plantão de pronto atendimento em pediatria.

4.2.3. R\$ 120,00 (cento e vinte reais) hora/plantão para plantão de pronto atendimento psiquiátrico.

4.2.4. R\$ 115,00 (cento e quinze reais) hora/plantão para plantão de ambulatório de cardiologia.

4.2.5. R\$ 100,00 (cem reais) hora/plantão para plantão em ambulatório de atenção básica em clínica médica e ginecologia e obstetrícia; R\$ 110,00 (cento e dez reais) hora/plantão para plantão em ambulatório de atenção básica em pediatria;

4.2.5. R\$ 110,00 (cento e dez reais) hora/plantão para plantão em ambulatório de especialidades médicas, nas seguintes áreas: VASCULAR, NEUROLOGIA, PNEUMOLOGIA, PROCTOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, OBSTETRICIA (MÉDIO RISCO), ELETROENCEFALOGRAFIA DE ADULTO E INFANTIL, ULTRASSONOGRAFIA – USG (ADULTO E INFANTIL) – USG TRANSVAGINAL / USG OBSTÉTRICO / USG ABDOME SUPERIOR / USG PÉLVICO / USG APARELHO URINÁRIO

4.3. A quantidade de plantões será distribuída equitativamente entre as empresas credenciadas, conforme a disponibilidade, necessidades de escalas e habilitação por especialidade, setor e por eixo no pronto atendimento (verde, amarelo e vermelho).

4.4. Aplica-se as contratações provenientes do presente processo de credenciamento as disposições do Código Civil e da Lei 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com alterações promovidas pela Lei 13.429, de 31 de março de 2017, com relação aos contratos de prestação de serviços à terceiros (arts. 4.º-A, 4.º-B, 5.º-A, 5.º-B, 19-A, 19-B e 19-C).

## V – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. São partes integrantes do presente Edital:

5.1.1. Anexo I – Formulário de inscrição e Relação do Corpo Técnico;

5.1.2. Anexo II – Critérios de Habilitação;

5.1.3. Anexo III – Valores do serviço;

5.1.4. Anexo IV – Declaração n.º 1;

5.1.5. Anexo V – Declaração n.º 2;

5.1.6. Anexo VI – Minuta do Contrato;

5.1.7. Anexo VII – Portaria da Comissão Especial.

5.1.8. Anexo VIII – Cadastro do Profissional no CNES.

5.2. À Fundação reserva-se o direito de promover qualquer diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo de credenciamento.

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

5

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

5.3. Os interessados deverão acompanhar as modificações e os esclarecimentos sobre este Edital, disponibilizados na forma de aditamentos, esclarecimentos e comunicados, no site da Fundação, correndo por inteira responsabilidade dos interessados a retirada do presente instrumento convocatório e o acompanhamento das atualizações efetuadas pela Fundação.

5.4. À FUNDAÇÃO reserva-se o direito de revogar ou anular o presente procedimento, no todo ou em parte, por interesse administrativo, vício, ilegalidade, de ofício ou mediante provocação, bem como adiá-la, alterar as condições técnicas ou prorrogar o prazo para o recebimento e abertura das propostas, descabendo em tais circunstâncias, quaisquer reclamações ou direito à indenização.

5.5. Maiores informações serão prestadas aos interessados no horário comercial das 9:00 às 12:00 e das 14:00 as 17:00, na Central de Plantões, cujo endereço consta no item 2.3.1.

5.6. A partir da publicação dos habilitados, terão os interessados 02 (dois) dias úteis para entrar com recurso, dirigido a Comissão Especial de Credenciamento, o qual deverá ser apresentado em 02 (duas) vias, sendo uma para protocolo, junto a Central de Plantões no horário das 09:00 às 16:00 horas.

5.7. Todos os contratos derivados de Editais de Credenciamento anteriores, vigentes ou com efeitos jurídicos derivados em andamento ficarão prejudicados a partir da vigência deste Edital, cabendo à pessoa jurídica se ajustar nas condições aqui estabelecidas, sob pena de resolução da avença anterior e impedimento de prestação de serviços à Fundação.

5.7.1. A partir da publicação deste Edital, as pessoas jurídicas que mantenham contratos derivados de Editais de Credenciamento anteriores terão o prazo de até 60 (sessenta) dias para se adequar aos termos do presente, sob pena de exclusão da escala, rescisão e impedimento de prestação de serviços até eventual novo credenciamento.

5.8. Os casos omissos serão resolvidos estritamente pela Comissão Especial de Credenciamento.

Ribeirão Preto/SP, 21 de novembro de 2018.

Dr. Luciano Bertipaglia Fiori Presidente da Comissão Especial – Diretor de Gerência Médica Avançada

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

6

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## ANEXO I

### FICHA DE INSCRIÇÃO – POR PROFISSIONAL

#### 1-) IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL:

EMPRESA:

CNPJ:

OPÇÃO DE ESPECIALIDADE:

- ( ) PRONTO ATENDIMENTO ADULTO; ( ) PRONTO ATENDIMENTO EM PEDIATRIA;  
( ) PRONTO ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO CARDIOLOGIA CLÍNICA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO CLÍNICA MÉDICA - ATENÇÃO BÁSICA; ( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO PEDIATRIA – ATENÇÃO BÁSICA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO GINECOLOGIA – ATENÇÃO BÁSICA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE VASCULAR;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE NEUROLOGIA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE PNEUMOLOGIA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE PROCTOLOGIA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE OTORRINOLARINGOLOGIA;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE OBSTETRICIA (MÉDIO RISCO);  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE ELETROENCEFALOGRAFIA DE ADULTO E INFANTIL;  
( ) PLANTÃO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIDADE ULTRASSONOGRAFIA – USG (ADULTO E INFANTIL) – USG TRANSVAGINAL / USG OBSTÉTRICO / USG ABDOME SUPERIOR / USG PÉLVICO / USG APARELHO URINÁRIO

#### 2-) IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL/ENDEREÇO/MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Nome:

CRM:

Nacionalidade:

RG:

CPF/MF:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro/Distrito:

CEP:

Município:

UF:

DDD/Telefone:

WhatsApp:

DDD/FAX:

DDD/Telefone recado:

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

7

Correio eletrônico (e-mail):

Ou outro meio de comunicação:

Local/Data

Assinatura

<b>EMPRESA</b>		<b>CRM</b>	
<b>EDITAL</b>	<b>006/2018</b>	<b>VÁLIDO</b>	<b>31/12/2019</b>
<b>Responsável Técnico</b>		<b>CRM</b>	
<b>CORPO TÉCNICO</b>			
<b>Nome</b>	<b>CRM</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>HABILITAÇÃO PARA PLANTÃO EM</b>
<i>* Informar no campo de habilitação os eixos de atendimento, conforme qualificação e documentação comprobatória exigida no Edital.</i>			

## ANEXO II

### CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO – EDITAL 006/2018

1. As pessoas jurídicas interessadas no presente processo de credenciamento deverão comprovar a capacidade técnica de seus profissionais, nos termos deste Edital.
2. O profissional integrante do corpo técnico da pessoa jurídica interessada não poderá ter a qualidade de empregado desta Fundação, por vínculo celetista.
3. O profissional integrante do corpo técnico da pessoa jurídica deverá dispor de total compatibilidade de carga horária disponibilizada aos plantões à Fundação, devendo ainda ser observada as restrições quanto a acumulação de cargos ou empregos públicos nos termos do art. 37, XVI da Constituição Federal.
4. A Fundação se resguarda no direito de indeferir a admissão de profissional derivado do corpo técnico da pessoa jurídica interessada em virtude de prévia inexecução contratual ou outras causas desabonadoras, inclusive as descritas neste Edital.
5. Durante a execução do contrato, a Fundação se resguarda no direito de deixar de incluir em escala, de forma temporária ou definitiva, o profissional que não se comportar de modo apropriado às determinações técnicas e normativas ou que viole a qualquer das condições estabelecidas neste Edital.

### PRONTO ATENDIMENTO ADULTO

#### Área: ATENDIMENTO ADULTO

*Setor vermelho:* profissional médico de maior conhecimento técnico, experiência profissional e residência em áreas de atuação vinculadas a urgência e emergência e capacitação em cursos específicos em urgência e emergência médica e habilitado conforme previsto neste Edital.

*Requisitos de habilitação:* Curso Superior em Medicina e Cursos de Urgências e Emergências ( ATLS Advanced Trauma Life Support ou ACLS - Advanced Cardiac Life Support ou PALS Advanced Pediatric Life Support ou PEMC Programa de Educação Médica Continuada) ou Residência Médica nas especialidades: Cirurgia Geral, Anestesiologia e Terapia Intensiva. Registro no Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

*Setor amarelo:* profissionais de conhecimento médico e experiência profissional que possibilitem o atendimento ao risco moderado e habilitado conforme previsto neste Edital.

*Requisitos de habilitação:* Curso Superior em Medicina e Cursos de Urgências e Emergências (ATLS Advanced Trauma Life Support ou ACLS - Advanced Cardiac Life Support ou PALS Advanced Pediatric Life Support ou PEMC Programa de Educação Médica Continuada) ou Residência Médica em Especialidade. Registro no Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

*Setor verde:* profissional médico com certificação de conclusão médica e habilitado conforme previsto neste Edital:

*Requisitos de habilitação:* Curso Superior em Medicina e Registro no Conselho Regional de Medicina de São Paulo.



# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

9

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## **Área: ATENDIMENTO EM PEDIATRIA**

*Requisitos de habilitação: Profissional com formação preferencial em Residência Médica em Pediatria reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura, (2) Residência Médica em Pediatria reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB). Requisitos básicos Profissionais com Curso Superior em Medicina e Registro no Conselho Regional de Medicina de São Paulo.*

## **PRONTO ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA**

### **Área: Psiquiatria.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Psiquiatria reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Psiquiatria reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB); (3) Especialização em psiquiatria reconhecida pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP; ou Experiência comprovada de atuação na referida área por pelo menos, um ano.*

## **AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA CLÍNICA**

### **Área: Cardiologia Clínica.**

*Requisitos de habilitação específicos: Residência Médica em Cardiologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura, experiência comprovada de atuação na referida área por pelo menos, um ano ou; - 01 (um) ano completo de residência médica em Clínica Médica, seguido de 02 (dois) anos completos de residência médica em Cardiologia, em programa reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, além de experiência comprovada de atuação na referida área de no mínimo um ano ou; - Título de Especialista em Cardiologia homologado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, além de experiência comprovada de 02 (dois) anos atuando na referida área.*

## **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM ATENÇÃO BÁSICA**

### **Área: Clínica Médica.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Clínica Médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Clínica Médica reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou Experiência comprovada de atuação na referida área por pelo menos, dois anos.*

### **Área: Ginecologia e Obstetrícia.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura, (2)*

*Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB).*

## **Área: Pediatria.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Pediatria reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura, (2) Residência Médica em Pediatria reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB).*

## **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

### **Área: VASCULAR.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Cirurgia Vascular reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Cirurgia Vascular reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Cirurgia Vascular/Angiologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade.*

### **Área: NEUROLOGIA.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Neurologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Neurologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Neurologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade.*

### **Área: NEUROLOGIA INFANTIL.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Neuropediatria ou Neurologia (com comprovada atuação em Neurologia infantil) reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Neuropediatria ou Neurologia (com comprovada atuação em Neurologia infantil) reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB); (3) Título de Especialista em Neuropediatria ou Neurologia (com comprovada atuação em Neurologia infantil) pela Sociedade Brasileira da referida especialidade.*

### **Área: DERMATOLOGIA.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Dermatologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Dermatologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade.*

### **Área: GASTROENTEROLOGIA.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestório ou em Gastroenterologia Clínica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestório ou em Gastroenterologia Clínica reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Cirurgia do Aparelho Digestório ou em Gastroenterologia Clínica pela Sociedade Brasileira da referida especialidade. Residência Médica em Cirurgia Geral ou Clínica Médica com atuação comprovada em Gastroenterologia por pelo menos dois anos.*

### **Área: PNEUMOLOGIA.**

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

11

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Pneumologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Pneumologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Pneumologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade.*

## **Área: PROCTOLOGIA.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestório ou em Proctologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestório ou em Proctologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Cirurgia do Aparelho Digestório ou em Proctologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade. Residência Médica em Cirurgia Geral com atuação comprovada em Gastroenterologia por pelo menos dois anos.*

## **Área: OTORRINOLARINGOLOGIA.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Otorrinolaringologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Otorrinolaringologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Otorrinolaringologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade.*

## **Área: OBSTETRICIA – MÉDIO RISCO.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Ginecologia/Obstetrícia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Ginecologia/Obstetrícia reconhecida pela associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Ginecologia/Obstetrícia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade.*

## **Área: ELETROENCEFALOGRAFIA DE ADULTO E INFANTIL.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Neuropediatria ou Neurologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Neuropediatria ou Neurologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB); (3) Título de Especialista em Neuropediatria ou Neurologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade. \* Os requisitos acima obrigatoriamente contemplados com Título de Especialista em Neurofisiologia.*

## **Área: ULTRASSONOGRRAFIA.**

*Requisitos de habilitação específicos: (1) Residência Médica em Radiologia reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Cultura; (2) Residência Médica em Radiologia reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou (3) Título de Especialista em Radiologia pela Sociedade Brasileira da referida especialidade. \*Os requisitos acima obrigatoriamente contemplados com atuação comprovada em Ultrassonografia por pelo menos dois anos.*

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

12

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## ANEXO III

### EDITAL 006/2018

#### PRONTO ATENDIMENTO ADULTO

VALORES DOS SERVIÇOS		
Plantão   Descrição	Valor	Dias
Plantão/hora	R\$ 100,00 (hora)	Segunda a domingo
Plantão de 12 horas	R\$ 1.200,00	Segunda a domingo

*\* Os valores dos plantões inferiores a 12 (doze) horas serão calculados com base no valor do plantão/hora definido neste anexo (base de cálculo).*

#### PRONTO ATENDIMENTO EM PEDIATRIA

VALORES DOS SERVIÇOS		
Plantão   Descrição	Valor	Dias
Plantão/hora	R\$ 110,00 (hora)	Segunda a domingo
Plantão de 12 horas	R\$ 1.320,00	Segunda a domingo

*\* Os valores dos plantões inferiores a 12 (doze) horas serão calculados com base no valor do plantão/hora definido neste anexo (base de cálculo).*

#### PRONTO ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA

VALORES DOS SERVIÇOS		
Plantão   Descrição	Valor	Dias
Plantão/hora	R\$ 120,00 (hora)	Segunda a domingo
Plantão de 12 horas	R\$ 1.440,00	Segunda a domingo

*\* Os valores dos plantões inferiores a 12 (doze) horas serão calculados com base no valor do plantão/hora definido neste anexo (base de cálculo).*

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

13

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA CLÍNICA

VALORES DOS SERVIÇOS		
Plantão   Descrição	Valor	Dias
Plantão/hora	R\$ 115,00 (hora)	Segunda a domingo
Plantão de 12 horas	R\$ 1.380,00	Segunda a domingo

*\* Os valores dos plantões inferiores a 12 (doze) horas serão calculados com base no valor do plantão/hora definido neste anexo (base de cálculo).*

## AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM ATENÇÃO BÁSICA – CLÍNICA MÉDICA E GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

VALORES DOS SERVIÇOS		
Plantão   Descrição	Valor	Dias
Plantão/hora	R\$ 100,00 (hora)	Segunda a domingo
Plantão de 12 horas	R\$ 1.200,00	Segunda a domingo

*\* Os valores dos plantões inferiores a 12 (doze) horas serão calculados com base no valor do plantão/hora definido neste anexo (base de cálculo).*

## AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM ATENÇÃO BÁSICA – PEDIATRIA

VALORES DOS SERVIÇOS		
Plantão   Descrição	Valor	Dias
Plantão/hora	R\$ 110,00 (hora)	Segunda a domingo
Plantão de 12 horas	R\$ 1.320,00	Segunda a domingo

*\* Os valores dos plantões inferiores a 12 (doze) horas serão calculados com base no valor do plantão/hora definido neste anexo (base de cálculo).*

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

14

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

VALORES DOS SERVIÇOS		
Plantão   Descrição	Valor	Dias
Plantão/hora	R\$ 110,00 (hora)	Segunda a domingo
Plantão de 12 horas	R\$ 1.320,00	Segunda a domingo
<i>* Os valores dos plantões inferiores a 12 (doze) horas serão calculados com base no valor do plantão/hora definido neste anexo (base de cálculo).</i>		

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO N.º 1 – EDITAL 006/2018**

**OBRIGATORIEDADE DE IMEDIATO E CORRETO PREENCHIMENTO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS**

Eu, (...), portador do CPF/MF (...) declaro, para todos os fins de direito que estou ciente sobre a obrigatoriedade de imediato e correto preenchimento dos prontuários médicos, com comunicação ao Conselho Regional de Medicina e Ministério Público sobre eventuais omissões, sempre no prazo de até 30 (trinta) dias, nos termos consignados nos autos do Processo 1013499-15.2016.8.26.0506, em trâmite pela 2.<sup>a</sup> Vara da Fazenda Pública da Comarca de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Declaro ainda ciência do integral cumprimento ao Regimento Interno da Comissão de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal da Saúde – COMUE- SMS, instituído pela Resolução 009/2011 do Secretário Municipal da Saúde, publicada na imprensa oficial no dia 01 de novembro de 2011, com relação ao acolhimento, classificação de risco, tempo de espera e preenchimento de ficha de prontuário, formulários, folhas de prescrição, solicitação de exames, guias de referência, receituários, declarações e atestados.

(...), (...) de (...) de 20 (...).

\_\_\_\_\_.

(Profissional/Credenciado/Habilitado)

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

16

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO N.º 2 – EDITAL 006/2018

Declaramos, sob as penas da lei que, até a presente data, inexistem fatos impeditivos para a nossa contratação, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Declaramos que não possuímos em nosso quadro de pessoal empregados com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 14 (quatorze) em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988.

Declaramos ainda, para os devidos fins, não estar em processo de falência, recuperação judicial, extrajudicial ou em insolvência civil.

Declaramos que os integrantes do corpo clínico especializado da empresa não incidem nas vedações constitucionais de acumulação de cargos ou empregos públicos, tampouco mantêm vínculo celetista com esta Fundação.

Declaramos, por fim, a inexistência de débitos trabalhistas e junto ao FGTS em nome desta empresa.

Pelo presente, fica designado o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_,  
portador(a) do CPF/MF. n.º \_\_\_\_\_ representante desta empresa, estando ele credenciado a responder junto a V. Sas.

(...), (...) de (...) de 20 (...).

\_\_\_\_\_.

Identificação da Empresa

Nome e CPF/MF do representante legal



# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

17

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## ANEXO VI

### MINUTA DO CONTRATO – EDITAL 006/2018

CONTRATO n.º (...)/20(..)

Por este instrumento particular de prestação de serviços determinados e específicos, a FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA denominada neste ato, simplesmente “CONTRATANTE”, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ sob o nº 13.370.183/00001-89, com sede na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, na Rua Tamandaré, 434 – Cep. 14085-070 neste ato representada POR XXXXX, , e de outro lado, denominada neste ato, simplesmente “CONTRATADA”, pessoa jurídica de direito privado prestadora de serviços à terceiros, -----, inscrita no CNPJ sob o número -----, com sede na cidade de -----, Estado de -- -----, na Rua ----- – Bairro: ----- – Cep: ----- – neste ato representada pelo sócio proprietário: -----, CPF/MF: ----- – RG: ----- ---- têm entre si justo e acertado a prestação de serviços, que regerá pelas seguintes cláusulas e condições.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Constitui-se objeto do presente contrato a prestação de serviços de médico EM \_\_\_\_\_, em regime de plantão, por parte da CONTRATADA à CONTRATANTE, por meio de profissionais devidamente habilitados, nos termos do Processo de Credenciamento n.º 006/2018, que é parte integrante deste.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços serão executados nas unidades próprias ou sob a gestão da CONTRATANTE, devendo estes sempre observar os padrões estabelecidos ou recomendados pelos órgãos oficiais, instituições de fiscalização profissional em geral e a legislação vigente.

2.2. A execução dos serviços se dá, em caráter não exclusivo, em regime de plantão, para a realização dos serviços DE \_\_\_\_\_ unidades da CONTRATANTE e conveniadas.

2.3. Os serviços contratados são de inteira responsabilidade da CONTRATADA, sob os aspectos da gestão da atividade e operação, e serão executados com absoluta autonomia, cabendo-a exercer diretamente perante os executores materiais das atividades o poder de direção, tais como

recrutamento, dispensa e substituição, bem como orientar, acompanhar e fiscalizar a execução dos trabalhos médicos.

2.4. Cabe a contratada definir, os dias e horários de seus plantões diretamente na central de plantões, segundo as disponibilidades de dias, horários e locais, com 30 (trinta) dias de antecedência compondo, com os demais credenciados/contratados/prestadores, a formulação de escala de plantão participativa. Para isso será utilizado o Critério de Envolvimento e Participação (CEP), que são requisitos qualitativos e quantitativos, a saber:

- I. Preenchimento correto e completo de prontuários;
- II. Produtividade relativa (efetividade no resultado dos atendimentos);
- III. Citações positivas e/ou negativas na ouvidoria;
- IV. Participação (comprovada) em atividades de educação continuada;
- V. Cursos e atualizações em urgência e emergência (atls / acs / pals);
- VI. Pontualidade.

§1º. A prioridade de escolha de plantões ofertados estará vinculada à pontuação decrescente dos critérios (maior pontuação terá prioridade na escolha).

§2º. Após indicado o profissional que atenderá a escala pré-fixada, na impossibilidade de comparecimento ao plantão pré-agendado, compete a CONTRATADA indicar o seu substituto, sob pena de inexecução do presente contrato, além das perdas e danos ocasionados pela omissão, observado o disposto na Cláusula 7.4.

§3º A CONTRATANTE se resguarda no direito de indeferir a admissão de profissional derivado do corpo técnico da CONTRATADA em virtude de prévia inexecução contratual ou outras causas desabonadoras, inclusive as descritas neste Edital.

§4º Durante a execução do contrato, a CONTRATANTE se resguarda no direito de deixar de incluir em escala, de forma temporária ou definitiva, o profissional que não se comportar de modo apropriado às determinações técnicas e normativas ou que viole a qualquer das condições estabelecidas neste Edital.

2.5. A CONTRATADA será exclusivamente responsável pelos serviços prestados, incluindo os diagnósticos e prognósticos indicados aos pacientes atendidos pelos seus profissionais-executores,

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

19

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

podendo a CONTRATANTE promover a denúncia ou o chamamento ao processo da CONTRATADA, em caso de ser diretamente acionada por condutas de seus profissionais médicos ou por seus empregados.

2.6. A CONTRATADA não pode ceder ou transferir, no todo ou em parte, o presente contrato, sem autorização expressa da CONTRATANTE.

2.7. A CONTRATADA compromete-se a executar o objeto contratado, com zelo e eficiência, diligenciando para a eficaz resolução dos problemas suscitados, nos termos do Código de Ética Médica e das normas aplicáveis.

2.8. A CONTRATADA obriga-se a manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação necessárias para o desempenho da atividade objeto deste contrato.

2.9. A CONTRATADA arcará com todos os encargos e obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, acidentária, tributária, administrativa e civil decorrentes da execução de seus serviços, sem exceção.

2.9.1. Na hipótese da CONTRATANTE ser acionada por quem quer que seja em virtude de obrigação exclusiva da CONTRATADA, esta se obrigará a envidar esforços para excluir a Fundação CONTRATANTE do pólo passivo da controvérsia.

2.9.2 O não cumprimento de quaisquer obrigações pela CONTRATADA não transfere à CONTRATANTE a responsabilidade do respectivo ônus.

2.9.3 CONTRATADA compromete - se a zelar pela saúde dos funcionários empregados na realização do fornecimento, pelos encargos trabalhistas, previdenciários, comerciais, fiscais, quer municipais, estaduais ou federais, devendo apresentar de imediato, quando for solicitado, todos e quaisquer comprovantes de pagamentos e quitação.

2.9.4 Se, em qualquer caso, empregados da CONTRATADA intentarem reclamações trabalhistas contra a CONTRATANTE, a CONTRATADA responderá integralmente pelas obrigações contratuais.

2.10. A CONTRATADA é responsável pelos danos causados diretamente à CONTRATANTE ou à terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução deste contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização ou o acompanhamento exercitado pela CONTRATANTE.

2.11. O descumprimento de quaisquer das cláusulas deste contrato por parte da CONTRATADA poderá ensejar a sua rescisão, independentemente da apuração da responsabilidade civil e criminal, se for o caso.

2.12. Cabe a CONTRATANTE fiscalizar os trabalhos apenas sob o aspecto do resultado, advertindo a CONTRATANTE caso não atenda integralmente os termos deste contrato, exigindo melhorias, sob pena de aplicação das sanções contratuais, inclusive com a rescisão do presente ajuste. Neste caso, cabe a CONTRATADA adotar imediatamente as medidas corretivas, sob pena de ser considerada inadimplente e sujeitar-se às consequências jurídicas desse estado.

2.13. Cabe a CONTRATADA manter seguro profissional, durante a vigência do presente contrato, para cobrir eventuais danos causados à terceiros, usuários dos serviços objeto de sua atividade.

2.13.1. A CONTRATANTE poderá solicitar, a qualquer tempo, a apresentação da comprovação do seguro, em valores compatíveis com a prática de mercado.

2.14. A CONTRATADA indica como responsável(eis) técnico(s) o(s) Senhor(a)(res) (...) | CRM-SP (...).

2.15. A CONTRATADA fica obrigada a respeitar, na execução deste contrato, como forma de assegurar a qualidade da prestação de serviço, a carga horária diária máxima por plantão/plantonista de 12 (doze) horas.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR E DO PAGAMENTO**

3.1. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, pelos serviços prestados, o valor por plantão, em conformidade com a escala de plantão executada, tendo como base de cálculo o valor fixo de acordo com o anexo III, deste edital.

3.1.1 a pontualidade terá influência no pagamento dos serviços prestados, e será avaliada da seguinte forma:

3.1.1.1. Atrasos de até 15 (quinze) minutos serão tolerados.

3.1.1.2. Prestadores que estiverem de plantão exclusivamente em outra unidade da CONTRATANTE e com plantão imediatamente subsequente, terá uma tolerância de 30 (trinta) minutos, considerada como tempo de deslocamento.

3.1.1.3. Atrasos acima de 16 (dezesesseis) minutos para a situação referida no item 3.1.1.1, ou 31 (trinta e um) minutos na situação descrita no item 3.1.1.2, será descontado o valor correspondente a 1 (uma) hora do valor do plantão.

3.1.1.4. Atraso superior a 1 (uma) hora sem justificativa apresentada em tempo (no decurso da primeira hora de atraso) e considerada plausível pelas Coordenadorias da CONTRATANTE, será considerado situação de desistência ou falta, ficando o profissional dispensado daquela atividade além de não ser remunerado nesse dia e também sofrer penalização com valor equivalente a 20% (vinte por cento) do total do plantão, sem prejuízo de outras sanções contratuais.

3.1.1.5. Extraordinariamente e a critério da CONTRATANTE poderá ser convocado o profissional de empresa para suprir emergencialmente, escala de plantonista faltoso, podendo gerar bonificação de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do plantão total.

3.2. No final de cada mês a Central de Plantões emitirá um planilha administrativa-financeira contendo a quantidade e o tipo de plantões executados pelos prestadores por unidade de atendimento para fins de validação do responsável técnico dos serviços.

3.3. Após validação do responsável técnico de cada serviço, a CONTRATADA deverá emitir nota fiscal apresentando-a a Central de Plantões da CONTRATANTE até o dia 15 do mês subsequente a prestação do serviço, para pagamento até o dia 25 (vinte e cinco), ou próximo dia útil.

3.3.1. As notas fiscais emitidas ou apresentadas em data posterior a prevista na Cláusula 3.3, serão pagas após 7 (sete) dias úteis de sua apresentação.

3.4. Os pagamentos serão efetivados mediante transferências ou depósitos bancários, ficando indicada a seguinte conta: **Banco: (...)** | **Agência: (...)** | **Conta Corrente n.º: (...)**, cujos valores creditados implicarão na quitação da respectiva nota fiscal emitida.

3.4.1. Serão descontados dos pagamentos, a título de retenção, os tributos que a legislação determinar e impor à CONTRATANTE a obrigação de seu recolhimento no lugar da CONTRATADA.

3.5. O atraso no pagamento superior a 45 (quarenta e cinco) dias, a partir do dia vigésimo quinto dia do mês subsequente, autorizará a suspensão dos serviços até a efetiva quitação, sendo que se o atraso persistir por prazo superior a 60 (sessenta) dias, tal fato autorizará a CONTRATADA a considerar rescindido o presente instrumento, mediante comunicação prévia, por escrito, ficando ressalvado o direito de cobrar os valores devidos.

3.6. O não pagamento nas datas aprazadas acarretará a aplicação da multa de 2% (dois por cento) sobre o débito, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês.

3.7. O não pagamento no prazo ajustado pela CONTRATANTE estará exonerado da incidência das consequências descritas nas cláusulas 3.5 e 3.6 se decorrente de culpa da CONTRATANTE, tais como divergência de informações, valores ou dados omissos, inexatidão entre outras, ficando a CONTRATADA em mora até que solucione suas pendências.

## **CLÁUSULA QUARTA - DO REAJUSTE**

4.1. A base de cálculo previstas na Cláusula 3.1 será reajustada, anualmente, conforme acordado entre as partes e disponibilidade financeira da CONTRATANTE.

4.2. Caso não haja consenso entre as partes, será aplicado o reajuste segundo o índice INPC.

## **CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA E EXTINÇÃO**

5.1. O presente contrato terá duração por tempo determinado de até 12 (doze) meses, iniciando em ---  
----- e terminando em **31/12/2019**, podendo ser prorrogado, no limite máximo de 60 meses, e aditado, sempre mediante termo escrito.

5.1.1. A ausência de prorrogação, mediante termo aditivo escrito, implicará na resolução do contrato, sem qualquer tipo de compensação, na data de seu vencimento, independente de comunicação das partes.

5.2. Este contrato poderá ser denunciado a qualquer momento, por qualquer das partes, mediante comunicação escrita no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, protocolada a qualquer das partes feita por meio de carta/ofício.

5.3. Além da possibilidade de denúncia unilateral prevista na Cláusula 5.2, a extinção do contrato poderá decorrer da inexecução culposa de uma das partes, nos termos deste instrumento.

5.4. A partir da contratualização elaborada na vigência deste edital tornará prejudicado eventual contrato derivado de edital anterior entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, estando automaticamente extintos eventuais vínculos anteriores.

## **CLÁUSULA SEXTA - QUALIDADE DO SERVIÇO**

6.1. A qualidade do serviço prestado será medida sob os aspectos técnicos e interpessoal, por meio de mecanismos de controle do resultado.

6.2. São mecanismos de controle e avaliação de qualidade dos serviços prestados, por exemplo, os relatórios de atendimentos, histórico de sucesso, as reclamações oriundas do setor de atendimento dos pacientes, os relatórios de auditoria, e os fatos ligados ao serviço de atendimento ao usuário ou equivalente.

6.3. Identificada falha ou a execução do serviço abaixo do nível de confiabilidade será notificada a CONTRATADA para adotar as medidas corretivas, no prazo razoável, e nos termos deste instrumento, sob pena de inadimplemento.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - DISPOSIÇÕES GERAIS**

7.1. Cada uma das partes é responsável por eventuais condutas (erros, culpa ou dolo) dos integrantes de seu corpo de empregados.

7.2. O presente contrato não autoriza uma das partes a representar ou assumir qualquer espécie de transação em seu nome.

7.3. A tolerância no cumprimento de quaisquer dispositivos deste contrato não constitui concessão nem tampouco novação e as alterações avençadas só terão valor se forem realizadas por escrito.

7.4. A CONTRATADA poderá admitir ou excluir novos integrantes de sua equipe técnica, mediante audiência da CONTRATANTE, devendo o novo integrante estar plenamente ajustado às exigências de habilitação contidas no Edital de Credenciamento n.º 006/2018, para fins de integrar a execução do objeto do presente contrato, e a necessidade de atualização prévia de seu cadastro na Central de Plantões.

7.5. A CONTRATADA não prestará serviços de caráter exclusivo, poderá instalar-se em outros serviços, em outros hospitais, sem qualquer aviso ou autorização da CONTRATANTE.

7.6. Aplica-se ao presente contrato as disposições do Código Civil e da Lei 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com alterações promovidas pela Lei 13.429, de 31 de março de 2017, com relação aos contratos de prestação de serviços à terceiros (arts. 4.º-A, 4.º-B, 5.º-A, 5.º-B, 19-A, 19-B e 19-C).

7.7. É de prerrogativa da CONTRATANTE ajustar, alterar ou retificar as condições de desenvolvimento da execução do contrato, para fins de atendimento do melhor interesse público envolvido, notadamente para fins de atingimento dos indicadores de desempenho do serviço de saúde.

## **CLÁUSULA OITAVA – DAS SANÇÕES**

8.1 O retardamento da execução do objeto contratual ou a execução defeituosa ou diversa da ajustada ou a fraude em sua execução, ou ainda comportamento de modo inidôneo, implicará em multa de 10% (dez por cento) sobre o valor global do contrato, independente da rescisão contratual e indenização por perdas e danos.

8.2 Pelo atraso na prestação dos serviços, considerando as condições e o prazo de entrega definido, será aplicada à CONTRATADA multa moratória de 0,1% (zero vírgula um por cento) por dia de atraso até o limite de 10% (dez por cento) sobre o valor da prestação de serviço.

8.3 Ficam expressamente reservadas à CONTRATANTE as prerrogativas que lhe são conferidas pela legislação civil e, supletivamente da Lei 8.666/1993, especialmente no que tange às alterações contratuais, rescisão, fiscalização da execução e aplicação das sanções.

8.4. Por qualquer tipo de inexecução total ou parcial do contrato, poderá a CONTRATANTE aplicar à CONTRATADA, além das demais cominações legais pertinentes, as seguintes sanções administrativas:

- advertência, por ocorrência;
- multa de até 1% (um por cento), calculada sobre o valor global anual máximo do contrato, por mera ocorrência;
- multa de até 3% (três por cento) sobre o valor global anual máximo do contrato, no caso de inexecução parcial do objeto ou de descumprimento de obrigação legal;
- multa de até 10% (dez por cento) sobre o valor global anual máximo do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- suspensão do direito de contratar com a Fundação e a Administração Pública, bem como eventual declaração de inidoneidade.

8.5 A CONTRATANTE poderá, administrativamente, compensar os valores das sanções pecuniárias impostas na parcela de seu pagamento, podendo para continuidade dos serviços ser exigida a apresentação de garantia idônea.

8.6 Se os valores dos pagamentos devidos não forem suficientes, a diferença deverá ser recolhida pela CONTRATADA no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis a contar da aplicação da sanção.



# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

25

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

8.7. Para todos os efeitos, considera o valor global do contrato, a média mensal dos serviços faturados multiplicada por doze.

## CLÁUSULA NONA - DO FORO

9.1. As partes contratantes elegem o foro da cidade de Ribeirão Preto/SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimirem dúvidas de interpretação e aplicação deste contrato, bem como para execução.

E por estarem assim certos, justos e contratados, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Ribeirão Preto, (...) de (...) de 20(...).

---

### CONTRATANTE

Marcelo Cesar Carboneri

Diretor Administrativo

---

### CONTRATADA

**Representante legal:**

---

Dr. Walther Oliveira Campos Filho

Diretor Técnico

### TESTEMUNHAS:

---

Nome:

CPF/MF:

---

Nome:

CPF/MF:

## ANEXO VII

### Portaria nº 014/2018

#### Designa os membros da Comissão Especial do Processo de Credenciamento n.º 006/2018.

A **FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA-FHSL**, por meio de sua representante legal, no uso de suas atribuições, em cumprimento ao Estatuto e as normas internas, bem como em razão da necessidade de efetivar o processamento do Credenciamento Médico no âmbito desta entidade;

**CONSIDERANDO** a necessidade de instalar uma Comissão Especial destinada a organizar e concretizar o processo de credenciamento,

#### Resolve:

**Art. 1.º.** Designar para comporem a Comissão Especial do Processo de Credenciamento Médico n.º **001/2017**, as seguintes pessoas: Presidente, Luciano Bertipaglia Fiori (**CPF/MF: 324.580.448-24**) Membros, **Luciana Gonçalves Araújo (CPF/MF 181.136.068-82)**, e **Bruna Gabriela Teixeira Montagnani de Souza (CPF: 350.235.918-08)** observando:

I - Cabe a Comissão Especial planejar o processo de Credenciamento, elaborar o edital e demais atos, credenciar os habilitados e deliberar sobre os casos omissos.

II - As funções dos membros designados não serão remuneradas.

**Art. 2.º.** As decisões serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo ao Presidente o voto de desempate, quando for necessário.

**Art. 3.º.** Compete ao Presidente da Comissão presidir as reuniões e assinar os atos oficiais provenientes da Comissão.

**Art. 4.º** Compete ao Secretário da Comissão:

I - lavrar as atas dos trabalhos da Comissão e os relatórios, assinando-os em conjunto com os demais membros;

II - coordenar o exame da documentação apresentada pelos candidatos;

III - propor ao Presidente as medidas adequadas ao bom andamento dos trabalhos da Comissão;

**Art. 5.º.** Esta Portaria entrará em vigor a partir desta data, revogadas as disposições em contrário.

Ribeirão Preto, 21 de novembro de 2018.

Marcelo Cesar Carboneri


Diretor Administrativo

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

27

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## ANEXO VIII – CADASTRO CNES – POR PROFISSIONAL – ficha 20


	<b>FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b> <b>Cadastro de Profissional</b>	<b>Ficha nº 20</b>
<b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b> → INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/>		
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO</b> 2.1 - CNES <input type="text"/> 2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>		
<b>34 - DADOS DO PROFISSIONAL</b>		
CADASTRAMENTO <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> NÃO SUS		
<b>34.1 - Dados de Identificação</b>		
34.1.1 - Nome do Profissional <input type="text"/>		
34.1.2 - PIS/PASEP <input type="text"/>	34.1.3 - CPF <input type="text"/>	34.1.4 - Número CNS <input type="text"/>
		34.1.5 - Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
34.1.6 - Nome da Mãe <input type="text"/>		
34.1.7 - Nome do Pai <input type="text"/>		
34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional <input type="text"/>	34.1.9 - Município de Nascimento <input type="text"/>	34.1.10 - Código IBGE do Município <input type="text"/>
		34.1.11 - UF <input type="text"/>
		34.1.12 - Raça/Cor <input type="text"/>
34.1.13 - Certidão/Tipo <input type="text"/>	34.1.14 - Nome do Cartório <input type="text"/>	
34.1.15 - Livro <input type="text"/>	34.1.16 - Fls <input type="text"/>	34.1.17 - Termo <input type="text"/>
34.1.18 - Data de Emissão <input type="text"/>	34.1.19 - Nº Identidade <input type="text"/>	
34.1.20 - UF <input type="text"/>	34.1.21 - Órgão Emissor <input type="text"/>	34.1.22 - Data de Emissão <input type="text"/>
		34.1.23 - Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro
34.1.24 - País de origem (nascimento) <input type="text"/>		
34.1.25 - Data de Entrada <input type="text"/>	34.1.26 - Data de Naturalização <input type="text"/>	34.1.27 - Nº da Portaria <input type="text"/>
		34.1.28 - Nº Título de Eleitor <input type="text"/>
		34.1.29 - Zona <input type="text"/>
		34.1.30 - Seção <input type="text"/>
34.1.31 - CTPS Número <input type="text"/>	34.1.32 - Série <input type="text"/>	34.1.33 - UF <input type="text"/>
		34.1.34 - Data de Emissão <input type="text"/>
		34.1.35 - Escolaridade * <input type="text"/>
		34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal <input type="checkbox"/>
		34.1.37 - Frequenta Escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>34.2 - Dados Residenciais</b>		
34.2.1 - Tipo Logradouro <input type="text"/>	34.2.2 - Logradouro <input type="text"/>	34.2.3 - Número <input type="text"/>
		34.2.4 - Complemento <input type="text"/>
		34.2.5 - Bairro/Distrito <input type="text"/>
34.2.6 - Município de Residência <input type="text"/>	34.2.7 - Código IBGE do Município <input type="text"/>	34.2.8 - UF <input type="text"/>
		34.2.9 - CEP <input type="text"/>
		34.2.10 - Telefone <input type="text"/>
<b>34.3 - Dados Bancários</b>		
34.3.1 - Banco <input type="text"/>	34.3.2 - Agência <input type="text"/>	34.3.3 - Conta Corrente <input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input type="text"/>		Data <input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input type="text"/>
		Data <input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Profissional <input type="text"/>		Data <input type="text"/>

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

28

Rua Tamandaré, 434 – CEP 14.085-070 - Campos Elíseos  
Ribeirão Preto – S.P. – Tel.(16) 3605 4848  
CNPJ-MF nº 13.370.183/0001-89 Inscr. Municipal nº 1499777/01

## ANEXO VIII – CADASTRO CNES – POR PROFISSIONAL – ficha

	<b>FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b> <b>Cadastro de Profissional (Continuação)</b>	<b>Ficha nº 21</b>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;"><b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">INCLUSÃO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">EXCLUSÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>2 - IDENTIFICAÇÃO</b></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><b>2.1 - CNES</b></td> <td colspan="4"><b>2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento</b></td> </tr> </table>			<b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b>	INCLUSÃO <input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/>		EXCLUSÃO <input type="checkbox"/>	<b>2 - IDENTIFICAÇÃO</b>					<b>2.1 - CNES</b>	<b>2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento</b>			
<b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b>	INCLUSÃO <input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/>		EXCLUSÃO <input type="checkbox"/>													
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO</b>																	
<b>2.1 - CNES</b>	<b>2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento</b>																
34.1.1 - Nome do Profissional *																	
<b>34 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação</b>																	
<b>34.4 - Vínculos</b>																	
34.4.1 - Registro no Conselho de Classe	34.4.2 - Órgão Emissor	34.4.3 - Atendimento ao SUS															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO															
Cód. Vinculação	Cód. Tipo	Cód. Sub-Tipo															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO		34.4.6 - Carga Horária Semanal															
Código	Descrição	<input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Outros															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
34.4.7 - Data de Entrada	34.4.8 - Data de Desligamento	34.4.9 - Motivo do Desligamento															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cód. Descrição															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<b>34.4 - Vínculos</b>																	
34.4.1 - Registro no Conselho de Classe	34.4.2 - Órgão Emissor	34.4.3 - Atendimento ao SUS															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO															
Cód. Vinculação	Cód. Tipo	Cód. Sub-Tipo															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO		34.4.6 - Carga Horária Semanal															
Código	Descrição	<input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Outros															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
34.4.7 - Data de Entrada	34.4.8 - Data de Desligamento	34.4.9 - Motivo do Desligamento															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cód. Descrição															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<b>34.4 - Vínculos</b>																	
34.4.1 - Registro no Conselho de Classe	34.4.2 - Órgão Emissor	34.4.3 - Atendimento ao SUS															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO															
Cód. Vinculação	Cód. Tipo	Cód. Sub-Tipo															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO		34.4.6 - Carga Horária Semanal															
Código	Descrição	<input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Outros															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
34.4.7 - Data de Entrada	34.4.8 - Data de Desligamento	34.4.9 - Motivo do Desligamento															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cód. Descrição															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 17																	
Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade		Data															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
Assinatura e Carimbo do Profissional		Data															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															