



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO SEI Nº 6110.2021/0012876-2

**TERMO DE CONTRATO Nº 003/2022/SMS-1/CONTRATOS  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 734/2021/SMS-G**

**PROCESSO Nº** 6110.2021/0012876-2

**CONTRATANTE** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**CONTRATADA:** C.A.P SERVIÇOS MÉDICOS

**OBJETO DO CONTRATO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE/REMOÇÃO TERRESTRE DE PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS, LACTENTES E NEONATAL EM AMBULÂNCIAS TIPO B (SUPORTE BÁSICO) E TIPO D (UTI MÓVEL) COM COBERTURA DE 24 HORAS, PARA AS UNIDADES PERTENCENTES A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS).

**VALOR TOTAL ESTIMADO:** R\$ 8.731.423,03

**NOTA DE EMPENHO Nº:** 110280/2021 no valor de R\$ 97.036,33

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:** 84.10.10.302.3003.2.507.3.3.90.39.00.00

Aos 27 dias do mês de JANEIRO do ano de 2022, a **PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, CNPJ nº 13.864.377/0001-30, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, Senhor **EDSON APARECIDO DOS SANTOS**, nos termos da competência que lhe foi delegada, doravante designada como **CONTRATANTE** e, de outro a empresa **C.A.P SERVIÇOS MÉDICOS**, CNPJ nº 14.016.550/0001-03, com sede na Rua Cônego Antonio Lessa, nº 297, Parque da Mooca, São Paulo/CP – CEP: 03.122-060, por seu representante legal, Senhor **DANIEL GONÇALVES ALDRIGHI**, portador da cédula de identidade RG nº 28.931.043-X SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob nº 285.589.358-58, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, em face do despacho autorizatório exarado em documento SEI nº 056775231 do processo nº 6110.2021/0012876-2, publicado no DOC/SP de 24/12/2021 – página 131/132, retificado em DOC/SP de 12/01/2022, pág. 83, resolvem firmar o presente contrato, objetivando a prestação de serviços discriminados na cláusula primeira, nos termos do art. 43, VI da Lei Federal nº 8.666/93 e do art. 4º, XXI e XXII da Lei Federal nº 10.520/02, e ainda em face da competência delegada pela Portaria nº 890/2013– SMS-G e em conformidade com o ajustado neste instrumento.



**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

- 1.1. Constitui objeto deste contrato a prestação pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** de “**SERVIÇOS DE TRANSPORTE/ REMOÇÃO TERRESTRE DE PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS, LACTENTES E NEONATAL EM AMBULÂNCIAS TIPO B (SUPORTE BÁSICO) E TIPO D (UTI MÓVEL) COM COBERTURA DE 24 HORAS, PARA AS UNIDADES PERTENCENTES A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS)**”, nos termos do ANEXO I – Termo de Referência, que é parte integrante do presente instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO INÍCIO DOS SERVIÇOS / DOS LOCAIS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 2.1. O início dos serviços deve ocorrer em até 15 (quinze) dias corridos contados a partir da emissão de Ordem de Início.
- 2.1.1. A Ordem de Início será
- 2.2. Os serviços serão prestados nos seguintes locais:

**LOTE 1:**

**HMACN – HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORREA NETO**

Alameda Rodrigo de Brum, 1989 – Ermelino Matarazzo – Fone: (11) 3394-8160 – 3394-8108

**HMTS – HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETÚBAL**

Rua Dr. José Guilheme Eiras, 123 – São Miguel Paulista – Fone: (11) 3394-8770 – 3394-8829

**HMWP – HOSPITAL MUNICIPAL PROF. WALDOMIRO DE PAULA**

Rua. Augusto Carlos Baumann, 1.074 – Itaquera – Fone: (11) 3394-8990 – 3394-8996

**LOTE 2:**

**HMCC – HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO**

Avenida Celso Garcia, 4815 – Tatuapé – Fone: (11) 33946980 – 33946982

**HMAZ – HOSPITAL MUNICIPAL DR. ALEXANDRE ZAIO**

Rua Alves Maldonado, 128 – Vila Nhocuné – Fone: (11) 33949110 – 33949213

**HMIGP – HOSPITAL MUNICIPAL DR. IGNÁCIO PROENÇA DE GOUVEIA**

Rua Juventus, 562 – Mooca – Fone: (11) 33947810 – 33947816

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

*DCM*



3.1. São obrigações da **CONTRATADA**:

- 3.1.1. Executar todos os serviços objeto do presente contrato, obedecendo as especificações e obrigações descritas no ANEXO I – Termo de Referência do Edital de Licitação, que precedeu este ajuste e faz parte integrante do presente instrumento;
  - 3.1.2. Executar regularmente o objeto deste ajuste, respondendo perante a **CONTRATANTE** pela fiel e integral realização dos serviços contratados;
  - 3.1.3. Garantir total qualidade dos serviços contratados;
  - 3.1.4. Fornecer mão de obra necessária, devidamente selecionada para o atendimento do presente contrato, verificando a aptidão profissional, antecedentes pessoais, saúde física e mental e todas as informações necessárias, de forma a garantir uma perfeita qualidade e eficiência dos serviços prestados;
  - 3.1.5. Arcar fiel e regularmente com todas as obrigações trabalhistas dos empregados, quando for o caso, que participem da execução do objeto contratual;
  - 3.1.6. Enviar à Administração e manter atualizado o rol de todos os funcionários que participem da execução do objeto contratual;
  - 3.1.7. Responsabilizar-se pela segurança do trabalho de seus empregados, adotando as precauções necessárias à execução dos serviços, fornecendo os equipamentos de proteção individual (EPI) exigidos pela legislação, respondendo por eventuais indenizações decorrentes de acidentes de trabalho, cabendo-lhe comunicar à **CONTRATANTE** a ocorrência de tais fatos;
  - 3.1.8. Responder por todos os encargos e obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, acidentária, fiscal, administrativa, civil e comercial, resultantes da prestação dos serviços;
  - 3.1.9. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
  - 3.1.10. Responder por todo e qualquer dano que venha a ser causado por seus empregados e prepostos, à **CONTRATANTE** ou a terceiros, podendo ser descontado do pagamento a ser efetuado, o valor do prejuízo apurado;
  - 3.1.11. Manter, durante o prazo de execução do Contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- 3.2. A **CONTRATADA** não poderá subcontratar, ceder ou transferir o objeto do contrato, no todo ou em parte, a terceiros, sob pena de rescisão.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

*DCM*



- 4.1. A **CONTRATANTE** se compromete a executar todas as obrigações contidas no ANEXO I – Termo de Referência, cabendo-lhe especialmente:
- 4.1.1. Cumprir e exigir o cumprimento das obrigações deste Contrato e das disposições legais que a regem;
  - 4.1.2. Realizar o acompanhamento do presente contrato, comunicando à **CONTRATADA** as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas;
  - 4.1.3. Proporcionar todas as condições necessárias à boa execução dos serviços contratados, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança de Administração e ou endereço de cobrança;
  - 4.1.4. Exercer a fiscalização dos serviços, indicando, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual, inclusive no que tange a mão de obra que o integra, acompanhando a sua presença, fornecimento dos materiais, manutenção e etc, realizando a supervisão das atividades desenvolvidas pela **CONTRATADA** e efetivando avaliação periódica;
  - 4.1.5. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA**, podendo solicitar o seu encaminhamento por escrito;
  - 4.1.6. Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com o estabelecido no presente contrato;
  - 4.1.7. Aplicar as penalidades previstas neste contrato, em caso de descumprimento pela **CONTRATADA** de quaisquer cláusulas estabelecidas;
  - 4.1.8. Exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, a comprovação das condições requeridas para a contratação;
  - 4.1.9. Atestar mensalmente a execução e a qualidade dos serviços prestados, indicando qualquer ocorrência havida no período, se for o caso, em processo próprio, onde será juntada a Nota Fiscal Fatura a ser apresentada pela **CONTRATADA**, para fins de pagamento;
  - 4.1.10. Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de funcionário da **CONTRATADA** que estiver sem crachá, que embarçar ou dificultar a fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente, bem assim a substituição de equipamentos, que não se apresentarem em boas condições de operação ou estiverem em desacordo com as especificações técnicas.
  - 4.1.11. A fiscalização dos serviços pela **CONTRATANTE** não exime, nem diminui a completa responsabilidade da **CONTRATADA**, por qualquer inobservância ou omissão às cláusulas contratuais.
  - 4.1.12. A **CONTRATANTE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar vistoria dos equipamentos e verificar o cumprimento de normas preestabelecidas no edital/contrato.

*Deva*



**CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO, REAJUSTE E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- 5.1. O valor total estimado dos serviços contratados é de **R\$ 8.731.423,03 (oito milhões setecentos e trinta e um mil quatrocentos e vinte e três reais e três centavos)**, nele estando incluídos todos os custos e a margem de lucro da **CONTRATADA**, que nada mais poderá reclamar a título de contraprestação pela execução de suas obrigações contratuais.
- 5.2. Para fazer frente às despesas do Contrato, foi emitida a nota de empenho nº 110280 no valor de R\$ 97.036,33 (noventa e sete mil e trinta e seis reais e trinta e três centavos), onerando a dotação orçamentária nº 84.10.10.302.3003.2.507.3.3.90.39.00.00 do orçamento vigente, respeitado o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações do orçamento próprio.
- 5.3. Os preços contratuais serão reajustados, observada a **periodicidade anual** que terá como termo inicial a data de apresentação da proposta, nos termos previstos no Decreto Municipal nº 48.971/2007 e Portaria SF nº 142/2013, desde que não ultrapasse o valor praticado no mercado.
- 5.3.1. Para fins de reajuste anual, adotar-se-á como índice de reajuste para compensar os efeitos das variações inflacionárias o Índice de Preços ao Consumidor – IPC, apurado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, conforme estabelecido pelo Decreto nº 57.580/2017 e Portaria SF nº 389/2017, tomando-se por base o mês da apresentação das propostas, sendo vedado qualquer novo reajuste no prazo de um ano.
- 5.4. As hipóteses excepcionais ou de revisão de preços serão tratadas de acordo com a legislação vigente e exigirão detida análise econômica para avaliação de eventual desequilíbrio econômico-financeiro do contrato.
- 5.5. Fica ressalvada a possibilidade de alteração da metodologia de reajuste, atualização ou compensação financeira desde que sobrevenham normas federais e/ou municipais que as autorizem.

**CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO**

- 6.1. O prazo de pagamento será de 30 (trinta) dias, a contar da data da entrega de cada nota fiscal ou nota fiscal fatura.
- 6.1.1. Caso venha ocorrer a necessidade de providências complementares por parte da contratada, a fluência do prazo será interrompida, reiniciando-se a sua contagem a partir da data em que estas forem cumpridas.

*Jera*



- 6.2. Caso venha a ocorrer atraso no pagamento dos valores devidos, por culpa exclusiva da Administração, a **CONTRATADA** terá direito à aplicação de compensação financeira, nos termos da Portaria SF nº 05, de 05/01/2012.
- 6.2.1. Para fins de cálculo da compensação financeira de que trata o item acima, o valor do principal devido será reajustado utilizando-se o índice oficial de remuneração básica da caderneta de poupança e de juros simples no mesmo percentual de juros incidentes sobre a caderneta de poupança para fins de compensação da mora (TR + 0,5% "pro-rata tempore"), observando-se, para tanto, o período correspondente à data prevista para o pagamento e aquela data em que o pagamento efetivamente ocorreu.
- 6.2.2. O pagamento da compensação financeira dependerá de requerimento a ser formalizado pela Contratada.
- 6.3. Os pagamentos serão efetuados em conformidade com a execução dos serviços, mediante apresentação da(s) respectiva(s) nota(s) fiscal(is) ou nota(s) fiscal(is)/fatura, bem como de cópia reprográfica da nota de empenho, acompanhada, quando for o caso, do recolhimento do ISSQN – Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza do mês de competência, descontados os eventuais débitos da Contratada, inclusive os decorrentes de multas.
- 6.3.1. No caso de prestadores de serviço com sede ou domicílio fora do Município de São Paulo, deverá ser apresentada prova de inscrição no CPOM – Cadastro de Empresas Fora do Município, da Secretaria Municipal de Finanças, nos termos dos artigos 9º-A e 9º-B da Lei Municipal nº 13.701/2003, com redação da Lei Municipal nº 14.042/05 e artigo 68 do Regulamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, aprovado pelo Decreto Municipal nº 50.896/09.
- 6.3.2. Não sendo apresentado o cadastro mencionado no subitem anterior, o valor do ISSQN – Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, incidente sobre a prestação de serviços objeto do presente, será retido na fonte por ocasião de cada pagamento, consoante determina o artigo 9º-A e seus parágrafos 1º e 2º, da Lei Municipal nº 13.701/2003, acrescentados pela Lei Municipal nº 14.042/05, e na conformidade do Regulamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, aprovado pelo Decreto Municipal nº 50.896/09 e da Portaria SF nº 101/05, com as alterações da Portaria SF nº 118/05.
- 6.4. Na hipótese de existir nota de retificação e/ou nota suplementar de empenho, cópia(s) da(s) mesma(s) deverá(ão) acompanhar os demais documentos.



- 6.5. A **CONTRATADA** deverá apresentar, a cada pedido de pagamento, os documentos a seguir discriminados, para verificação de sua regularidade fiscal perante os órgãos competentes:
- a) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – F.G.T.S., fornecido pela Caixa Econômica Federal;
  - b) Certidão Negativa de Débitos relativa às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros – CND – ou outra equivalente na forma da lei;
  - c) Certidão negativa de débitos de tributos mobiliários do Município de São Paulo;
  - d) Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);
  - e) Cadastro Informativo Municipal (CADIN);
  - f) Nota Fiscal ou Nota Fiscal Fatura devidamente atestada;
  - g) Relatório de Medição dos Serviços;
  - h) Relação atualizada dos empregados vinculados à execução contratual;
  - i) Folha de frequência dos empregados vinculados à execução contratual
  - j) Folha de pagamento dos empregados vinculados à execução do contrato;
  - k) Cópia do Protocolo de envio de arquivos, emitido pela conectividade social (GFIP/SEFIP);
  - l) Cópia da Relação dos Trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês anterior ao pedido de pagamento;
  - m) Cópia da Guia quitada do INSS (GPS), correspondente ao mês da última fatura vencida;
  - n) Cópia da Guia quitada do FGTS (GRF), correspondente ao mês da última fatura vencida.
  - o) Comprovante de que todos os empregados vinculados ao contrato recebem seus pagamentos em agência bancária localizada no Município ou na região Metropolitana onde serão prestados os serviços;
  - p) No pagamento relativo ao último mês de prestação dos serviços, cópia dos termos de rescisão dos contratos de trabalho, devidamente homologados, dos empregados vinculados à prestação dos respectivos serviços, ou comprovação de realocação dos referidos empregados para prestar outros serviços.
- 6.5.1. Serão aceitas como prova de regularidade, certidões positivas com efeito de negativas e certidões positivas que noticiem em seu corpo que os débitos estão judicialmente garantidos ou com sua exigibilidade suspensa.
- 6.6. Por ocasião de cada pagamento, serão feitas as retenções eventualmente devidas em função da legislação tributária.

*Den*



- 6.7. A não apresentação de certidões negativas de débito, ou na forma prevista na cláusula 6.5.1, não impede o pagamento, porém será objeto de aplicação de penalidade ou rescisão contratual, conforme o caso.
- 6.8. O pagamento será efetuado por crédito em conta corrente, no BANCO DO BRASIL S/A, conforme estabelecido no Decreto nº 51.197/2010, publicado no DOC do dia 22 de janeiro de 2010.
- 6.9. Fica ressalvada qualquer alteração por parte da Secretaria Municipal de Finanças, quanto às normas referentes ao pagamento de fornecedores.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO CONTRATUAL E PRORROGAÇÃO**

- 7.1. O presente contrato vigorará pelo prazo de **12 (doze) meses**, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por idênticos períodos e nas mesmas condições, desde que haja concordância das partes, observado o limite legal previsto na Lei Federal nº 8.666/93.
- 7.2. Caso a **CONTRATADA** não tenha interesse na prorrogação do ajuste deverá comunicar este fato por escrito à **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias da data de término do prazo contratual, sob pena de incidência de penalidade contratual.
- 7.3. Na ausência de expressa oposição, e observadas as exigências contidas nos incisos I e II do artigo 46 do Decreto Municipal 44.279/2003, o ajuste será prorrogado, mediante despacho da autoridade competente.
- 7.4. A não prorrogação do prazo de vigência contratual, por conveniência da Administração, não gerará à **CONTRATADA** o direito a qualquer espécie de indenização.
- 7.5. Não obstante o prazo estipulado na cláusula 7.1., a vigência contratual nos exercícios subsequentes ao da assinatura do contrato estará sujeita à condição resolutiva, consubstanciada na existência de recursos aprovados nas respectivas Leis Orçamentárias de cada exercício, para atender as respectivas despesas.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DO CONTRATO E DA RESCISÃO**

- 8.1. O presente contrato é regido pelas disposições da Lei Federal 8.666/93 combinada com a Lei Municipal 13.278/2002, Decreto Municipal 44.279/2003 e demais normas complementares aplicáveis à espécie.
- 8.2. O ajuste poderá ser alterado nas hipóteses previstas no artigo 65 da Lei Federal 8.666/93.
- 8.3. A **CONTRATANTE** se reserva o direito de promover a redução ou acréscimo do percentual de 25% (vinte e cinco por cento), do valor inicial atualizado do contrato, nos termos deste.

*Deva*





- 8.4. Dar-se-á a rescisão do contrato em qualquer dos motivos especificados no artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93, bem assim o referido no parágrafo único do artigo 29 da Lei Municipal nº 13.278/2002, independentemente da notificação ou interpelação judicial.
- 8.4.1. Em caso de rescisão administrativa prevista no artigo 79, inciso I da Lei 8.666/93 ficam reconhecidos os direitos da Administração especificados no mesmo diploma legal.

#### **CLÁUSULA NONA - DA FISCALIZAÇÃO E RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS**

- 9.1. A execução dos serviços será feita conforme o ANEXO I – Termo de Referência, que é parte integrante do presente instrumento.
- 9.2. A execução dos serviços objeto deste contrato deverá ser atestada pelo responsável pela fiscalização, pela **CONTRATANTE**, atestado esse que deverá acompanhar os documentos para fins de pagamento conforme Cláusula Sexta.
- 9.2.1. A fiscalização será exercida de acordo com o Decreto Municipal nº 54.873/14.
- 9.3. O objeto contratual será recebido consoante as disposições do artigo 73, da Lei Federal nº 8.666/93 e demais normas municipais pertinentes.
- 9.4. **O objeto contratual deverá ser avaliado e atestado pelos fiscais conforme Itens 12 e 13 do Anexo I – Termo de Referência.**
- 9.5. O recebimento e aceite do objeto pela **CONTRATANTE** não exclui a responsabilidade civil da **CONTRATADA** por vícios de quantidade ou qualidade dos serviços, materiais ou disparidades com as especificações estabelecidas no Anexo I, verificadas posteriormente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – PENALIDADES**

- 10.1. Com fundamento nos artigos 86 e 87, incisos I a IV, da Lei nº 8.666, de 1993; e no art. 7º da Lei nº 10.520, de 17/07/2002, nos casos de retardamento, de falha na execução do contrato ou de inexecução total do objeto, observando-se os procedimentos contidos no Capítulo X do Decreto Municipal nº 44.279/03, a contratada poderá ser apenada, isoladamente, ou juntamente com as multas definidas no item 10.2, com as seguintes penalidades:
- a) advertência;
  - b) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Municipal, por prazo não superior a dois anos;
  - c) 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 pelos prejuízos



resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior;  
ou

- d) impedimento de licitar e contratar com a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios e descredenciamento nos sistemas de cadastramento de fornecedores a que se refere o inciso XIV do art. 4º da Lei nº 10.520/2002, pelo prazo de até cinco anos.

10.2. A **CONTRATADA** estará sujeita às seguintes penalidades pecuniárias:

10.2.1. **Multa de 1% (um por cento)** por dia de atraso no início da prestação de serviços, computada sobre o valor mensal da Unidade da SMS em que ocorreu o atraso, até o máximo de 10 (dez) dias.

10.2.1.1. No caso de atraso por período superior a 10 (dez) dias, poderá ser promovida, a critério exclusivo da **CONTRATANTE**, a rescisão contratual, por culpa da **CONTRATADA**, aplicando-se a pena de multa de 20% (vinte por cento) do valor total do contrato.

10.2.2. **Multa de 10% (dez por cento)** sobre o valor mensal do contrato, por local de prestação dos serviços, nas hipóteses de descumprimento ou cumprimento irregular das obrigações assumidas pela **CONTRATADA**;

10.2.3. **Multa de 15% (quinze por cento)** sobre o valor mensal do contrato, por local de prestação dos serviços, no caso de inexecução parcial do objeto licitado;

10.2.4. **Multa por inexecução total do contrato:** 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato.

10.2.5. **Pela rescisão do contrato** por culpa da **CONTRATADA**, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato.

10.2.6. **Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula**, que não diga respeito diretamente à execução do objeto contratual, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o preço mensal;

10.3. Havendo comunicação de desinteresse da **CONTRATADA** em prorrogar o contrato após o prazo previsto na cláusula 7.2. deste contrato, estará sujeita à multa de:

a) 5% (cinco por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação entre o 60º e o 89º dia antes do término do contrato;

b) 10% (dez por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação entre o 20º e o 59º dia antes do vencimento do contrato;

c) 15% (quinze por cento) do valor do contrato, se ocorrida a comunicação a partir do 19º dia antes do vencimento do contrato até o seu termo.

*Beira*



- 10.4. A aplicação da multa não ilide a aplicação das demais sanções previstas no item 10.1, independentemente da ocorrência de prejuízo decorrente da descontinuidade da prestação de serviço imposto à Administração.
- 10.5. O valor da multa poderá ser descontado das faturas devidas à **CONTRATADA**, conforme dispõe o parágrafo único do artigo 55 do Decreto Municipal nº 44.279/2003.
- 10.5.1. Se o valor a ser pago à **CONTRATADA** não for suficiente para cobrir o valor da multa, a diferença será descontada da garantia contratual, quando exigida.
- 10.5.2. Se os valores das faturas e da garantia forem insuficientes, fica a **CONTRATADA** obrigada a recolher a importância devida no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da comunicação oficial.
- 10.5.3. Esgotados os meios administrativos para cobrança do valor devido pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, este será encaminhado para inscrição em dívida ativa.
- 10.5.4. Caso o valor da garantia seja utilizado no todo ou em parte para o pagamento da multa, esta deve ser complementada no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contado da solicitação da **CONTRATANTE**.
- 10.6. Caso haja rescisão, a mesma atrai os efeitos previstos no artigo 80 incisos I e IV da Lei Federal nº 8.666/93.
- 10.7. Das decisões de aplicação de penalidade, caberá recurso nos termos do artigo 109 da Lei Federal 8.666/93 e Decreto Municipal nº 44.279/2003, observado os prazos nele fixados.
- 10.7.1. No ato do oferecimento de recurso deverá ser recolhido o preço público devido, nos termos do que dispõe o artigo 17 do Decreto nº 51.714/2010.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA GARANTIA**

- 11.1. Para execução deste contrato, será prestada garantia no valor de R\$ 436.571,15 (quatrocentos e trinta e seis mil quinhentos e setenta e um reais e quinze centavos) correspondente ao importe de 5% (cinco inteiros por cento) do valor total do contrato, nos termos do artigo 56, § 1º, incisos I, II e III da Lei Federal nº 8.666/93, observado o quanto disposto na Portaria SF nº 122/2009.
- 11.1.1. Sempre que o valor contratual for aumentado ou o contrato tiver sua vigência prorrogada, a **CONTRATADA** será convocada a reforçar a garantia, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, de forma a que corresponda sempre a mesma percentagem estabelecida.
- 11.1.2. O não cumprimento do disposto na cláusula supra, ensejará aplicação da penalidade estabelecida na cláusula 10.2 deste contrato.

*Deva*



- 11.2. A garantia exigida pela Administração poderá ser utilizada para satisfazer débitos decorrentes da execução do contrato, inclusive nos termos da Orientação Normativa 2/12 – PGM, e/ou de multas aplicadas à empresa contratada.
- 11.3. A garantia contratual será devolvida após a lavratura do Termo de Recebimento Definitivo dos serviços, mediante requerimento da **CONTRATADA**, que deverá vir acompanhado de comprovação, contemporânea, da inexistência de ações distribuídas na Justiça do Trabalho que possam implicar na responsabilidade subsidiária do ente público, condicionante de sua liberação, nos termos da Orientação Normativa 2/12 – PGM.
- 11.4. A garantia poderá ser substituída, mediante requerimento da interessada, respeitadas as modalidades referidas no artigo 56, §1º, da Lei Federal nº 8.666/93.
- 11.5. A validade da garantia prestada, em seguro-garantia ou fiança bancária, deverá ter validade mínima de 180 (cento e oitenta) dias, além do prazo estimado para encerramento do contrato, por força da Orientação Normativa nº 2/2012 da PGM e Portaria SF nº 76/2019.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 12.1. Nenhuma tolerância das partes quanto à falta de cumprimento de qualquer das cláusulas deste contrato poderá ser entendida como aceitação, novação ou precedente.
- 12.2. Fica ressalvada a possibilidade de alteração das condições contratuais em face da superveniência de normas federais e/ou municipais que as autorizem.
- 12.3. Fica a **CONTRATADA** ciente de que a assinatura deste termo de contrato indica que tem pleno conhecimento dos elementos nele constantes, bem como de todas as condições gerais e peculiares de seu objeto, não podendo invocar qualquer desconhecimento quanto aos mesmos, como elemento impeditivo do perfeito cumprimento de seu objeto.
- 12.4. Ficam fazendo parte integrante deste instrumento, para todos os efeitos legais, o edital da licitação que deu origem à contratação, com seus Anexos e a Proposta da contratada (Documento SEI nº055254292).
- 12.5. Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

*Dea*



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO SEI Nº 6110.2021/0012876-2

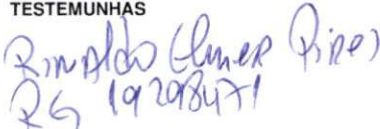
12.6. Fica eleito o foro desta Comarca para todo e qualquer procedimento judicial oriundo deste Contrato, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja ou venha a ser.

E por estarem de acordo as partes **CONTRATANTES**, lavrado o presente instrumento, que, lido e achado conforme, segue assinado em duas vias de igual teor e forma.

  
**EDSON APARECIDO DOS SANTOS**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE

  
**DANIEL GONÇALVES ALDRIGHI**  
C.A.P SERVIÇOS MÉDICOS  
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

  
Rômulo Cláudio Pires  
RG 19208471





De acordo com os Despachos (SEI 056775231/057238912)  
SP 26/04/2021  
Assessoria Jurídica  
RF. 024 00000000  
SMS/S



**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO:**

Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de transporte/ remoção terrestre de pacientes adultos, pediátricos, lactentes e neonatal em ambulâncias Tipo B (Suporte Básico) e Tipo D (UTI Móvel) com cobertura de 24 horas, para as Unidades pertencentes a Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

**2. DO OBJETIVO**

O Termo de Referência é um documento cujo objetivo é estabelecer as regras para possibilitar a contratação de Empresa Especializada em Prestação de Serviços de Transporte e Remoção inter-hospitalar de pacientes/ usuários das Unidades pertencentes à **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS)**. As leis que norteiam este Termo de Referência são: Lei Complementar 1.139 de 06/11. Portarias: CVS 9/94; 6/99 SVS/MS; 814/MS/01; 2048/02; 824/99/GM; 344/98 SVS/MS; 930/92 MS; CVS 04/2011 e 2755/12 SMS/G; CFM 1672/03 e Portaria 2215/2016 da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e demais legislações pertinentes ao objeto ou que vierem a atualizar/ substituir as ora citadas.

**3. DA DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de remoções na Cidade de São Paulo e Grande São Paulo definida pela lei complementar 1.139 de 06/2011 incluindo os municípios de Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista em ambulâncias Tipo B (suporte básico) e Tipo D (UTI móvel) e interior com ambulâncias Tipo B (Suporte Básico) e Tipo D (UTI móvel) com quilometragem calculada pelo menor trajeto rodoviário da Unidade de origem até o destino.

**4. DA JUSTIFICATIVA**

A presente contratação de empresa especializada em prestação de serviços de remoções / transporte na Cidade de São Paulo, Grande São Paulo – em Ambulâncias **Tipo B** (suporte básico) e **Tipo D** (UTI móvel), 24

(vinte e quatro) horas se faz necessária para pacientes que necessitam de realização de exames complementares de apoio diagnóstico de urgência/emergência e/ou investigação clínica em caráter de internação hospitalar em Unidades de saúde diversas do seu atendimento inicial, além de remoções para outras Unidades Hospitalares como destino final ao tratamento, colaborando assim para maior segurança no atendimento e conseqüentemente melhor recuperação do paciente, além disso, com menores riscos do agravamento do seu estado clínico.

Quanto às remoções para o Interior, fazem-se necessárias para transferência do paciente para outros serviços de saúde ou para continuidade do cuidado pelos familiares, possibilitando diminuição da média de permanência e aumentando o giro de pacientes nos hospitais municipais.

Faz-se necessário também o transporte por ambulâncias **Tipo B** (suporte básico) e **Tipo D** (suporte avançado) quando, o paciente na alta hospitalar não apresentar condições para deambular (acamado) e se locomover por meios próprios ou deverá permanecer em tratamento domiciliar com cuidados especiais (HOME CARE, EMAD, etc.).

## **5. DAS UNIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

### **LOTE 1:**

#### **HMACN – HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORREA NETO**

Alameda Rodrigo de Brum, 1989 – Ermelino Matarazzo – Fone: (11) 3394-8160 – 3394-8108

#### **HMTS – HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETÚBAL**

Rua Dr. José Guilherme Eiras, 123 – São Miguel Paulista – Fone: (11) 3394-8770 – 3394-8829

#### **HMWP – HOSPITAL MUNICIPAL PROF. WALDOMIRO DE PAULA**

Rua. Augusto Carlos Baumann, 1.074 – Itaquera – Fone: (11) 3394-8990 – 3394-8996

### **LOTE 2:**

#### **HMCC – HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO**

Avenida Celso Garcia, 4815 – Tatuapé – Fone: (11) 33946980 – 33946982

#### **HMAZ – HOSPITAL MUNICIPAL DR. ALEXANDRE ZAIO**

Rua Alves Maldonado, 128 – Vila Nhocuné – Fone: (11) 33949110 – 33949213

#### **HMIGP – HOSPITAL MUNICIPAL DR. IGNÁCIO PROENÇA DE GOUVEIA**

Rua Juventus, 562 – Mooca – Fone: (11) 33947810 – 33947816

DeA

## 6. DAS QUANTIDADES ESTIMADAS

Planilha com número de Postos Fixos e Quantitativo Estimado mensal de Remoções Extras para Ambulâncias Tipo B (Suporte Básico) e Tipo D (UTI) e Remoções Fora da Grande São Paulo em Ambulância Tipo B (Suporte Básico) e Tipo D (UTI):

LOTE 1 - LESTE				
Tipo de Ambulância	Posto/Trajeto	HMACN	HMTS	HMWP
		Quanti//	Quanti//	Quanti//
POSTOS FIXOS/ MÊS				
B	Fixa 12h Dia	2	2	2
	Fixa 24h	0	0	0
REMOÇÕES EXTRAS DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO/ MÊS				
B	Ida	60	20	25
	Ida e Volta	30	25	45
D	Ida	30	20	20
	Ida e Volta	40	25	35
REMOÇÕES EXTRAS FORA DA GRANDE SÃO PAULO/ ANO				
B	Até 200 Km	5	4	4
	Até 350 Km	1	1	1
	Até 500 Km	0	0	0
D	Até 200 Km	1	1	1
	Até 350 Km	1	1	1
	Até 500 Km	1	1	1

LOTE 2 - SUDESTE				
Tipo de Ambulância	Posto/Trajeto	HMCC	HMAZ	HMIPG
		Quanti//	Quanti//	Quanti//
POSTOS FIXOS/ MÊS				
B	Fixa 12h Dia	1	0	0
	Fixa 24h	1	1	1
REMOÇÕES EXTRAS DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO/ MÊS				
B	Ida	10	25	20
	Ida e Volta	70	40	20
D	Ida	30	30	25
	Ida e Volta	55	50	30
REMOÇÕES EXTRAS FORA DA GRANDE SÃO PAULO/ ANO				
B	Até 200 Km	5	2	7
	Até 350 Km	0	0	0
	Até 500 Km	0	1	0
D	Até 200 Km	14	1	3
	Até 350 Km	1	0	0
	Até 500 Km	0	0	0

Fonte: baseado na média mensal de remoções de Janeiro 2019 à Fevereiro de 2020 (em Março de 2020 se iniciou a Pandemia de Covid, assim, estes dados não foram utilizados por desvirtuar a média convencional de execução).

*Dev*



- 6.1. Excepcionalmente, nos casos justificados pelo **Plantão Técnico Administrativo (PTA)** das Unidades requisitantes e autorizados pela **Coordenadoria de Assistência Hospitalar (SMS/CAH)** da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, a **CONTRATANTE** poderá solicitar mais uma Ambulância do **Tipo "B"**, como Posto Fixo, pelo período em que forem mantidas as condições de excepcionalidade.
- 6.1.1. Os valores de referência para pagamento do item 6.1., serão os mesmos utilizados para cotação das Ambulâncias do **Tipo "B"** nos postos fixos.
- 6.1.2. A situação excepcional não poderá exceder a 60 (sessenta) dias/ano, para cada item, seja período contínuo ou a soma de períodos intercorrentes.

## **7. DAS REMOÇÕES PARA FORA DA GRANDE SÃO PAULO**

- 7.1. Excepcionalmente, nos casos justificados pelo **Plantão Técnico Administrativo** das Unidades requisitantes e autorizados pela **Coordenadoria de Assistência Hospitalar** da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, a **CONTRATANTE** poderá solicitar Remoção Extra em Ambulância do **Tipo "B"** ou **Tipo "D"** só **IDA** ou **IDA e VOLTA**, para **Remoção para fora da Grande São Paulo**.
- 7.2. Estas remoções serão disponibilizadas para os pacientes dos Lotes 1 e 2 e serão reguladas pelo **PTA** e **SMS/CAH**. A Unidade, diante da necessidade da remoção fora da Grande São Paulo, irá acionar o **PTA** ou **SMS/CAH** via e-mail e informará dados do paciente e justificativa para a remoção, a qual será autorizada ou não. Em ocorrendo a remoção, a Unidade deverá, no final do mês, enviar um atestado das remoções intermunicipais ocorridas no período para apontamento da **SMS**. Será considerada para cálculo do valor das mesmas, a distância percorrida entre a saída da Unidade de origem do paciente e a chegada no destino em km rodado (ida) ou a distância percorrida entre a saída da Unidade de origem do paciente e a chegada no destino adicionado a distância da Unidade destino para retorno à Unidade de origem em km rodado (ida e volta), conforme planilhas constantes do item 6 deste Termo de Referência.

## **8. DA DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO**

- 8.1. Os veículos destinam-se a transferências de pacientes que se encontram nos Hospitais da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO**, e necessitam de transferência inter-hospitalar ou para outros serviços de saúde, realização de exames para apoio diagnóstico, remoção para domicílio ou outra instituição e de pacientes que, na alta hospitalar, não apresentarem condições para deambular (acamado) e se locomover por meios próprios.

*DLA*

- 8.2. Os destinos dos pacientes serão informados pela Unidade solicitante, sujeitas a alterações quando necessário, com as devidas justificativas.
- 8.3. Quando acionadas, as Ambulâncias deverão apresentar-se no hospital de origem em condições de iniciar o trabalho de forma imediata, ou seja, estarem equipadas e com funcionários qualificados atendendo as características de cada tipo de Ambulância: **Tipo B** (Suporte Básico), e **Tipo D** (UTI-adulto, pediátrica e neonatal, conforme solicitação).
- 8.4. As transferências inter-hospitalares por Ambulâncias **Tipo B** e **D** poderão ser solicitadas a qualquer hora do dia ou da noite e deverá transcorrer, entre a solicitação e o atendimento, o tempo máximo estabelecido neste Termo de Referência.
- 8.5. As ambulâncias **Tipo D** deverão ser tripuladas por 01 (um) motorista, 01 (um) médico (a) e 01 (um) enfermeiro (a), uniformizados, com crachá de identificação e fotografia recente, com capacitação técnica específica para a função.
- 8.6. A ambulância **Tipo B** deverá ser tripulada por 01 (um) motorista e 01 (um) técnico de enfermagem, devidamente treinados, uniformizados, com crachá de identificação e fotografia recente.
- 8.7. O Técnico de Enfermagem deverá ser supervisionado por Enfermeiro conforme legislação do COREN-SP.
- 8.8. É vedado o uso pela **CONTRATADA**, de materiais de consumo (luvas, agulhas, medicamentos, etc), equipamentos ou enxoval (lençol, cobertor, etc) pertencentes a qualquer Unidade da **CONTRATANTE**.
- 8.9. O Veículo deverá ser tipo furgão, modelo longo, teto alto adaptado para Ambulância, com porta lateral deslizante e portas traseiras com capacidade de transporte de um paciente e um acompanhante, assim como a tripulação, sendo as medidas Internas aproximadas do compartimento do paciente, da ambulância de Suporte Básico, de acordo com as normas da ABTN – NRB nº 14.561 de julho de 2000:
  - Altura mínima (assoalho ao teto) 1,50m;
  - Largura mínima 1,60 m (medida 30 cm acima do assoalho do veículo);
  - Comprimento mínimo do compartimento 2,10 m (medida da porta traseira ao encosto do banco do motorista).
- 8.10. Os veículos, durante toda a vigência do contrato, deverão ter no máximo 05 (cinco) anos de fabricação, mantidos em bom estado de conservação e condições de operação, com contrato

de manutenção preventiva e corretiva, e o relatório da manutenção preventiva ser anexado ao relatório mensal. Caso a ambulância não apresente condições adequadas, mesmo com tempo de fabricação inferior a 05 (cinco) anos, deverá ser substituída conforme solicitação formal da **SMS**, com justificativa e dados comprobatórios baseados nos atestados de conformidade emitidos pelas Unidades de saúde discriminadas no Item 5 deste Termo de Referência.

- 8.11. Quando da manutenção dos veículos do Posto Fixo, os mesmos deverão ser substituídos, sendo que, caso não haja substituição, serão considerados como veículos faltantes, ficando a **CONTRATADA** sujeita as penalidades cabíveis. A **CONTRATANTE** poderá solicitar a qualquer momento, durante a vigência do contrato, os documentos que comprovem a manutenção e condição do veículo.
- 8.12. Os veículos deverão estar com documentação em ordem, devidamente licenciados, em conformidade com o Código Nacional de Trânsito – CNT e em perfeitas condições de funcionamento.
- 8.13. Os veículos deverão conter adesivos com o nome da empresa visível na lataria externa; ser identificados por números na lateral do veículo e estar providos de equipamentos de sinalização e identificação dos mesmos.
- 8.14. Os veículos deverão atender a todas as normas de Vigilância Sanitária, em vigor, tais como a Portaria nº 2048 de 05/11/2002 e demais normas pertinentes vigentes.
- 8.15. Todo o interior dos veículos deverá ser mantido limpo e submetido regularmente ao processo de desinfecção após o transporte de pacientes, atendendo aos preceitos da **Lei 9431/1997** que trata sobre o controle da infecção hospitalar. Nas ambulâncias fixas, a limpeza deverá ser efetuada na Unidade, com anuência do Fiscal do Contrato.
- 8.16. Os veículos devem possuir sistema seguro de fixação de maca no assoalho do veículo, cintos de segurança para o paciente e para todos os passageiros.
- 8.17. As superfícies internas deverão ser forradas de material que permita e resista aos métodos de desinfecção normalmente utilizados.
- 8.18. Os veículos deverão contar com estepe instalado em local que não interfira com o paciente em sua movimentação.
- 8.19. As superfícies internas e armários deverão ter os cantos arredondados, não apresentando quinas.
- 8.20. As janelas do compartimento do paciente deverão ser de vidro, podendo ter linhas jateadas.

*DCM*

- 8.21. Os compartimentos deverão oferecer segurança e acomodação para a operação.
- 8.22. A **CONTRATADA** deverá, quando solicitado, garantir o transporte seguro e em maca adequada de pacientes obesos mórbidos.
- 8.23. Quando da formalização da contratação, haverá vistoria das ambulâncias alocadas nos Postos Fixos, Ambulâncias **Tipo B**, das Unidades para prestação de serviços, pelos Fiscais Locais nas Unidades da **CONTRATANTE**, bem como de pelo menos uma das ambulâncias **Tipo D** (UTI) e o início do contrato só se dará após a aprovação dos veículos para o serviço.
- 8.24. Todos os profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, deverão estar devidamente registrados em seus respectivos conselhos profissionais: **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Conselho Regional de Farmácia de São Paulo (COREN-SP, CRM-SP e CRF-SP)**, devendo ser apresentado no início das atividades à Fiscalização Local do Contrato e anualmente comprovante de legalidade do exercício profissional, durante a vigência do contrato com a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**.
- 8.25. Todos os profissionais, além de treinados e habilitados para suas funções, deverão também adotar em sua conduta os preceitos básicos de educação, cortesia e profissionalismo.
- 8.26. A **CONTRATADA** deverá apresentar comprovação referente à qualificação dos funcionários.
- 8.27. Os motoristas deverão possuir **Carteira Nacional de Habilitação, categoria "D" ou superior**, devendo esta comprovação ser entregue à Gerência de Contratos da **CONTRATANTE**, no primeiro mês da prestação de serviços ou a qualquer momento, quando solicitado.
- 8.28. Todos os funcionários alocados pela **CONTRATADA** para a execução dos serviços, deverão se apresentar ao trabalho devidamente uniformizados, com **EPis** (Equipamentos de Proteção Individuais) e munidos de crachá com foto recente e logotipo da **CONTRATADA** apropriado que permita sua fácil e rápida identificação.
- 8.29. No caso da **CONTRATADA** designar, para qualquer remoção, profissional não previamente cadastrado, deverá a equipe apresentar à Unidade documento formal da **CONTRATADA**, com apresentação de cópia e originais dos registros profissionais e demais documentos comprobatórios.
- 8.30. A não observância da comprovação constitui **FALTA GRAVE** e impedirá o transporte, sem qualquer obrigação de pagamento por parte da **CONTRATANTE**, acarretando notificação para

*Dea*

aplicação de penalidade nos termos do contrato e respeitando o princípio constitucional de defesa.

- 8.31.** Não caberão cobranças adicionais por hora parada, nem por solicitações que, devidamente justificadas, tenham sido canceladas antes da chegada da equipe à Unidade solicitante. Para remoções canceladas pela Unidade Requisitante no ato da remoção devido, por exemplo, à instabilidade do paciente, poderá ser faturado um trecho de remoção Ida do tipo de Ambulância solicitada.
- 8.32.** Para remoções fora da Grande São Paulo, para aferição da quilometragem será usado como ferramenta o menor trajeto apontado pelo aplicativo **"Google Maps"** no endereço eletrônico **"maps.google.com.br"**, ou, na falta deste, a **CONTRATADA** indicará outra ferramenta equivalente.
- 8.33.** Para o Posto Fixo Excepcional descrito no item 6.1., o pagamento ocorrerá junto com o valor mensal em proporcionalidade aos dias utilizados.
- 8.34.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar aos Fiscais Locais do contrato em cada Unidade Hospitalar, o acesso ao Sistema de Rastreamento GPS das Ambulâncias Fixas para o devido gerenciamento dos serviços. Para as Remoções Extras deverá ser fornecido acesso ao Sistema de Rastreamento GPS das Ambulâncias ou minimamente acesso ao Sistema Eletrônico de Monitoramento da **CONTRATADA** para acompanhamento dos horários de saída e chegada das Ambulâncias que executaram as Remoções Extras. Tanto o Sistema de Rastreamento GPS quanto o Sistema Eletrônico de Monitoramento da **CONTRATADA** deverão ser dotados de capacidade de emissão de relatórios por até 3 (três) meses.
- 8.35.** Em Remoções Ida e Volta, tanto de Postos Fixos, como pra Remoções Extras, as equipes técnicas da **CONTRATADA** deverão comunicar o seu retorno ao Núcleo Interno de Regulação do Hospital para a perfeita conclusão da avaliação dos serviços prestados.
- 8.36.** A **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** não se responsabilizará por atitudes dos funcionários da **CONTRATADA** que acarretem problemas com usuários ou outras instituições, podendo, no entanto, afastá-los de imediato, sendo que a **CONTRATADA** deverá responder por eventuais danos causados por seus prepostos à Administração ou a terceiros.

*Den*

## 9. DOS VEÍCULOS

### 9.1. AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO)

Aplica-se aos casos de remoção/transporte de pacientes entre Unidades, para realização de exames de diagnóstico e/ou procedimentos indisponíveis na Unidade de atendimento bem como para alta hospitalar de pacientes acamados sem condições de deambular, com destino ao domicílio do paciente ou às casas de apoio conveniadas a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**.

#### 9.1.1. A ambulância deverá conter as seguintes características:

- a) Sinalizador visual e acústico, com acionamento no compartimento do motorista e sirene eletromecânica rotativa de som contínuo;
- b) Equipamento de rádio comunicação fixo e móvel;
- c) Revestimento lateral lavável e teto compensado com fórmica ou PRFV (plástico reforçado com fibra de vidro);
- d) Janela de correr na porta lateral;
- e) Piso impermeável revestido em vinil de alta resistência;
- f) Maca de aço, com cabeceira móvel e colchonete em curvim, com sistema de tratamento modelo engate rápido e cinto de segurança para fixação do paciente na maca;
- g) Banco para assistente e acompanhante em curvim;
- h) Armários para armazenamento de medicamentos/materiais;
- i) Suporte para soro, instalado ao lado da maca;
- j) Suporte para cilindro de oxigênio de 7 litros;
- k) Cilindro de oxigênio com fluxômetro, válvula com manômetro e umidificador de oxigênio com chicote e máscara;
- l) Ventilador oscilante na porta lateral;
- m) Luminárias fluorescentes no compartimento do paciente;
- n) Régua tripla com fluxômetro, válvula e manômetro, inalador, umidificador e aspirador compacto (tipo venture), todas em perfeitas condições de pronto uso;

*Dea*

- o) Todos os componentes necessários para garantir a segurança e integridade física dos transportados (coletes refletivos para tripulação, lanterna de mão e faixa de sinalização), respeitando a NR 32;
- p) Maleta de Urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual com reservatório adulto/infantil, cânulas de Guedel de tamanhos variados, luvas de procedimento, tesoura corta veste, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras crepe de 15 cm, compressas de gaze estéril, saco coletor, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos;
- q) Material adequado para desinfecção de ambulâncias.

## 9.2. AMBULÂNCIA TIPO D (UTI)

- 9.2.1. Aplica-se aos casos de urgência/emergência médica, em assistência a pacientes com alto risco de morte, com destino a Unidades de tratamento específico, com aporte tecnológico diferenciado para manutenção da vida de pacientes adultos, infantis e neonatos.
- 9.2.2. Deverá disponibilizar serviços contínuos 24 (vinte e quatro) horas especializados em remoções, com disponibilidade de ambulância **Tipo D**, denominada ambulância UTI móvel (veículo destinado ao transporte de pacientes graves). Deverá atender em suas características a Portaria 2048/2002, com equipe qualificada de 1 (um) médico, 1(um) enfermeiro e 1(um) motorista socorrista.
- 9.2.3. Os profissionais que tripulam a ambulância **Tipo D** deverão ter preparo e habilidade para transporte e monitoramento de pacientes graves adulto, pediátrico, lactentes e neonatos.
- 9.2.4. Para o atendimento a neonatos deverá atender a Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 e será equipada com uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados.
- 9.2.5. A realização dos cuidados deverão seguir os preceitos da **Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde**.

## 9.3. Equipamentos, Fármacos e Materiais obrigatórios para Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D – U.T.I. Móvel) atendendo a Portaria 2048/2002 do MS:

*Dea*

- a) Sinalizador visual e acústico, com acionamento no compartimento do motorista e sirene eletromecânica rotativa de som contínuo;
- b) Equipamento de comunicação móvel;
- c) Maca retrátil articulada com rodas e cinto de segurança para fixação do paciente na maca e suporte de soro móvel;
- d) Suporte de teto para soro (quantidade  $O^2$ );
- e) Rede portátil de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída, que permita ventilação mecânica por no mínimo 2h;
- f) Rede de oxigênio com régua tripla para:
  - i. alimentação do respirador;
  - ii. fluxômetro e umidificador de oxigênio;
  - iii. aspirador tipo Venturi;
- g) Manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação, em local de fácil visualização;
- h) 2 (dois) cilindros portáteis de oxigênio com válvula, com capacidade de 2.000 litros ( $2 m^3$ ) cada, totalizando 4.000 litros ( $4 m^3$ );
- i) Respirador eletrônico portátil para uso adulto/infantil/neonatal ciclado a volume e a pressão, com PEEP, com controle de fluxo, com alarme para pressão, volume e frequência e com controle de  $FiO_2$ ;
- j) Monitor/Desfibrilador com bateria e instalação elétrica compatível e marca-passo externo não invasivo para uso adulto/infantil (Marca Passo Transcutâneo);
- k) 02 (duas) bombas de infusão com bateria e equipo comum e fotossensível ou quantas a Unidade Requisitante solicitar a depender da instabilidade do paciente (02 Unidades de cada equipo);
- l) Oxímetro de pulso com sensor adulto/infantil e no caso de remoção neonatal, oxímetro de pulso com sensor neonatal;
- m) Cobertor Adulto/Infantil ou manta metálico;
- n) No caso de remoção neonatal, incubadora eletrônica de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada

*Deis*



sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e seus acessórios bem como equipamentos adequados para recém natos (prematuros e de baixo peso);

- o)** Sondas vesicais;
- p)** Coletores de urina;
- q)** Sondas nasogástricas de vários tamanhos;
- r)** Eletrodos descartáveis adulto e infantil;
- s)** Equipos para drogas fotossensíveis;
- t)** Equipos para bombas de infusão;
- u)** Circuito de respirador estéril de reserva;
- v)** Equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, aventais, máscaras cirúrgicas descartáveis, e luvas de procedimentos;
- w)** Antisséptico;
- x)** Conjunto de colares cervicais adulto e infantil;
- y)** Prancha longa para imobilização da coluna;
- z)** Termômetro;
- aa)** Lençóis descartáveis de maca;
- bb)** Recipiente para materiais perfurocortante;
- cc)** Cilindro portátil de oxigênio;
- dd)** Suporte de soro para maca;
- ee)** Material para inalação;
- ff)** Comadre e papagaio;
- gg)** Fraldas descartáveis - adulto e infantil;
- hh)** Maleta de Urgência contendo: Estetoscópio adulto, infantil e neonatal, Ressuscitador manual adulto/infantil/neonatal com reservatório de O<sub>2</sub> e máscara, Cânulas orofaríngeas de 2,5 a 8,5 (2,5 a 4,5 sem cuff e 5,0 a 8,5 com cuff), Luvas descartáveis estéreis nº 7, 7,5, 8 e 8,5; Tesoura reta com ponta romba; Esparadrapo 10cm x4,5 m; Esfigmomanômetro aneróide adulto/infantil/neonatal; Cateteres para oxigenação tipo óculos e de aspiração

*DLR*

de vários tamanhos; Umidificador completo; Ataduras de crepe de tamanhos variados (5, 10, 15 e 20cm); Compressas cirúrgicas estéreis; Pacotes de gaze estéril; Protetores para queimados ou eviscerados;

- ii)* Maleta com Fármacos - (atender a Portaria 2048/2002): Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor; Epinefrina (adrenalina); Atropina; Dopamina; Noradrenalina; Dobutamina; Terbutalina; Hidrocortisona de 500 mg; Glicose a 25 e 50%; Antiarrítmicos, Água destilada de 10 ml; Metoclopramida; Dipirona; Hioscina; Dinitrato de isossorbitol; Furosemida; Amiodarona; Captopril 25mg; AAS; Brometo de ipatrópio; Bromidrato de fenoterol e Cetoprofeno ou tenoxicam;
- jj)* Psicotrópicos: Hidantoína injetável; Morfina; Diazepan de 10mg injetável e via oral; Midazolam de 15 mg injetável, Fentanila, Cetamina;

9.4. A **CONTRATADA** deve designar formalmente farmacêutico responsável pelo controle da validade dos medicamentos e enfermeiro responsável pela validade da esterilização dos materiais médicos hospitalares, no primeiro mês de execução da prestação do serviço, e sempre que houver substituição na função, com envio de documentação comprobatória quanto ao registro profissional e responsabilidade técnica e as maletas de medicamentos deverão ter seu estoque inicial e controle autorizado pela Autoridade Sanitária local, conforme capítulo X, artigo 117 e seguintes da Portaria nº 6 de 29 de janeiro de 1999, que aprova a Instrução Normativa da Portaria 344 de 12 de maio de 1998.

## 10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 10.1. A **CONTRATADA** deverá apresentar Licença Sanitária atendendo a Portaria 2215/2016- SMS.G para ambulâncias **Tipo B e D**. Apresentar renovação do CMVS (Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária), conforme legislação vigente.
- 10.2. A **CONTRATADA** deverá, no caso de Ambulâncias registradas em outros municípios, apresentar a Licença/Alvará Sanitário emitido pela Vigilância Sanitária local (do respectivo município sede, dentro da validade, para Ambulância **Tipo B** (suporte básico) e **Tipo D** (suporte avançado)).
- 10.3. A **CONTRATADA** deverá possuir e arcar com despesas de seguro de todos os veículos locados, cobrindo quaisquer danos envolvendo pacientes, acompanhantes e terceiros durante toda a vigência do contrato.

*Deia*

- 10.4. A **CONTRATADA** deverá prestar serviço de remoções/transporte com ambulâncias **Tipo B e D** com profissionais qualificados e comprovar a adaptação de transporte para neonato atendendo a Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 – M.S.
- 10.5. A **CONTRATADA** deverá, para remoção de urgência, disponibilizar as ambulâncias **Tipo B e D** em até 60 (sessenta) minutos para o primeiro chamado e a partir do segundo, quando houver chamados simultâneos na mesma Unidade Hospitalar, a **CONTRATADA** terá até 120 (cento e vinte) minutos para envio da segunda ambulância, sendo obrigatória a comprovação da simultaneidade através do relatório mensal, conforme este Termo de Referência. Em situações como: enchentes, greves de transportes públicos ou apagões o atendimento deverá se dar no menor tempo possível dado a urgência.
- 10.5.1. Nas remoções em ambulância **Tipo B e D** para realização de procedimentos, exames e outros que não sejam de urgência, a Unidade poderá agendar a remoção antecipadamente, devendo a **CONTRATADA** atender dentro do prazo estabelecido pela Unidade e, portanto, os prazos do item 10.5 não se aplicam para este caso.
- 10.6. A **CONTRATADA** deverá, para remoções intermunicipais, disponibilizar a ambulância **Tipo B e D** no prazo estabelecido pela Unidade.
- 10.7. A **CONTRATADA** deverá, para remoções **Tipo B** com o Posto Fixo, disponibilizar a ambulância no prazo solicitado pela Unidade.
- 10.8. A **CONTRATADA** deverá atender as portarias: CVS 09/1994 e CFM 1672/2003.
- 10.9. A **CONTRATADA** deverá designar profissionais para responder tecnicamente pelas equipes médica e de enfermagem conforme determinação dos respectivos conselhos.
- 10.10. A **CONTRATADA** deverá abastecer as ambulâncias fixas fora do horário de atividade estabelecido pela Unidade. Em casos excepcionais, a saída em outros horários deverá ser realizada com a autorização da **CONTRATANTE**.
- 10.11. A **CONTRATADA** deverá manter, permanentemente, Ambulância(s) **Tipo B**, durante 12 (doze) horas, de segunda a domingo diurno. O horário de início do turno será determinado pelo Gestor do Contrato, podendo iniciar entre 6:00h e 8:00 horas.
- 10.12. A **CONTRATADA** deverá manter, permanentemente, nas Unidades hospitalares previamente elencadas neste termo, Ambulância(s) **Tipo B**, durante 24 (vinte e quatro) horas, de segunda a domingo. O horário de início do turno será determinado pelo Gestor do Contrato, podendo iniciar entre 6:00h e 8:00 horas.



- 10.13. No início do contrato a CONTRATADA deverá apresentar A **CONTRATADA** deverá apresentar **checklist** de equipamentos e materiais, bem como condições da Ambulância, que por sua vez, deverá ser aprovado pela Fiscalização Local da CONTRATANTE. A conferência embasada no checklist deverá ser realizada a cada remoção extra solicitada, sendo apontado avaliação em Acordo de Nível de Serviço por profissional da Unidade. Para as Ambulâncias dos Postos Fixos, tal conferência deverá ser realizada no início de cada turno.
- 10.14. A **CONTRATADA** deverá apresentar a Ambulância solicitada em alto nível de asseio, tanto estética como biológico livre de detritos ou sujidades, para garantir o controle de infecção hospitalar e a segurança do paciente.
- 10.15. A **CONTRATADA** deverá transportar o paciente, seu acompanhante e a equipe, obedecendo às normas estabelecidas pelo Código Nacional de Trânsito, para garantia da integridade física e psicológica dos transportados.
- 10.16. A **CONTRATADA** deverá prestar os serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia de segunda a domingo, via central telefônica e Sistema Eletrônico de Monitoramento, a serem colocados à disposição das equipes dos NIRs e Fiscalização Local do contrato, que deverá(ão) ser informado(s) no início do contrato e sempre que houver alteração o(s) número(s) de telefone, e-mail e endereço para contato.
- 10.17. A **CONTRATADA** deverá fornecer, mensalmente, relação das equipes do(s) Posto(s) Fixo(s), com nome, função, registro no Conselho de Classe e com os horários de trabalho de cada profissional.
- 10.18. A **CONTRATADA** deverá fornecer, mensalmente e sempre que a Fiscalização solicitar, o Espelho das Remoções realizadas, contendo obrigatoriamente os dados do paciente que foi removido, tipo de remoção e nome e assinatura de funcionário que recebeu o paciente na Unidade de destino. Tais espelhos serão utilizados na conferência dos ANSs (Acordos de Nível de Serviço) para o devido apontamento de pagamento, em especial no que tange a Remoções Extras.
- 10.19. A **CONTRATADA** deverá apresentar, por remoção, relatório com a descrição de todas as intercorrências no transporte desde sua saída com o paciente sob seus cuidados até seu destino e as providências tomadas no decorrer da prestação dos serviços.
- 10.20. A **CONTRATADA** deverá oferecer equipe técnica especializada, equipamentos higienizados, em perfeitas condições de uso para o atendimento aos diversos serviços descritos neste termo.

*Dery*

- 10.21. A **CONTRATADA** deverá apresentar aos Fiscais Locais do contrato na Unidade sempre que solicitado:
- 10.21.1. Atestados de manutenção preventiva e calibração em todos os equipamentos médico-hospitalares;
  - 10.21.2. Relação com nome e classificação dos produtos utilizados na assistência, orientações sobre segurança, toxicidade e medidas recomendadas em caso de exposição ambiental de produtos nas Unidades ou em suas dependências;
  - 10.21.3. Relação nominal de todos os equipamentos de proteção individual e coletiva a serem utilizados por seus empregados e pacientes, na realização dos serviços;
  - 10.21.4. Relação nominal de todos os produtos (médico hospitalares, medicamentos e de limpeza como desinfetantes e saneantes) informando: registro em ANVISA, marca/nome comercial, fabricante e fornecedor, data de fabricação e de validade;
  - 10.21.5. Relação de todos os equipamentos médicos, informando marca, modelo, fabricante, com toda a documentação ou certificados que possibilitem identificar a qualidade dos equipamentos disponibilizados durante e contratação;
- 10.22. A **CONTRATADA** deverá, com a maca de transporte, se dirigir a Unidade de internação ou qualquer lugar onde o paciente se encontre para sua remoção. E quando da sua chegada pós procedimento, exame, e outros deverá transportá-lo de maca até a Unidade de internação e outras, sempre se reportando ao Núcleo Interno de Regulação da Unidade.
- 10.23. A **CONTRATADA** deverá, sob sua exclusiva responsabilidade, coordenar, supervisionar e executar os serviços ora contratados, bem como, expressamente reconhece e declara que assume as obrigações decorrentes do contrato.
- 10.24. A **CONTRATADA** deverá arcar com as despesas de combustível, manutenção dos veículos, treinamento e reciclagem/ atualização/ aprimoramento de seus funcionários.
- 10.25. A **CONTRATADA** deverá se comprometer na responsabilidade integral por intercorrências relativas a acidentes de trânsito, multas, danos a terceiros e ao patrimônio de outras pessoas ocorridas em decorrência de sua atividade.
- 10.26. A **CONTRATADA** deverá executar os serviços dentro dos melhores padrões técnicos.
- 10.27. A **CONTRATADA** deverá arcar com todos os encargos fixados pelas Leis Trabalhistas e Previdenciárias, se couber, bem como aqueles referentes a acidentes de trabalho, FGTS, PIS, com respeito a seus empregados/colaboradores envolvidos na prestação de serviços.

- 10.28. A **CONTRATADA** deverá orientar seus funcionários quanto às normas de segurança do trabalho, disciplina e demais regulamentos nas dependências das Unidades Hospitalares.
- 10.29. A **CONTRATADA** deverá substituir sem qualquer ônus e/ou prejuízo para a **CONTRATANTE**, em um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer profissional de seu quadro de pessoal, sempre que houver justificativa da Unidade e solicitação da **SMS/CAH**.
- 10.30. A **CONTRATADA** deverá cobrir danos envolvendo pacientes e acompanhantes sob sua responsabilidade:
- 10.30.1. Em caso de acidentes onde a indenização a terceiros ou às pessoas em que o seguro obrigatório não tenha cobertura, caberá a **CONTRATADA** arcar com estes custos.
- 10.31. A **CONTRATADA** deverá apresentar mensalmente ao Fiscal do Contrato na Unidade, até o terceiro dia útil do mês subsequente a prestação do serviço, toda documentação técnica necessária ao pagamento e demais documentos que atendam a Portaria SF 92/14 da Prefeitura do Município de São Paulo (ou as que a substituam ou complementarem) com detalhamento dos serviços prestados.
- 10.32. A **CONTRATADA** deverá dar ciência imediata e por escrito à **CONTRATANTE** sobre qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços.
- 10.33. A **CONTRATADA** obriga-se prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações sobre a prestação dos serviços, bem assim às recomendações da **CONTRATANTE**, que visem à regular execução do contrato.
- 10.34. A **CONTRATADA** obriga-se pelo acompanhamento de seus funcionários que se acidentarem ou apresentarem mal súbito durante a execução dos serviços, segundo rotinas aceitas internacionalmente.
- 10.35. A **CONTRATADA** deverá a suas expensas, manter fiscalização do andamento das tarefas e assiduidade dos seus funcionários.
- 10.36. A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se, por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus à **CONTRATANTE**, para que não haja interrupção nos serviços prestados.
- 10.37. A **CONTRATADA** deverá manter todos os equipamentos, materiais, veículos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso e deverá também fornecer todos os insumos necessários aos serviços.

*Deia*

- 10.38. A **CONTRATADA** deverá cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito Federal, Estadual ou Municipal, as normas de segurança da **CONTRATANTE**.
- 10.39. A ação ou omissão total ou parcial da fiscalização, não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pela execução dos serviços contratados.

#### **11. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 11.1. Exercer a fiscalização dos serviços a serem executados através do Fiscal Local do contrato em parceria com o Diretor e a Diretoria Técnica das Unidades Hospitalares da **CONTRATANTE**.
- 11.2. Assegurar o livre acesso dos empregados da **CONTRATADA** a todos os locais onde se fizerem necessários seus serviços.
- 11.3. Prestar aos empregados da **CONTRATADA** informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham a executar.
- 11.4. Expedir, por escrito, as determinações e comunicações dirigidas à **CONTRATADA**.
- 11.5. Caberá à **CONTRATANTE** comunicar ou denunciar imediatamente e por escrito qualquer falha ou deficiência por parte da **CONTRATADA**, sempre que estas ocorrerem.

#### **12. DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 12.1. As Unidades da Secretaria deverão preencher, em toda solicitação a ficha de avaliação (Acordo de Nível de Serviço – ANEXO II), da remoção das ambulâncias fixas, extras Tipo “B” e Tipo “D”, constando ainda placa do veículo, o tipo de ambulância e a data da realização do preenchimento, na presença do funcionário da empresa, conforme ANEXO II desse instrumento, que ao final do mês constituirá o conjunto de documentos-base para avaliação do serviço efetivamente prestado, alicerçando o valor mensal do repasse ao prestador.
- 12.1.1. Todas as remoções realizadas, tanto por ambulâncias Fixas Tipo B, quanto Extras, Tipo B e Tipo D (dentro e fora da Grande São Paulo) deverão ser avaliadas através da realização do ANS (Acordo de Nível de Serviço), constante no Anexo II do Termo de Referência.
- 12.1.2. O Compilado destas Avaliações deverá ser encaminhado ao fim do mês para pagamento. Tal compilado está refletido no Anexo III do Termo de Referência.
- 12.2. No final de cada mês as Unidades deverão encaminhar a Sede da Secretaria Municipal da Saúde somente o ANEXO III que constitui da planilha consolidada com o somatório do ANEXO II.

*Dent*

**12.2.1. Para pagamento dos Postos de Ambulâncias Tipo B Fixas – 12h e 24h:**

A Unidade Hospitalar somará as notas de todas as remoções realizadas durante o mês por cada Posto Fixo de Ambulância Tipo B de 12h e por cada Posto Fixo de Ambulância Tipo B de 24h e será atribuído o conceito médio final para o pagamento destes Postos Fixos (Conceito A = 17 a 20 pontos para pagamento de 100% do Posto; Conceito B = 14 a 16 pontos para pagamento de 90% do Posto; Conceito C = 11 a 13 pontos para pagamento de 80% do Posto e Conceito D = 10 ou menos pontos para pagamento de 70% do Posto). No Final do Mês a Unidade Hospitalar apontará no Anexo III do Termo de Referência a quantidade de postos Fixos e o conceito final para pagamento da Fatura de cada Posto Fixo.

**12.2.2. Para pagamento das Remoções Extras de Ambulâncias Tipo B e Tipo D - Dentro da Grande São Paulo (ida e ida e volta) e das Remoções Extras de Ambulâncias Tipo B e Tipo D - Fora da Grande São Paulo:**

A Unidade Hospitalar avaliará individualmente cada Remoção Extra através do ANS (Acordo de Nível de Serviços) e cada Remoção Extra será paga individualmente de acordo com a nota atribuída à execução (Conceito A = 17 a 20 pontos para pagamento de 100% da Remoção; Conceito B = 14 a 16 pontos para pagamento de 90% da Remoção; Conceito C = 11 a 13 pontos para pagamento de 80% da Remoção e Conceito D = 10 ou menos pontos para pagamento de 70% da Remoção). No Final do Mês a Unidade Hospitalar apontará no Anexo III do Termo de Referência a quantidade de Extras de Ambulâncias Tipo B e Tipo D – Dentro e Fora da Grande São Paulo e seus respectivos conceitos para pagamento da Fatura de cada Remoção Realizada.

**12.3.** Os Fiscais Locais de contrato das Unidades deverão encaminhar mensalmente, ao Gestor de Contrato da Secretaria Municipal da Saúde, somente o ANEXO III, que se trata do consolidado dos quantitativos das Fichas de Acordo de Nível de Serviço, que será a ferramenta definidora do valor mensal do repasse ao prestador.

**12.4.** Os Fiscais Locais de contrato das Unidades deverão arquivar as Fichas de Acordo de Nível de Serviço (ANS – Anexo II) de cada Remoção realizada e encaminhar à SMS somente mediante solicitações.

### **13. FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

**13.1.** O Contrato será fiscalizado por profissional indicado pela Diretoria Técnica da Unidade da CONTRATANTE.

*Dea*



- 13.2. O Fiscal Local do contrato na Unidade da **CONTRATANTE** deverá encaminhar ao setor de Gestão de Contratos da SMS – SEDE até o 5º dia útil do mês subsequente, para fins de pagamento as medições realizadas mensalmente, através da emissão de atestado pela Unidade, podendo ser os serviços avaliados “a contento” ou “não a contento”, devidamente assinada pelo Fiscal Local do Contrato na Unidade e pela Diretoria Técnica.
- 13.3. Avaliação “a contento”: Deve ser apontada quando os serviços realizados estiverem satisfatórios, atendendo ao descrito neste Termo de Referência, sendo os pagamentos realizados de acordo com o apontado no Consolidado de Quantitativos (ANEXO III deste Termo de Referência), que se trata do consolidado dos quantitativos das Fichas de Acordo de Nível de Serviço (ANEXO II deste Termo de Referência).
- 13.4. Na avaliação “não a contento”: Os fiscais do contrato deverão apontar e justificar através de documentação comprobatória em sua medição mensal eventuais falhas de execução, para serem deduzidas e aplicadas as penalidades contratuais, e então proceder os pagamentos realizados de acordo com Consolidado de Quantitativos (ANEXO III deste Termo de Referência), que se trata do consolidado dos quantitativos das Fichas de Acordo de Nível de Serviço (ANEXO II deste Termo de Referência).
- 13.5. Fica compreendido que enquadrada nas condições anteriores, no caso de reincidência em medições “não a contento” fica a **CONTRATADA** submetida a rescisão contratual unilateral.
- 13.6. Todos os atestados deverão ser acompanhados das Planilhas de Consolidado de Quantitativos e Relação de Funcionários da empresa **CONTRATADA** indicando nome, função e horário do posto de serviço.
- 13.7. Do Acordo de Nível de Serviços:
- 13.7.1. O ANS (Acordo de Nível de Serviço) não constitui penalidade ao prestador, apenas ferramenta de avaliação de nível de serviço para pagamento conforme entrega de serviço efetivamente realizada;
- 13.7.2. Para a perfeita avaliação dos serviços prestados, a ficha de avaliação ANS deverá ser inteiramente preenchida ao final do serviço, no caso de remoções de ida e volta, ou na saída do veículo, no caso de remoções só de ida.
- 13.7.3. Para o perfeito registro da Equipe Técnica que executou a Remoção, o(a) Técnico(a) de Enfermagem (Remoções Tipo B) ou o(a) Enfermeiro(a) e o(a) Médico(a) (Remoções Tipo D) deverão assinar e carimbar o verso do ANS (campo CONTRATADA).

*Den*

- 13.7.4. Por constituir Avaliação de Nível de Serviço, no caso do prestador não concordar com a avaliação realizada no ato do serviço, e recusar-se a assinar a ficha, o instrumento será preenchido e assinado por duas testemunhas. O prestador receberá cópia da avaliação e terá 5 (cinco) dias úteis para prestar os esclarecimentos necessários, com a junção dos documentos comprobatórios.
- 13.7.5. A **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, através da Divisão de Contratos avaliará as justificativas, e se posicionará, por escrito, sobre o ocorrido, determinando então a avaliação de nível de serviço da remoção em até 10 (dez) dias úteis.
- 13.7.6. No caso de Avaliações de Nível de Serviços críticos e/ou insuficientes de maneira sucessivas, a empresa **CONTRATADA** estará sujeita às penalidades conforme previsto em lei.

#### 14. GARANTIA DE EXECUÇÃO CONTRATUAL

- 14.1. Após a adjudicação do objeto do certame e até a data da contratação, será exigida a garantia da **CONTRATADA** correspondente a 05% (cinco por cento) do valor da contratação, nos termos do Artigo 56, § 2º da Lei nº 8666/93.
- 14.2. A não prestação da garantia de execução equivale à recusa injustificada para a assinatura do contrato, caracterizando descumprimento total da obrigação assumida e sujeitando a licitante vencedora às sanções previstas neste Edital e demais normas pertinentes.
- 14.3. Caberá à **CONTRATADA** optar por uma das seguintes modalidades de garantia:

- 14.3.1. **Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública**, devendo estes ter sido emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil e avaliados pelos seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Fazenda.

Garantia em dinheiro: deverá ser efetuada mediante depósito bancário em favor da Unidade Compradora no Banco do Brasil, em conta que contemple a correção monetária do valor depositado.

Títulos da dívida pública: serão admitidos apenas títulos da dívida pública emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil e avaliados pelos seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Fazenda.

Den

14.3.2. **Seguro-garantia**; a apólice de seguro-garantia somente será aceita se contemplar todos os eventos indicados no item 14.6 da Garantia. Caso tal cobertura não conste expressamente da apólice, a licitante vencedora poderá apresentar declaração firmada pela seguradora emitente afirmando que o seguro-garantia apresentado é suficiente para a cobertura de todos os eventos indicados no item 14.6 da Garantia.

14.3.3. **Fiança bancária**, feita a opção pela fiança bancária, no instrumento deverá constar a renúncia expressa do fiador aos benefícios do artigo 827 do Código Civil.

14.4. A garantia prestada pela **CONTRATADA** será liberada ou restituída após a execução do contrato e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente.

14.5. Nos casos de contratos que importem na entrega de bens pela Administração, dos quais a **CONTRATADA** ficará depositário, ao valor da garantia deverá ser acrescido o valor desses bens.

**14.6. Cobertura:**

A garantia de execução assegurará, qualquer que seja a modalidade escolhida, o pagamento de:

14.6.1. Prejuízos advindos do inadimplemento total ou parcial do objeto do contrato.

14.6.2. Prejuízos diretos causados à **CONTRATANTE** decorrentes de culpa ou dolo da **CONTRATADA** durante a execução do objeto do contrato.

14.6.3. Multas, moratórias e compensatórias, aplicadas pela contratante à contratada.

14.6.4. Obrigações trabalhistas e previdenciárias relacionadas ao contrato não adimplidas pela **CONTRATADA**, quando couber.

14.6.5. Não serão aceitas garantias que incluam outras isenções de responsabilidade que não as seguintes:

a) Caso fortuito ou força maior.

b) Descumprimento das obrigações pela **CONTRATADA** decorrentes de atos ou fatos imputáveis exclusivamente à **CONTRATANTE**.

**14.7. Validade da Garantia:**

14.7.1. A validade da garantia, qualquer que seja a modalidade escolhida, deverá abranger um período mínimo de três meses após o término da vigência contratual. A garantia deve assegurar a cobertura de todos os eventos ocorridos durante a sua validade, ainda que o sinistro seja comunicado pela **CONTRATANTE** após expirada a vigência do contrato ou a validade da garantia.



**14.8. Readequação:**

**14.8.1.** No caso de alteração do valor do contrato ou prorrogação dos prazos de execução, a garantia deverá ser readequada nas mesmas condições. Se o valor da garantia for utilizado total ou parcialmente para o pagamento de qualquer obrigação, a **CONTRATADA** deverá efetuar a respectiva reposição no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data em que for notificada pela **CONTRATANTE** para fazê-lo.

**14.9. Extinção:**

**14.9.1.** Decorrido o prazo de validade da garantia, e desde que constatado o cumprimento integral de todas as obrigações contratuais, esta será considerada extinta com a devolução da apólice, da carta-fiança ou com a autorização concedida pela **CONTRATANTE** para que a **CONTRATADA** realize o levantamento do depósito em dinheiro.

**15. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

**15.1.** O prazo de vigência deste contrato é de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos, contados da data da Ordem de Início, emitida pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar (SMS/CAH) da **CONTRATANTE**, podendo ser prorrogado por períodos e prazos iguais ou inferiores, até o limite de 60 (sessenta) meses, desde que os serviços ajustados tenham sido cumpridos satisfatoriamente e mediante prévia pesquisa de preço que atestem serem os preços praticados compatíveis aos do mercado, nos termos e condições permitidos pela legislação vigente.

**15.1.1.** O início dos serviços deve ocorrer em até 15 (quinze) dias corridos contados a partir da emissão de Ordem de Início.

**15.2.** No caso de interesse na renúncia do contrato, a **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** manifestação com antecedência mínima de 90 (noventa) dias corridos do término do contrato;

**15.3.** Eventuais prorrogações serão formalizadas através de Termo Aditivo Contratual, respeitadas as condições prescritas na Lei Federal nº 8.666/93.

**15.4.** Em consonância com as disposições contidas no Decreto Municipal nº 49523/2008, poderá haver redução de Hospitais – durante o contrato, redução esta decorrente da assunção das Unidades por Organizações Sociais que firmarem Contratos de Gestão com a Secretaria Municipal da Saúde. A **CONTRATANTE** comunicará à **CONTRATADA** sobre a redução com antecedência de pelo menos **30 (trinta) dias corridos**.

*Deja*

## 16. DA VISTORIA

- 16.1. Para a verificação de compatibilidade do serviço ofertado para com o local destinado a instalação da equipe e prestação do serviço, as Licitantes Proponentes poderão apresentar Declaração de Vistoria Técnica. A Declaração será expedida pela Diretoria Administrativa e/ou Fiscais Locais responsáveis. A vistoria poderá ser realizada em até 02 (dois) dias úteis que antecede data do pregão.
- 16.1.1. Nota: A vistoria é de caráter facultativo e, caso não seja realizada, a empresa assumirá a responsabilidade pela ocorrência de eventuais prejuízos em virtude de sua omissão na verificação dos locais de instalação e execução dos serviços não cabendo a mesma alegar desconhecimento do local conforme previsto no item 5.
- 16.2. O técnico representante da proponente poderá comparecer às Unidades Hospitalares indicadas no item 5 deste objeto, na data agendada, com autorização fornecida pela empresa que ele representa com documento de identificação com foto (RG/ CNH/ CREA) para realização da vistoria a fim de avaliar o local onde os serviços serão executados.
- 16.3. A empresa se compromete a manter sigilo sobre todas as informações a que teve acesso em decorrência da vistoria realizada e, ao seu término lhe será fornecido o Comprovante de Vistoria, conforme modelo constante do ANEXO VI.
- 16.4. A Declaração de Vistoria Técnica poderá ser apresentada junto com a Proposta Comercial.

## 17. DAS QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS

- 17.1. Registro da empresa e do (s) responsável (eis) técnico (s) indicado (s), junto ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN e Conselho Regional de Medicina – CRM, obedecida à legislação pertinente.
- 17.2. Atestados que comprovem a prestação de serviço anterior, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, sendo que cada um deles deverá ser equivalente às características e quantidades admitindo-se a imposição de quantitativos mínimos de prova de execução de serviços similares, desde que em quantidades razoáveis, assim consideradas minimamente 50% da execução pretendida, conforme inciso II, do artigo 30 da Lei Federal nº 8.666/93, com o objeto da presente licitação).
- 17.2.1. O(s) atestado(s) deverá(ão) conter:
- a) Prazo contratual, datas de início e término;

DCM

- b) Local da prestação dos serviços;
- c) Natureza da prestação dos serviços;
- d) Quantidades;
- e) Caracterização do bom desempenho do licitante;
- f) Outros dados característicos e,
- g) A identificação da pessoa jurídica emitente bem como o nome e o cargo do signatário.

**17.3.** Comprovação da Licença de Funcionamento em vigor, emitida pela Autoridade Sanitária local. Caso a revalidação da licença de funcionamento para o presente exercício não tenha sido concedida, a proponente deverá apresentar a licença de funcionamento do exercício anterior acompanhada do protocolo de revalidação, conforme disposto no artigo 22 do Decreto nº 74.170/74 ou legislação sanitária local devidamente comprovada através de publicação em diário oficial.

**17.4.** Declaração da licitante sob as penas da lei, de que terá a disponibilidade, caso venha a vencer o certame, da mão de obra e dos equipamentos necessários para o início da execução dos serviços, no prazo acordado.

**17.5.** Declaração da licitante de que reúne condições de apresentar, no ato da assinatura do contrato, documentos comprobatórios do vínculo dos profissionais que atuarão nesta contratação junto à **CONTRATADA** (a comprovação do vínculo profissional pode se dar mediante contrato social, registro na carteira profissional, ficha de empregado ou contrato de trabalho, sendo possível a contratação de profissional autônomo que preencha os requisitos e se responsabilize tecnicamente pela execução dos serviços, nos termos da Súmula nº 25 TCE/SP).

**17.6.** Declaração de que, se vencedora, no ato da assinatura do contrato, apresentará o Certificado de Registro e Licenciamento do(s) veículo(s) em nome do licitante, a ser(em) utilizado(s) na prestação dos serviços. No caso de não estar(em) em nome da licitante deverá(ão) ser anexado(s) o(s) instrumento(s) jurídico(s) que comprove(m) sua livre disponibilidade sobre o(s) veículo(s).

## **18. DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO**

**18.1.** O critério de julgamento de preços para proposta vencedora do certame será o de menor valor global anual por Lote que atenda os demais requisitos deste Termo de Referência.

*DLA*

**ANEXO II**

**ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO (PARA AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DE TODAS REMOÇÕES PELA FISCALIZAÇÃO)**

DATA: _____ / _____ / _____	TIPO DA AMBULÂNCIA: _____	( ) B	( ) D
PACIENTE: _____		REGISTRO Nº _____	
MÉDICO/ CREMESP: _____	ENF./TÉCN/ COREN-SP _____		
MOTORISTA/ CNH: _____	VTR: _____	PLACA: _____	
HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____	HORÁRIO DE CHEGADA: _____	HORÁRIO DA SAÍDA: _____	HORÁRIO DO RETORNO: _____
DESTINO: _____			
MOTIVO DA REMOÇÃO: _____			
OBSERVAÇÕES: _____			

Dimensão: VIATURA		Sim	Não	Pontos
1.1	A viatura apresentou-se identificada, com toda documentação adequada e em condições para os serviços? (SIM = 1 PONTO).			
1.2	Os checklists de materiais e medicamentos foram realizados e tudo se apresentou a contento para a realização da remoção? (SIM = 2 PONTOS).			
1.3	Todos os equipamentos estavam presentes, testados e funcionantes? (SIM = 2 PONTOS).			
1.4	A viatura encontrava-se limpa e higienizada para o transporte? (SIM = 2 PONTOS).			
1.5	O local para o acompanhante estava disponível e equipado adequadamente com os itens de segurança necessários estipulados pelo Código Nacional de Trânsito? (SIM = 1 PONTO).			
<b>SUBTOTAL VIATURA (MAXIMO): 8 PONTOS</b>				

Dimensão: EQUIPE		Sim	Não	Pontos
2.1	Os profissionais estavam uniformizados e com crachá com foto? (SIM = 1 PONTO).			
2.2	Os EPIs estavam disponíveis e sendo utilizados pelos profissionais? (SIM = 1 PONTO)			
2.3	Os profissionais disponibilizados estavam de acordo com o tipo de transporte solicitado? (SIM = 2 PONTOS)			
2.4	A equipe apresentou atuação profissional comprovadamente satisfatória? (SIM = 2 PONTOS) (NÃO = INTERROMPER O TRANSPORTE E NOTIFICAR SMS POR FALTA GRAVE).			
<b>SUBTOTAL EQUIPE (MAXIMO): 6 PONTOS</b>				

Dimensão: TRANSPORTE E TEMPO		Sim	Não	Pontos
3.1	A viatura disponibilizada estava de acordo com o tipo de transporte solicitado? (Sim = 2 PONTOS).			
3.2	A Ambulância do Posto Fixo ou de Remoções Extras Tipo B ou Tipo D foi disponibilizada para a remoção dentro do prazo estabelecido? (Sim = 3 PONTOS)			
3.3	No caso de atraso, houve comunicação prévia do atraso? (SIM = 1 PONTO) / (SE NÃO HOUVE ATRASO = 1 PONTO).			
<b>SUBTOTAL TRANSPORTE E TEMPO (MAXIMO): 6 PONTOS</b>				
<b>TOTAL AVALIAÇÃO DO ACORDO DO NÍVEL DE SERVIÇO</b>				
<b>HOUVE OCORRÊNCIA GRAVE POR PARTE DA EMPRESA QUE PREJUDICOU O PACIENTE? (SIM = ENVIAR RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA).</b>				

Faixa de pagamento conforme nível de serviço apurado:

<b>A</b>	17 a 20 PONTOS	100%
<b>B</b>	14 a 16 PONTOS	90%
<b>C</b>	11 a 13 PONTOS	80%
<b>D</b>	10 ou menos pontos	70%

*DCR*

REGISTRO DA EQUIPE CONTRATANTE/ CONTRATADA:

\_\_\_\_\_  
SMS – Unidade:  
Nome:  
Função:  
RF/RG:

\_\_\_\_\_  
Empresa:  
Nome:  
Função:  
COREN/SP:

\_\_\_\_\_  
Empresa:  
Nome:  
Função:  
CREMESP:

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1:

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2:

OBS: No caso do prestador não concordar em assinar a Avaliação do Acordo de Nível de Serviço, as testemunhas acima estão cientes e atestam que a avaliação ocorreu e o(s) funcionário(s) da empresa foi(ram) devidamente cientificado(s).

*Dea*



**ANEXO III**

**CONSOLIDADO DE QUANTITATIVOS (PARA USO DA FISCALIZAÇÃO)**

❖ **PLANILHA DE QUANTITATIVOS CONSOLIDADOS – DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO**

<b>Unidade:</b>		
<b>Tabela de Faixa de Pagamento</b>		
A	17 a 20 pontos	100%
B	14 a 16 pontos	90%
C	11 a 13 pontos	80%
D	10 ou menos pontos	70%

**POSTO FIXO TIPO B:**

<b>AMBULANCIA TIPO B – SUPORTE BÁSICO DE VIDA - POSTO FIXO</b>				
12 Horas			24 Horas	
	Quantidade de Postos			Quantidade de Postos
A			A	
B			B	
C			C	
D			D	

**REMOÇÕES EXTRAS TIPO B E TIPO D – DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO:**

<b>AMBULANCIA TIPO B – SUPORTE BÁSICO DE VIDA – REMOÇÕES EXTRAS</b>				
TIPO B (BÁSICA) IDA			TIPO B (BÁSICA) IDA/VOLTA	
	Quantidades			Quantidades
A			A	
B			B	
C			C	
D			D	

<b>AMBULANCIA TIPO D (UTI MÓVEL) – REMOÇÕES EXTRAS</b>				
TIPO D (UTI) IDA			TIPO D (UTI) IDA/VOLTA	
	Quantidades			Quantidades
A			A	
B			B	
C			C	
D			D	

Assinatura do Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

*DLA*

❖ **PLANILHA DE QUANTITATIVOS CONSOLIDADOS DE TOTAL DE KM – FORA DA GRANDE SÃO PAULO**

<b>Unidade:</b>		
<b>Tabela de Faixa de Pagamento</b>		
A	17 a 20 pontos	100%
B	14 a 16 pontos	90%
C	11 a 13 pontos	80%
D	10 ou menos pontos	70%

**REMOÇÕES EXTRAS FORA DA GRANDE SÃO PAULO – TIPO B**

<b>AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO</b>	
<b>TOTAL DE ATÉ 200 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO</b>	
	Quantidades
A	
B	
C	
D	

<b>AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO</b>	
<b>TOTAL DE ATÉ 350 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO</b>	
	Quantidades
A	
B	
C	
D	

<b>AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO</b>	
<b>TOTAL DE ATÉ 500 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO</b>	
	Quantidades
A	
B	
C	
D	

*Dea*



REMOÇÕES EXTRAS FORA DA GRANDE SÃO PAULO – TIPO D

AMBULÂNCIA TIPO D (UTI MÓVEL) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO	
TOTAL DE ATÉ 200 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO	
	Quantidades
A	
B	
C	
D	

AMBULÂNCIA TIPO D (UTI MÓVEL) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO	
TOTAL DE ATÉ 350 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO	
	Quantidades
A	
B	
C	
D	

AMBULÂNCIA TIPO D (UTI MÓVEL) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO	
TOTAL DE ATÉ 500 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO	
	Quantidades
A	
B	
C	
D	

Assinatura do Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



**ANEXO IV**

**CONSOLIDADO PARA FINS DE PAGAMENTO (PARA USO DO DIVISÃO DE PAGAMENTOS EM SMS)**

❖ **PLANILHA DE QUANTITATIVOS CONSOLIDADOS – DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO**

<b>Unidade:</b>			
<b>Valor Unitário Mensal por Posto Fixo – Tipo B</b>		<b>Valor Unitário por Remoção Extra na Grande São Paulo</b>	
Posto Fixo 12 horas	R\$	-	
Posto Fixo 24 horas	R\$	-	
<b>Tabela de Faixa de Pagamento</b>			
A	17 a 20 pontos		100%
B	14 a 16 pontos		90%
C	11 a 13 pontos		80%
D	10 ou menos pontos		70%
B		Ida	R\$ -
		Ida e Volta	R\$ -
D		Ida	R\$ -
		Ida e Volta	R\$ -

**POSTO FIXO TIPO B:**

<b>AMBULANCIA TIPO B – SUPORTE BÁSICO DE VIDA - POSTO FIXO</b>					
12 Horas			24 Horas		
	Quantidade de Postos	Totais		Quantidade de Postos	Totais
A		R\$ -	A		R\$ -
B		R\$ -	B		R\$ -
C		R\$ -	C		R\$ -
D		R\$ -	D		R\$ -

**REMOÇÕES EXTRAS TIPO B E TIPO D – DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO:**

<b>AMBULANCIA TIPO B – SUPORTE BÁSICO DE VIDA – REMOÇÕES EXTRAS</b>					
TIPO B (BÁSICA) IDA			TIPO B (BÁSICA) IDA/VOLTA		
	Quantidades	Totais		Quantidades	Totais
A		R\$ -	A		R\$ -
B		R\$ -	B		R\$ -
C		R\$ -	C		R\$ -
D		R\$ -	D		R\$ -

<b>AMBULANCIA TIPO D (UTI MÓVEL) – REMOÇÕES EXTRAS</b>					
TIPO D (UTI) IDA			TIPO D (UTI) IDA/VOLTA		
	Quantidades	Totais		Quantidades	Totais
A		R\$ -	A		R\$ -
B		R\$ -	B		R\$ -
C		R\$ -	C		R\$ -
D		R\$ -	D		R\$ -

*Dea*

❖ PLANILHA DE QUANTITATIVOS CONSOLIDADOS DE TOTAL DE KM – FORA DA GRANDE SÃO PAULO

Unidade:		Valor Unitário por Remoção Extra Fora da Grande São Paulo																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tabela de Faixa de Pagamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>17 a 20 pontos 100%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>14 a 16 pontos 90%</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>11 a 13 pontos 80%</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>10 ou menos pontos 70%</td> </tr> </tbody> </table>		Tabela de Faixa de Pagamento		A	17 a 20 pontos 100%	B	14 a 16 pontos 90%	C	11 a 13 pontos 80%	D	10 ou menos pontos 70%	<table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="3">B</td> <td>Até 100 km</td> <td>R\$</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Até 350 km</td> <td>R\$</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Até 500 km</td> <td>R\$</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">D</td> <td>Até 100 km</td> <td>R\$</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Até 350 km</td> <td>R\$</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Até 500 km</td> <td>R\$</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		B	Até 100 km	R\$	-	Até 350 km	R\$	-	Até 500 km	R\$	-	D	Até 100 km	R\$	-	Até 350 km	R\$	-	Até 500 km	R\$	-
Tabela de Faixa de Pagamento																																	
A	17 a 20 pontos 100%																																
B	14 a 16 pontos 90%																																
C	11 a 13 pontos 80%																																
D	10 ou menos pontos 70%																																
B	Até 100 km	R\$	-																														
	Até 350 km	R\$	-																														
	Até 500 km	R\$	-																														
D	Até 100 km	R\$	-																														
	Até 350 km	R\$	-																														
	Até 500 km	R\$	-																														

AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
TOTAL DE ATÉ 200 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
	Quantidades	Totais	
A		R\$	-
B		R\$	-
C		R\$	-
D		R\$	-

AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
TOTAL DE ATÉ 350 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
	Quantidades	Totais	
A		R\$	-
B		R\$	-
C		R\$	-
D		R\$	-

AMBULÂNCIA TIPO B (SUPORTE BÁSICO) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
TOTAL DE ATÉ 500 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
	Quantidades	Totais	
A		R\$	-
B		R\$	-
C		R\$	-
D		R\$	-

*Deja*

AMBULÂNCIA TIPO D (UTI MÓVEL) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
TOTAL DE ATÉ 200 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
	Quantidades	Totais	
A		R\$	-
B		R\$	-
C		R\$	-
D		R\$	-

AMBULÂNCIA TIPO D (UTI MÓVEL) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
TOTAL DE ATÉ 350 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
	Quantidades	Totais	
A		R\$	-
B		R\$	-
C		R\$	-
D		R\$	-

AMBULÂNCIA TIPO D (UTI MÓVEL) - FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
TOTAL DE ATÉ 500 KM FORA DA GRANDE SÃO PAULO			
	Quantidades	Totais	
A		R\$	-
B		R\$	-
C		R\$	-
D		R\$	-

*den*

**ANEXO V**
**MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**
**MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

LOTE 1 - LESTE								
Tipo de Ambulância	Posto/Trajeto	HMACN Quanti//	HMTS Quanti//	HMWP Quanti//	Quanti// Total do Lote (A)	Valor Unitário (B)	Valor Total Mensal (C)	Valor Total Anual (D)
<b>POSTOS FIXOS/ MÊS</b>								
B	Fixa 12h Dia	2	2	2	6	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Fixa 24h	0	0	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>REMOÇÕES EXTRAS DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO/ MÊS</b>								
B	Ida	60	20	25	105	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Ida e Volta	40	25	45	110	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
D	Ida	30	20	20	70	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Ida e Volta	40	25	35	100	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>REMOÇÕES EXTRAS FORA DA GRANDE SÃO PAULO/ ANO</b>								
B	Até 200 Km	5	4	4	13	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 350 Km	1	1	1	3	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 500 Km	0	0	0	0	R\$ 0,00		R\$ 0,00
D	Até 200 Km	1	1	1	3	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 350 Km	1	1	1	3	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 500 Km	1	1	1	3	R\$ 0,00		R\$ 0,00
<b>Valor Total Mensal Estimado do Lote (E)</b>							<b>R\$ 0,00</b>	
<b>Valor Global Anual Estimado do Lote (F)</b>							<b>R\$ 0,00</b>	

LOTE 2 - SUDESTE								
Tipo de Ambulância	Posto/Trajeto	HMCC Quanti//	HMAZ Quanti//	HMIPG Quanti//	Quanti// Total do Lote (A)	Valor Unitário (B)	Valor Total Mensal (C)	Valor Total Anual (D)
<b>POSTOS FIXOS/ MÊS</b>								
B	Fixa 12h Dia	1	0	0	1	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Fixa 24h	1	1	1	3	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>REMOÇÕES EXTRAS DENTRO DA GRANDE SÃO PAULO/ MÊS</b>								
B	Ida	10	25	20	55	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Ida e Volta	70	40	20	130	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
D	Ida	30	30	25	85	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Ida e Volta	55	50	30	135	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>REMOÇÕES EXTRAS FORA DA GRANDE SÃO PAULO/ ANO</b>								
B	Até 200 Km	5	2	7	14	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 350 Km	0	0	0	0	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 500 Km	0	1	0	1	R\$ 0,00		R\$ 0,00
D	Até 200 Km	14	1	3	18	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 350 Km	1	0	0	1	R\$ 0,00		R\$ 0,00
	Até 500 Km	0	0	0	0	R\$ 0,00		R\$ 0,00
<b>Valor Total Mensal Estimado do Lote (E)</b>							<b>R\$ 0,00</b>	
<b>Valor Global Anual Estimado do Lote (F)</b>							<b>R\$ 0,00</b>	

*Dea*

**ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DA PROPOSTA COMERCIAL:**

**(B) Valor Unitário:** Valor Unitário de cada Posto Fixo de Ambulância Tipo B 12 h ou 24he de cada Trecho de Remoção Extra Dentro e Fora da Grande São Paulo;

**(C) Valor Total Mensal:**

Para os Postos Fixos e Remoções Extras dentro da Grande São Paulo: Quantidade Total do Lote (A) X Valor Unitário (B) de cada Posto Fixo de Ambulância Tipo B 12 h ou 24he de cada Trecho de Remoção Extra Dentro e Fora da Grande São Paulo;

Para Remoções Extras Fora da Grande São Paulo: Não Preencher este campo para as Remoções Extras Fora da Grande São Paulo, pois, estes trechos são estimados ao ano e não ao mês.

**(D) Valor Total Anual:**

Para os Postos Fixos e Remoções Extras dentro da Grande São Paulo: Valor Total Mensal (C) X 12 (12 meses);

Para Remoções Extras Fora da Grande São Paulo: Valor Unitário (B) de cada Trecho de Remoção Extra Fora da Grande São Paulo X Quantidade Total do Lote estimada no Ano (A).

**(E) Valor Total Mensal Estimado do Lote:** Valor Global Anual Estimado do Lote (F) ÷ 12.

**(F) Valor Global Anual Estimado do Lote:** Somatória de todos os valores Totais Anuais informados no Lote (D).

**ATENÇÃO:** É obrigatório a precificação de todos os Postos de Ambulância Fixa 12h/ 24h, bem como de todos os Trechos de Remoções Extras, ainda que o quantitativo esteja "zerado", assim, quando de possível execução e/ ou Aditamento Contratual, a precificação já constará em Proposta Comercial.

*Dert*





ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE VISTORIA TÉCNICA

Na condição de representante da Diretoria Administrativa, atesto que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade R.G. nº \_\_\_\_\_, da empresa \_\_\_\_\_, que para conclusão de orçamento, examinou o local e o seu entorno, onde serão prestados os serviços e ficou ciente das condições de execução dos trabalhos.

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ RF: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

*Det*