

AV. DOS BEIJOS-FLORES, 100 78320-000 TELEFAX 66 3566-6331 JUINA M.FAT Nº 02839  
CNPJ 05.524.516/0001-59 e mail diagnostico\_uti\_juina@hotmail.com

Convênio SES, conforme contrato licitatório 005/2010/SES/MT.

|                        |          |                |            |             |
|------------------------|----------|----------------|------------|-------------|
| Controle de Internação | 17216/14 | Data de Atend. | 30/05/2014 | Horas 13:30 |
|------------------------|----------|----------------|------------|-------------|

|              |  |            |         |
|--------------|--|------------|---------|
| Data da Alta |  | 30/06/2014 | INTERNO |
|--------------|--|------------|---------|

NOTES:

FL. no. 547

**Orgão Regulador**

**Médico Solicitante**

Leito Liberado

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Leito Utilizado | UTI - L - 8 |
|-----------------|-------------|

AMB

C/

**G**

| CODIGO DESCRICAO | UM | QUANT | VL.UNIT | VL TOTAL |
|------------------|----|-------|---------|----------|
|------------------|----|-------|---------|----------|

**GRUPO DIARIAS**

|              |           |
|--------------|-----------|
| Leito Adulto | UTI - L-8 |
|--------------|-----------|

|                   |    |          |           |
|-------------------|----|----------|-----------|
| Total deste Grupo | 30 | 1.200,00 | 36.000,00 |
|-------------------|----|----------|-----------|

**GRUPO DE SERVICIO**

|                      |  |  |  |  |                  |
|----------------------|--|--|--|--|------------------|
| <b>Total Diárias</b> |  |  |  |  | <b>36.000,00</b> |
|----------------------|--|--|--|--|------------------|

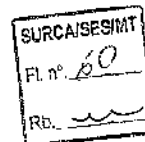
**Total Medicamentos****Total Servicios**

|             |  |  |  |  |           |
|-------------|--|--|--|--|-----------|
| Total geral |  |  |  |  | 36.000,00 |
|-------------|--|--|--|--|-----------|



Governo do Estado de Mato Grosso  
Secretaria de Estado de Saúde

**SES**



**MEMORANDO Nº 687/SES/SURCA/2014.**

Cuiabá, 09 de outubro de 2014.

Ao Senhor  
**Marcos Rogério Lima Pinto**  
Secretário Executivo

Senhor Secretário

Comunicando-o cordialmente, encaminhamos o processo nº 415752/2014, referente ao pagamento da Nota Fiscal nº 0812, no valor de R\$ 281.400,00 (Duzentos e Oitenta e Um mil e Quatrocentos reais), devidamente atestada (fls.04), e com parecer dos médicos Supervisores Wilson Toshiya Assami e Dr. Osvaldo Cassemiro Rabel Filho (fls. 06 e 07), referente aos serviços prestados pela Empresa Diagnóstico e Imagem S/C Ltda., no mês 06/2014 para análise e se de acordo, seja encaminhado para empenho com base nos termos da Portaria 156/2007/GBSES, e conforme os valores da Portaria nº 098/2011/GBSES.

**Jessé Marcondes Unlar**

Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.

De acordo

**Huark Douglas Correia**

Secretário Adjunto de Saúde



Governo do Estado de Mato Grosso  
Secretaria de Estado de Saúde

**SES**

GBEX/SES

FLS. 61

ASSESSORIA JURÍDICA

Processo nº 415752/2014

Cuiabá-MT, 13/10/2014

Vistos, etc.

Trata-se de demanda empresa Diagnóstico e Imagens S/C LTDA (SOCIEDADE JORNENSE DE DIAGNÓSTICO E IMAGEM E MEDICINA INTENSIVA LTDA), para pagamento das despesas oriundas da utilização de leitos de UTI, competência Junho/2014.

Encaminham-se os presentes autos à ASSESSORIA JURÍDICA para manifestação.

**MARCOS ROGÉRIO LIMA PINTO E SILVA**  
*Marcos Rogério Lima Pinto e Silva*  
Secretário Adjunto de Administração Sistêmica  
Secretaria de Estado de Saúde



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
3ª. Via – Arquivo Gerência de Contratos

CONTRATO N. 005/2010/SES/MT  
CREDENCIAMENTO N. 001/2009

O ESTADO DE MATO GROSSO ATRAVÉS da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, por meio do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, inscrita no CNPJ sob n. 01.141.389/0001-61, neste ato representado pelo seu Secretário de Estado de Saúde Sr. **AUGUSTINHO MORO**, brasileiro, portador da cédula de identidade RG n. 4.036.081-0 SSP/PR, inscrito no CPF sob o n. 557.041.159-34, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a empresa **DIAGNÓSTICO E IMAGENS S/C LTDA**, inscrita no CNPJ n. 05.524.516/0001-59, localizada na Avenida dos Beija-Flôres, n. 100, Sala 01, Módulo 04, em Juína/MT, CEP 78.320-000, representada pelo Sr. **CASSIO ANTÔNIO GENARO**, portador da Cédula de Identidade Profissional n. 560/91, expedida pelo Conselho Regional de Farmácia, onde consta o RG n. 18.305.020-4 SSP/MT e inscrito no CPF sob n. 092.934.678-52, doravante denominada **CONTRATADA**, considerando tudo que consta nos **processo administrativo n. 313431/2008 SES/MT**, oriundo de procedimento de inexigibilidade de licitação pretendida para o **CREDENCIAMENTO**, resolvem celebrar o presente Contrato, do qual são partes integrantes o Plano de Trabalho, o Termo de Referência e o Edital do Credenciamento n. 001/2009, o qual será regido pelo art. 25 da Lei n. 8.666 de 21 de junho de 1993, e suas alterações posteriores, pelos Decretos Estaduais n. 7.217, de 14/03/2006, 7.218 de 14/03/2006, 8.199 de 16/10/2006, 8.426 de 18/12/2006, 755 de 24/09/2007, 1.805/2009 de 30/01/2009 republicado em 27/02/2009, 2.015/2009 de 24/06/2009, e, supletivamente, pelos princípios da teoria geral dos contratos e pelas disposições de direito privado e, ainda, pelas cláusulas e condições a seguir delineadas:

**Cláusula Primeira – DO OBJETO**

1.1 O presente Contrato tem por objeto o **CREDENCIAMENTO** para contratação de estabelecimentos especializados em serviços assistências privados de média e alta complexidade de forma complementar ao Sistema Único de Saúde SUS, para disponibilizar **Leitos de UTI**, cadastrados no CNES, não credenciados ao SUS, para atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso, no **Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT**, em conformidade com as disposições da Portaria GM/MS n. 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O n. 237, de 15 de dezembro de 1994 e Portaria n. 078/2008/GBSES, publicada no D.O.E de 10/06/2008, conforme especificações constantes no Plano de Trabalho do Edital de Credenciamento n. 001/2009, partes integrantes do presente Contrato.

**Cláusula Segunda – DAS ESPECIFICAÇÕES, QUANTIDADES E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1 A **CONTRATADA** deverá fornecer o objeto contratado, segundo as especificações e quantidades abaixo relacionadas, conforme Plano de Trabalho e Termo de Referência, de acordo com o Anexo I Portaria n. 078/2008/GBSES:

**Estado de Mato Grosso**FIPLAN - Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças  
SECRETARIA ADJUNTA DO TESOURO ESTADUAL - SATE/SEFAZ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>LIQ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>LIQUIDACÃO</b>                        |                                   | <b>21601.0001.14.021075-9</b>                                                                     |  |
| Nº EMP: 21601.0001.14.020336-7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          | Data do Doctº: 13/11/2014         |                                                                                                   |  |
| Nº PED: 21601.0001.14.022161-4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          | Data de vencimento: 13/11/2014    |                                                                                                   |  |
| Nº CAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Nº NOBLIST:                              |                                   | Nº DOTLIST:                                                                                       |  |
| Órgão:<br>21 Secretaria de Estado de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Unidade Orçamentária:<br>21601 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Unidade Gestora:<br>21601.0001 Sede                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Data de Liberação:<br>*** **                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          | Liberador de Pagamento:<br>*** ** |                                                                                                   |  |
| Liquidação Escritural:<br>Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Regularização:<br>Não                    |                                   | Dotação Orçamentária:<br>21601.0001.10.302.326.2983.9900.339000000.134.1.1                        |  |
| Elemento de Despesa:<br>39 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |                                   | Elemento - Exercícios Anteriores:<br>*** **                                                       |  |
| Forma pagamento:<br>Nota de Ordem Bancária (NOB)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Código Bancário:<br>00777.00000          |                                   | Banco + Agência + C/C (débito Órgão):<br>001.3834.0000000001010100-4                              |  |
| Pagamento Disponibilidade RP:<br>001.3834.0000000001010100-4                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |                                   | Valor Liquidação:<br>*** 281.400,00<br>DUZENTOS E OITENTA E UM MIL E QUATROCENTOS REAIS<br>*** ** |  |
| <b>Histórico:</b><br>Pagto indenizatório NF 812 ref. desp. com serviços de internações em UTI Adulto, comp. junho/14, conf. Memo nº 47/COORD.FIN/ERS-JUÍNA fl. 03, Parecer Técnico fl. 06, Memo 687/SES/SURCA/14 fl. 60, Memo 177/ASSEJUR/SES/MT fl. 80, Memo 747/SES/SURCA/14 e Despacho do Ordenador de Despesas fl. 125. Processo 415752/2014. |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Código do credor:<br>2004.02767-7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Credor:<br>Diagnostico e Imagem S/c Ltda |                                   |                                                                                                   |  |
| CPF/CNPJ:<br>05.524.516/0001-59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Município UF:<br>Juína - MT              |                                   | Nº Protocolo:<br>415752/2014                                                                      |  |
| Forma de Recebimento: Crédito em conta corrente - Banco do Brasil                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Banco + Agência + C/C: 001.2226.0000000000019788-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Pagamento Disponibilidade RP: Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| <b>DADOS DA DIÁRIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Nº OS: *** **                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          | Data de Início da Viagem: *** **  |                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                          | Data de Retorno da Viagem: *** ** |                                                                                                   |  |
| <b>CONTRATOS E CONVÊNIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Nº Contrato: *** **                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          | Termínio da vigência: *** **      |                                                                                                   |  |
| Nº Convênio: *** **                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| <b>CONTROLE DO SALDO A LIQUIDAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| Valor total do empenho (R\$)<br>*** 281.400,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Saldo a liquidar (R\$)<br>*** 281.400,00 |                                   | Esta liquidação (R\$)<br>*** 281.400,00                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                          |                                   | Saldo a liquidar atual (R\$)<br>*** 0,00                                                          |  |
| <b>OBRIGAÇÕES FISCAIS - CONSIGNAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |
| IRRF (R\$):<br>*** 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | ISS município (R\$):<br>*** 0,00         |                                   | Município:<br>*** **                                                                              |  |
| INSS (R\$):<br>*** 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | FUNPREV (R\$):<br>*** 0,00               |                                   | Outras consignações (R\$):<br>*** 0,00                                                            |  |
| Observações: Indicativo de Situação da LIQ: LIQ Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |                                   |                                                                                                   |  |



Estado de Mato Grosso

FIPLAN - Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças  
SECRETARIA ADJUNTA DO TESOURO ESTADUAL - SATESEFAZ

FIPLAN

|     |            |                    |
|-----|------------|--------------------|
| LIQ | LIQUIDACÃO | 21601.0001.14.0210 |
|-----|------------|--------------------|

|                |                                                               |
|----------------|---------------------------------------------------------------|
| Valor Líquido: | *** 281.400,00 DUZENTOS E OITENTA E QUATROCENTOS REAIS *** ** |
|----------------|---------------------------------------------------------------|

| CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA POR SUBELEMENTO |                                                |  |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| Natureza Despesa                         | Descrição                                      |  |
| 3.3.90.39.39.043                         | Serviços hospitalares - SUI - Unidade de Saúde |  |
| TOTAL DA LIQUIDACÃO                      |                                                |  |

| DOCUMENTOS FISCAIS DA LIQUIDACÃO |                 |            |
|----------------------------------|-----------------|------------|
| Tipo de Documento                | Nº do Documento | Data       |
| Nota Fiscal                      |                 | 23/07/2014 |
| TOTAL DE DOCUMENTOS FISCAIS      |                 |            |

**Estado de Mato Grosso**

FIPLAN - Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças

SECRETARIA ADJUNTA DO TESOURO ESTADUAL - SATE/SEFAZ



|                                                                                                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOB</b>                                                                                                                                             | <b>NOTA DE ORDEM BANCÁRIA</b>                                                  | <b>21601.0001.14.039365-0</b>                                                                                                                                                              |
| Data de Emissão: 13/11/2014                                                                                                                            |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Nº NOBLIST:                                                                                                                                            |                                                                                | Nº DOTLIST:                                                                                                                                                                                |
| Unidade Orçamentária:<br>21601 - FUNDO ESTADUAL DE SAUDE                                                                                               |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Unidade Gestora:<br>0001 - Sede                                                                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Código Bancário:<br>00777.00000                                                                                                                        | Banco + Agência +<br>C/C: 001.3834.000000001010100-4                           | Regularização:<br>Não                                                                                                                                                                      |
| SOLICITAMOS AO Banco do Brasil S/A CREDITAR AO(S) FAVORECIDO(S) ABAIXO RELACIONADO(S), LEVANDO A DÉBITO DA CONTA Nº 001.3834.000000001010100-4.        |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Código do Credor: 2004.02767-7                                                                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Credor: Diagnostico e Imagem S/c Ltda                                                                                                                  |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| CPF/CNPJ: 05.524.516/0001-59                                                                                                                           | Município UF: Juína MT                                                         |                                                                                                                                                                                            |
| Nº EMP: 21601.0001.14.020336-7                                                                                                                         | Fonte de Recurso: 134                                                          |                                                                                                                                                                                            |
| Nº LIQ: 21601.0001.14.021075-9                                                                                                                         | Nº do Protocolo: **** *                                                        |                                                                                                                                                                                            |
| Disponibilidade Ex. Anteriores: Não                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Forma Recebimento: Crédito em conta corrente - Banco do Brasil                                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Banco + Agência + C/C: 001.2226.0000000000019788-2                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Disp. Ex. Anteriores: Não                                                                                                                              |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| Valor da Operação (R\$):<br>*** 281.400,00                                                                                                             | Valor por Extensão:<br>DUZENTOS E OITENTA E UM MIL E QUATROCENTOS REAIS *** ** |                                                                                                                                                                                            |
| Os processos acima relacionados foram regularmente liquidados e encontra-se em condição de pagamento.                                                  |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |
| <br>CIBELE MAKRYAMA MARTINS<br>CRC MT N.º 7865/O-3<br>Secretaria Adjunta de Administração e Contabilidade<br>Chefe do Núcleo Sistema de Finanças (NSF) |                                                                                | <br>AUTORIZO O PAGAMENTO<br>Marcos Rogério Lima Pinto e Silva<br>Secretaria Adjunta de Administração e Contabilidade<br>305372 - Marcos Rogério Lima Pinto e Silva<br>ORDENADOR DE DESPESA |
| Observações:<br>Situação da NOB: Nota de Ordem Bancária (NOB) Normal                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                                                            |



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E FINANÇAS  
COORDENADORIA FINANCEIRA

## TERMO DE ENCERRAMENTO DE PROCESSO

Processo nº. 415752/2014 com 128 folhas  
numeradas até nº. 128, e com I volumes.

ARQUIVE-SE

25, 11 / 2014

**NILVA DA SILVEIRA DE JESUS TRETER**

Gerente de Execução Financeira – SES/FES

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
3ª. Via - Arquivo Gerência de Contratos

| Item | Descrição                                                                                                           | Leitos/Dia Juína |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 2.1  | Serviços de internação em Unidade de Tratamento Intensivo/UTI, com disponibilização de equipamentos pela CONTRATADA | 08               |

2.2 O local dos procedimentos deverá ser no endereço abaixo descrito:

2.2.1 Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT;

2.3 OS procedimentos deverão ser realizados na Unidade Hospitalar, cabendo à CONTRATADA, emitir a prestação dos serviços de acordo com o disposto na Portaria MS/GM n. 3432, 12 de maio de 1993.

2.4 A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de internação em Unidade de Terapia Intensiva, utilizando-se de estrutura e equipamentos próprios, exceto quando disponibilizados pela SESMT, conforme definido na especificação do objeto;

2.5 A prestação de serviços de terapia intensiva a serem prestados a usuários do SUS, deverá observar a dinâmica de referência e contra-referência do SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgências/emergências, quando for o caso, a ser realizado no Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA FISCALIZAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E RECEBIMENTO**

3.1 A fiscalização e o acompanhamento serão exercidos pelo servidor responsável pelo Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT, que terá, dentre outras, a incumbência de solicitar à CONTRATADA a substituição de materiais ou equipamentos que considere ineficiente ou inadequado ou que esteja fora das especificações contratuais ou de outros serviços de terceiros;

3.2 O servidor responsável pelo Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT registrará em relatório as deficiências verificadas na execução dos serviços, encaminhando-as à CONTRATADA, para a imediata correção das irregularidades apontadas, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas neste Contrato;

3.3 Em conformidade com os artigos 73 a 76 da Lei n. 8.666/93, o **recebimento** dos serviços será efetuado provisoriamente, pelo Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT, sendo que, após comprovação acerca das especificações, da qualidade e quantidade dos serviços prestados, encaminhará a respectiva Nota Fiscal/Fatura para atesto **definitivo** pela Classe do Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT, após a verificação da documentação integral e com as eventuais correções necessárias;

3.4 O atestado definitivo não excluirá a CONTRATADA da responsabilidade civil e pela responsabilidade de ético-profissional, pelo fornecimento do objeto desta contratação, dentro dos limites estabelecidos pela Lei n. 8.666/93;

3.5 A CONTRATADA reserva-se o direito de proceder quaisquer diligências, objetivando comprovar o disposto no item acima, sujeitando-se a CONTRATADA às cominações legais.

**Cláusula Quarta - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

4.1 Como condição para assinatura do contrato, a CONTRATADA deverá estar com a documentação obrigatória válida no SICAF ou comprovar situação regular no Cadastro de Fornecedores Estadual, e **obrigatoriamente apresentar:**

- a) Certidão Negativa de Débito dos Tributos Federais, Estaduais e Municipais;
- b) Certidão Negativa de Débito do FGTS e INSS;
- c) CNPJ;
- d) Contrato Social e alterações. (autenticadas)

4.2 Oferecer dentro da quantidade de leitos credenciados no chamamento público, a disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva do Hospital internamento em Terapia Intensiva;

4.3 Contratar equipe básica composta por: 01 (um) responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva, designando-o como Diretor Clínico responsável técnico junto ao RMI; 01 (um) médico diarista com título de especialista em terapia intensiva; 01 (um) médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração; 01 (um) enfermeiro credenciado exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; 01 (um) enfermeiro exclusivo da unidade para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho; 01 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;

4.4 Designar um médico do corpo clínico responsável técnico pela assistência a todo paciente internado;

4.5 Apresentar e relatórios mensais das atividades realizadas à CONTRATANTE;

4.6 Adotar o sistema informatizado de registro e controle de procedimentos médicos desenvolvidos;

4.7 Garantir informações da evolução diária dos pacientes aos familiares (boletim diário).

4.8 Cumprir o objeto contrato e que contém as metas assistenciais a serem atingidas e o prazo para a sua execução, estabelecendo o padrão de qualidade da prestação de serviços de saúde prestados;

4.9 Cumprir, além das obrigações constantes do contrato, todas as estabelecidas na legislação aplicável;

4.10 Manter em perfeitas condições de uso os bens móveis e imóveis cujo uso lhes for permitido pelo poder público estadual, necessários a efetivação das atividades previstas no contrato, sob pena de sua restituição ao Estado;

4.11 Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, ressalvados outros prazos previstos em lei;

4.12 Não permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos aprovados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Hospital ou recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com anuência do Comitê do Hospital;

65

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
3º. Via - Arquivo Gerência de Contratos

- 4.13. Atender os pacientes com dignidade e respeito do modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;
- 4.14. Informar aos pacientes ou seus representantes legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 4.15. Respeitar a decisão do paciente ou seu representante legal ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 4.16. Garantir o sigilo dos dados e informações dos pacientes;
- 4.17. Todos os funcionários deverão estar uniformizados e com identificação através do crachás informando nome e função a que pertencem;
- 4.18. Notificar o SES de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua Diretoria, enviando-las no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data de registro da alteração, copio autenticada dos respectivos documentos;
- 4.19. Fornecer ao paciente atendido e ao serviço de saúde de origem, por ocasião de sua saída da instituição hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, com os seguintes dados:
- 4.20. Nome do paciente; Nome do Hospital; Localidade (Município/Estado); Motivo da internação; Data de admissão e data da alta; Procedimento realizado e tipos de órteses, próteses e materiais empregados, quando for o caso; Diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (CID), na versão vigente à época da alta, arquivando-a no prontuário do paciente pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se exceções previstas em lei, onde devera constar também a informação da gratuidade do atendimento;
- 4.21. Possuir registro do regimento do Corpo Clínico junto ao CRM;
- 4.22. Todos os serviços deverão ser prestados em conformidade com as legislações sanitárias vigentes;
- 4.23. Garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização e seguir as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
- 4.24. Prevenir a CHL conforme determinado pelas Portarias GM n. 221, de 24 de março de 1999 e n. 22 de 22 de setembro de 2005, e demais alterações;
- 4.25. Prestar os serviços contratados observando as normas de segurança adotadas pela CONTRATANTE, quando prévia e expressamente formalizadas à CONTRATADA, ou a empresa por ela autorizada (s);
- 4.26. Durante a execução dos serviços do objeto deste contrato, todas as leis e posturas federais, estaduais e municipais pertinentes ao contrato;
- 4.27. Aceitar as mesmas condições deste contrato, acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor total da contratação, devendo as supressões acima desse limite ser resultantes de acordo entre as partes;

66

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
3ª Via - Arquivo Gerência de Contratos

4.28. Responsabilizar-se pelo fornecimento dos serviços dentro dos padrões adequados de quantidade, segurança e demais questão prevista na Lei n. 8.078/90, assegurando todos os direitos inerentes a qualidade de consumidor a SES/MT;

4.29. Atender todas as obrigações constantes na Lei n. 8.666/93 e Decretos Estaduais n. 7.217/06, modificado pelo Decreto Estadual n. 8.199/06 e n. 8.426/06, além do Decreto Estadual n. 7.137/06;

4.30. A CONTRATADA, além dos casos previstos na legislação em vigor, é responsável:

- a) Pelo planejamento e operacionalização dos serviços;
- b) Pelas obrigações contratuais relativas aos seus empregados, caso os mesmos intentem reclamação trabalhista contra a contratante e, em qualquer caso, pela reparação civil nos exatos termos do Artigo 1.521, II, do Código Civil;
- c) Pela seleção, treinamento, habilitação, contratação, registro profissional do pessoal necessário bem como cumprimento das formalidades exigidas pelas leis trabalhistas e previdenciárias;
- d) Por quaisquer acidentes por que possam ser vítimas seus empregados, no desempenho dos serviços objeto desta contratação;
- e) Por qualquer mau conduto dos serviços, representante ou preposto idôneo que representará a CONTRATADA integralmente, em todos os seus atos;

4.31. Manter disciplina nos locais de serviços, retirando no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após a notificação, qualquer empregado considerado com conduta inconveniente;

4.32. Ainda encarregado responsável pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos mesmos permanecendo no local do trabalho, fiscalizando e ministrando orientação aos executantes, sendo este obrigado a reportar-se, quando necessário ao responsável pelo acompanhamento dos serviços da CONTRATANTE comunicando sobre todas as falhas detectadas;

4.33. Executar os serviços através de pessoas idôneas, com capacitação profissional, assumindo total responsabilidade por quaisquer danos ou faltas que seus empregados, prepostos ou mandatários causarem à CONTRATANTE ou a terceiros no desempenho de suas funções;

4.34. Responsabilizar-se a por quaisquer danos pessoais ou materiais, causados ao patrimônio da Administração e ainda contra terceiros, ocasionados por seus empregados durante a execução dos serviços ora contratados;

4.35. Manter durante a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

4.36. Manter rigoroso controle de qualidade dos serviços fornecido, devendo o mesmo estar de acordo com as especificações e condições adequadas para o qual se destina;

4.37. Fornecer relatório de internação informando a descrição dos serviços executados;

4.38. O relatório deverá ser impresso em papel timbrado da empresa CONTRATADA, e deverá conter ainda rubrica em todas as páginas, assinatura e carimbo ao final, do representante da empresa responsável pela execução dos serviços prestados e ainda a rubrica

67

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
3ª. Via -- Arquivo Gerência de Contratos

2. Assinatura do servidor responsável pelo Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso - Juína/MT, responsável pelo acompanhamento e fiscalização dos serviços;

4.39. Responsável perante a CONTRATANTE e terceiros por eventuais prejuízos e danos decorrentes de sua demora ou de sua omissão, na condução do objeto deste instrumento sob a sua responsabilidade ou por erro relativos à execução do objeto deste Contrato;

4.40. Os serviços julgados como mal executados deverão ser refeitos pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para a CONTRATANTE.

**Clausula Quinta- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

5.1. A CONTRATANTE se obriga a proporcionar à CONTRATADA as condições necessárias ao pleno cumprimento das obrigações que lhe são atribuídas, descritas no Plano de Trabalho, no Termo de Referência e no presente Contrato, e ainda deverá:

5.2. Efetuar o pagamento dos serviços prestados, na forma e prazo estabelecidos no Contrato;

5.3. Prever em sua programação financeira e orçamento, os recursos necessários para custear as despesas relativas ao contrato;

5.4. Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, através de servidor responsável do Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso- Juína/MT;

5.5. Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços realizados em desacordo com o disposto neste Contrato;

5.6. Esclarecer as dúvidas que lhe sejam apresentadas;

5.7. Ordenar a imediata retirada do local, bem como, a substituição de funcionários da CONTRATADA que estiverem sem uniformes e crachás, que embarçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;

5.8. A CONTRATANTE se reserva o direito de designar um servidor, para acompanhar a execução dos serviços, bem como para dirimir dúvidas eventualmente surgidas no cumprimento deste;

5.9. Adotar as providências necessárias, dentro de suas possibilidades legais de atuação, para viabilizar a execução do objeto do Contrato;

5.10. Analisar a capacidade e as condições de prestação de serviços a fim de verificar se a CONTRATADA está mantendo seu nível técnico assistencial para execução do objeto do contrato;

5.11. Os serviços contratados estarão sob regulação instituída pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, devendo ser todo e qualquer serviço regulado e supervisionado.

68

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
3ª. Via – Arquivo Gerência de Contratos

**Cláusula Sexta – DA VIGÊNCIA**

6.1. O presente Contrato terá sua vigência pelo período de **12 (doze) meses**, contados a partir da assinatura, **com início em 04/01/2010 e término em 04/01/2011**, podendo, no interesse da Administração, ser prorrogado conforme dispõe a Lei n. 8.666/93.

**Parágrafo Único:** Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação do extrato deste Contrato e de seus eventuais aditivos no "Diário Oficial", até o quinto dia útil do mês seguinte ao da assinatura.

**Cláusula Sétima – DO PREÇO E DO PAGAMENTO**

7.1. Para o pleno e perfeito fornecimento do objeto desta contratação, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o **valor total de R\$ 2.628.000,00** (dois milhões seiscentos e vinte e oito mil), mediante apresentação mensal da Nota Fiscal/Fatura, com relatório de internação em anexo, devendo ser atestado pelo servidor responsável pelo Pólo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso do Sul, MT, que corresponderá ao valor dos serviços fornecidos, **sendo que será garantido o pagamento parcial de 80% (oitenta por cento) do valor mensal da contratação**, independente da execução, tendo em vista a disponibilidade exclusiva dos leitos de UTI do SUS, conforme Tabela de Preços Unitários, item 7.2;

**Parágrafo Único:** O Relatório de internação deverá conter a descrição e quantificação dos serviços realizados, devidamente conferido e atestado pela Central de Regulação, por meio do médico responsável ou médico supervisor responsável pelo encaminhamento e autorização dos serviços.

7.2. **Valores Unitários:**

| Item | Descrição                                                                                                                                                     | Qtd<br>leitos/dia | Valor<br>Diária R\$ | Valor<br>leitos/dia | Valor mês<br>31 dias | Valor Mês<br>30 dias | Valor mês<br>28 dias | Valor<br>Anual/leitos<br>R\$ |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|
| 01   | Preço unitário de internação em leito de UTI, com atendimento médico e enfermagem, incluindo todos os materiais e medicamentos necessários para a internação. | 08                | 900,00              | 7.200,00            | 223.200,00           | 216.000,00           | 201.600,00           | 2.628.000,00                 |

7.3. No preço a ser pago deverão estar incluídas todas as despesas inerentes a: salários, encargos sociais, tributários, trabalhistas e comerciais, materiais, frete, enfim todas as despesas necessárias à prestação dos serviços objeto deste Contrato;

7.4. Não obstante aos valores oriundos de fontes de recursos estaduais a serem devidamente pagos pela CONTRATANTE, ficará autorizada a CONTRATADA a abertura de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, para cada paciente internado no leito de UTI, podendo ser faturados nestas os hemoderivados de sangue, medicamentos, exames e etc.; nos termos da legislação do Sistema Único de Saúde;

7.5. Os valores pagos pelos serviços contratados correrão exclusivamente pela fonte de recursos do Sistema Único de Saúde do Mato Grosso destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, sendo que os valores faturados nas AIH's, serão provenientes de fonte de recursos federal, não caracterizando assim a duplicidade de pagamento e sim a concatenação de



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
3ª. Via - Arquivo Gerência de Contratos

estorados entre a esfera estadual e federal na prestação de serviços assistenciais de competência do SUS;

7.6 Os pagamentos serão efetuados no dia 20 (vinte) se a Nota Fiscal/Fatura for apresentada até o Primeiro dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, e após o recebimento "de acordo" da Gerência de Serviços Gerais, respeitados os dias de pagamento fixados pela Instrução Normativa nº. 001/2007 - SAGP/SEFAZ, publicada no D.O.E em 25/05/2007;

7.7 A Nota Fiscal/Fatura deverá conter atestos firmados pelo servidor encarregado de fiscalizar a prestação dos serviços, do Polo Regional do Noroeste do Estado de Mato Grosso, Juína/MT, constando o "De Acordo", do Gabinete do Secretário Adjunto de Saúde. A Nota Fiscal/Fatura atestada deverá ser entregue à Gerência de Serviços Gerais, juntamente com os documentos relacionados no item 7.14;

7.8 A CONTRATADA deverá indicar no corpo da Nota Fiscal/Fatura, para fins de pagamento, o número do Contrato, número e nome do banco, agência e número da conta, no qual deverá ser efetuado o pagamento, via ordem bancária;

7.9 A CONTRATADA efetuará o pagamento por meio de ordem bancária, tomada junto ao Banco do Brasil S/A, endereçada ao Banco discriminado na Nota Fiscal;

7.10 No hipótese da vencedora ser sediada no âmbito do Estado de Mato Grosso, caso a Nota Fiscal/Fatura ultrapasse o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), deverá apresentar o documento CNB (Certidão Negativa de Débito), sem a qual fica impossibilitada a efetivação da liquidação do pagamento;

7.11 Caso ocorra qualquer incorreção na Nota Fiscal/Fatura, bem como, outra circunstância que desatenda o seu pagamento, o prazo para pagamento constante no item 7.6, fluirá a partir da respectiva regularização;

7.12 As despesas decorrentes de transferência de valores para outras praças serão de responsabilidade da CONTRATADA;

7.13 O pagamento efetuado não isentará a CONTRATADA de suas responsabilidades vinculadas a prestação dos serviços, especialmente àquelas relacionadas com a qualidade e garantia;

7.14 A CONTRATADA deverá apresentar, para fins de pagamento da Nota Fiscal/Fatura:

- a) a prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda da sede ou domicílio do credor;
- b) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

7.15 A CONTRATANTE não efetuará pagamento de título descontado ou por meio de cobrança em banco, bem como, os que forem negociados com terceiros por intermédio da operação de factoring;