

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

## TERMO ADITIVO Nº 006/2020

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM ATENDIMENTO MÉDICO NA ÁREA DE PEDIATRIA/NEONATOLOGIA NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL SANTA LYDIA DE RIBEIRÃO PRETO, CONTEMPLANDO ATENDIMENTO MÉDICO EM (1) UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA, E (2) ASSISTÊNCIA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA E NEONATOLOGIA.**

Primeiro Termo Aditivo ao Contrato de contratação de empresa especializada em atendimento médico na área de PEDIATRIA/NEONATOLOGIA nas dependências do Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto, contemplando atendimento médico em (1) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, e (2) assistência em Cirurgia Pediátrica e Neonatologia, que entre si fazem as partes abaixo descritas, com respaldo nos termos do art. 65, I da lei 8.666/1993.

**CONTRATANTE: FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 13.370.183/00001-89, com sede na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, na Rua Tamandaré, n.º 434 – CEP: 14.085-070 neste ato representada pelo seu Diretor Administrativo, Marcelo Cesar Carboneri, brasileiro e portador do CPF/MF nº. 362.019.658-31.

**CONTRATADO M.I.N.S. SERVIÇOS DE PEDIATRIA LTDA**, CNPJ/MF n.º 60.245.131/0001-60, com sede à Rua B, n.º250, Lado B, Condomínio Quinta da Boa Vista, CEP: 14.031-794, na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, com representante ao final assinado.

As partes retro qualificadas, a seguir denominadas simplesmente de CONTRATANTE e CONTRATADO decidem, por este instrumento particular, modificar o contrato de prestação de serviços nº 002/2019, firmado em **01/02/2019** mediante condições a seguir:

I – A cláusula Primeira tem sua redação alterada passando a dispor e incluir o seguinte:

- 1.1 Contratação de Empresa Especializada Contratação de empresa especializada em atendimento médico na área de PEDIATRIA/NEONATOLOGIA nas dependências do Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto, contemplando atendimento médico em (1) Unidade de Terapia Intensiva Mista (Neonatal e Pediátrica) e (2) Enfermaria Pediátrica, passando a vigorar durante o presente aditivo o termo de referência anexo, com as seguintes alterações:
- Exclui-se da prestação dos serviços os procedimentos relacionados as cirurgias pediátricas e manutenção de equipe de cirurgiões;
  - A quantidade de atendimentos doravante passa a ser estimada no número máximo de cinco leitos para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e número máximo de cinco leitos para Unidade Intensiva Pediátrica, perfazendo uma UNIDADE DE TERAPIA MISTA totalizando, no máximo, dez leitos do Sistema único de Saúde, e onze leitos de Enfermaria, conforme anexo I.

II - A Cláusula Segunda tem sua redação alterada passando a dispor o seguinte:

2.1- O valor estimado do presente aditivo é **de R\$ 1.980.000,00** (um milhão, novecentos e oitenta mil reais) a serem pagos em 12 (doze) parcelas mensais fixas em **R\$165.000,00** (cento e sessenta mil reais), excluindo o componente variável.

III – Acrescenta-se à Cláusula Sétima a seguinte obrigação da Contratante :

7.5 Fica consignado como responsabilidade da contratante o repasse de convênios, particulares, procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais não pertencentes à UTI.

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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


IV – O presente aditivo tem vigência de 12 (doze) meses a contar de 02/02/2020 à 02/02/2021.

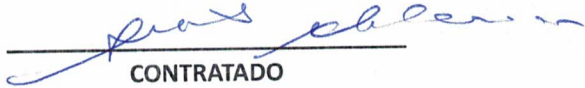
V – Ficam mantidas as demais cláusulas do contrato.

Para constar lavrou-se em três vias este instrumento particular que as partes contratantes assinam.

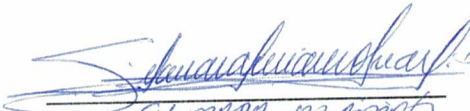
Fica eleito o foro de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer conflitos originários do presente adendo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

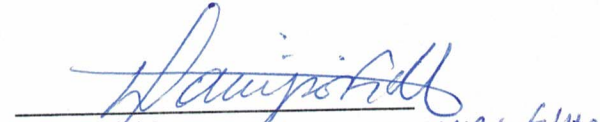
Ribeirão Preto/SP, 31 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**  
FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA  
CNPJ/MF: 13.370.183/0001-89  
Marcelo Cesar Carboneri - Dir. Administrativo  
CPF/MF: 362.019.658-31

  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATADO**  
M.I.N.S. SERVIÇOS DE PEDIATRIA LTDA  
CNPJ/MF: 60.245.131/0001-60

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
Nome: SILMARIA MARINHO  
CPF: 225.318.608-27

  
\_\_\_\_\_  
Nome: WALTER DE OLIVEIRA CAMPOS FILHO  
CPF: 555.196.186-60



# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

## ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

**OBJETO:** Contratação de empresa especializada em atendimento médico na área de PEDIATRIA/NEONATOLOGIA nas dependências do Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto, contemplando atendimento médico em (1) Unidade de Terapia Intensiva Mista (Neonatal e Pediátrica) e (2) Enfermaria Pediátrica.

### 1. ESCOPO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

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

1.1.2 Assistência Médica em Unidades de Terapia Intensiva Mista (5 leitos de Neonatologia e 5 leitos de Pediatria), em regime de plantão, vinte e quatro horas por dia, sete dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, ininterruptamente.

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

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

1.1.6 Disponibilizar as avaliações nas especialidades médicas que sejam necessárias para a continuidade e melhoria na assistência dispensada aos pacientes.

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

1.1.8. Realização de visitas médicas aos leitos regularmente, participação em reuniões clínicas de equipe interdisciplinar e cursos de aprimoramento de equipes da Fundação.

### 2. LOCAL E PRAZO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. O Serviço será prestado nas dependências do Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto, localizado na Rua Tamandaré nº. 434, Campos Elíseos, Município de Ribeirão Preto-SP.

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

2.3 O início do serviço será dia **01 de fevereiro de 2020.**

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

2.4. Não será permitida a subcontratação.

## 3. QUANTIDADE ESTIMADA

3.1 A estimativa de atendimento está estimada em número máximo de cinco leitos para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e número máximo de cinco leitos para Unidade Intensiva Pediátrica, perfazendo uma UNIDADE DE TERAPIA MISTA totalizando, no máximo, dez leitos do Sistema único de Saúde, e onze leitos de Enfermaria.

## 4. DOS REQUISITOS PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO

4.1. A empresa contratada deverá apresentar a Relação de Profissionais que a compõem, bem como possuir Equipe Técnica Qualificada, com os profissionais (no exercício da função ou na supervisão/coordenação médica), habilitados através de (1) título de Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica ou Neonatologia pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Saúde, ou (2) pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Neonatologia.

Todos os componentes da equipe deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada do diploma ou certificado de conclusão do curso de medicina;
- b) Declaração emitida por instituição Pública ou privada de experiência de, pelo menos, cinco anos de atividades médicas contínuas em UTI, emitidos formalmente pelas Instituições onde ocorreu a execução da referida atividade.
- c) Equipe capacitada para tratamento de patologias oncológicas em Pediatria, incluindo realização de quimioterapia intratecal, comprovados através de DECLARAÇÃO emitida por instituição Pública ou privada, por tempo mínimo de cinco anos.
- d) Cópia autenticada da carteira profissional emitida pelo Conselho Regional de Medicina – CRM competente;
- e) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e do CPF;
- f) Prova de Registro da empresa junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Lei 6.839/1980, art. 1.º). Poderá ser aceito o Protocolo de solicitação de registro da empresa junto ao CREMESP.

## 5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

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



# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

5.2 Confeccionar relatórios médicos quando solicitados.

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

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

5.5 Garantir a qualidade e uniformidade dos serviços, em conformidade com a Legislação Sanitária vigente e as técnicas usualmente aplicáveis, seguindo as diretrizes de melhoria contínua dos indicadores de qualidade e colaborar com a instituição em relação às avaliações de desempenho realizada pela Instituição.

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

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

5.8 Atender aos indicadores quantitativos e qualitativos definidos nas metas do Convênio 048/2016, ou outro Convênio que venha substituí-lo com a Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, conforme quadro abaixo:

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

## III.7 - Indicadores e Metas dos Leitos de UTI Neonatal da Rede Cegonha:

Item	Indicador	Meta	Variação
1	Taxa de Ocupação de leitos de UTI Neonatal: avaliação deste índice será retroativa a 4 meses	80%	≥80 %
			79% até 76%
			75% até 72%
			≤ 71%
2	Média de permanência UTI Neonatal	13 dias	≤ 13 dias
			13,1 até 16 dias
			16,1 até 19 dias
			≥ 19,1 dias
3	Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes da UTI, com o nome dos palestrantes, carga horária e lista de presença.	Realizar no mínimo 2 atividades de educação permanente no ano.	Sim = pontuar Não = não pontuar
4	Implantação e adoção de pelo menos 5 protocolos clínicos.	Possuir os seguintes protocolos clínicos: anóxia grave (apgar 5' < 5); icterícia que necessite exsanguineotransusão; peso ao nascer < 1.500 g e/ou idade gestacional < 32 semanas; dificuldade respiratória que necessite de CPAP ou respirador; e instável: insuficiência cardíaca, insuficiência renal, suprarrenal, choque, coma e convulsão.	Sim = pontuar Não = não pontuar



# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

- Indicadores e Metas dos leitos de UTI Pediátrica da rede de urgência e emergência:

Item	Indicador	Meta	Variação
1	Taxa de Ocupação Média Mensal da UTI Pediátrico. Obs: avaliação desse índice será retroativa a 4 meses.	≥80 %	≥80 %
			79% até 76%
			75% até 72%
			≤ 71%
2	Média de permanência UTI Pediátrico.	07 dias	< 07 dias
			7,1 até 10 dias
			10,1 até 13 dias
			≥ 13,1 dias
3	Implantação e adoção de pelo menos 5 protocolos clínicos.	Possuir os seguintes protocolos clínicos: choque, diálise peritoneal e insuficiência renal aguda, politraumatizado, cetoacidose diabética e insuficiência respiratória.	Sim = pontuar
			Não = não pontuar
4	Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes da UTI, com o nome dos	Realizar no mínimo 2 atividades de educação permanente no ano.	Sim = pontuar Não = não pontuar

## 6. FORMA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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

6.2. A CONTRATADA deverá fornecer previamente, com dez dias de antecedência, uma ESCALA MENSAL DA EQUIPE MÉDICA, que deverá conter o número de telefone de contato do médico, bem como os dados do responsável pela escala.

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

6.4. A assistência, médica e demais avaliações ou intervenções deverão seguir os procedimentos e fluxos estabelecidos pelo Hospital.

# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

## 7. FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

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

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

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

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

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

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

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

## 8. PRAZO DE VIGÊNCIA:

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

## 9. REMUNERAÇÃO

9.1. A forma de remuneração do contrato se realizará da seguinte forma: componente FIXO.



# FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

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

9.1.1. Entende-se por componente fixo o valor mensal do contrato de serviços prestados diariamente e ininterruptamente, interessando as internações clínicas do Sistema Único de Saúde (SUS) das Unidades de Terapia Pediátrica e Neonatal bem como das Enfermarias, para todo e qualquer tipo de paciente pediátrico/neonatal.

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

9.1.4 Fica consignado como responsabilidade da contratante o repasse de convênios, particulares, procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais não pertencentes à UTI.

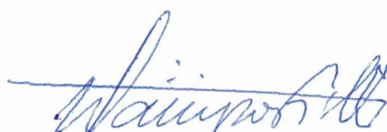
## 10. FORMA DE PAGAMENTO:

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

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

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

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

  
**Dr. Walther de Oliveira Campos Filho**  
**Diretor Técnico**  
**Fundação Hospital Santa Lydia**