



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

### TERMO DE REFERÊNCIA

#### **Contratação da Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia de Óbidos/PA.**

#### **1. OBJETO:**

1.1. Este Termo de Referência tem por objeto Contratação da Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia de Óbidos/PA, objetivando a prestação de serviços médico-hospitalares de baixa e média complexidade, conforme plano operativo 2021/2022.

#### **2. DA LEGISLAÇÃO:**

A presente contratação encontra amparo legal nas seguintes leis:

- 2.1. Lei n.º 8.080, 19 de setembro de 1990.
- 2.2. Art. 25 Caput da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993;
- 2.3. Portaria nº 197/2019, de 06 de fevereiro de 2019;
- 2.4. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005;
- 2.5. Portaria nº 2.035, de 17 de setembro de 2013;
- 2.6. Portaria nº 3.123 de 7 de dezembro de 2006;
- 2.7. Resolução nº 222/2018, de 27 de dezembro de 2018.

#### **3 – SOLICITANTE:**

3.1. **Fundo Municipal de Saúde de Óbidos**, inscrita no CNPJ: 11.884.818/0001-30, situada no endereço Rua Almirante Barroso, 330, Bairro Centro, Óbidos, PA, CEP: 68.250-000.

3.2. **Secretária Municipal de Saúde do Município** senhora **Ana Elza de Andrade Tavares**, Decreto nº 002/2021, portador do CPF nº 206.521.352-34, RG nº 2810712, Data de expedição: 29/11/2007, Órgão expedidor: PC/PA, residente na Avenida Dom Floriano Lowenal, nº 601, Bairro Lourdes, Óbidos, PA, CEP: 68.250-000, e-mail [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br).

#### **4 – JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO; JUSTIFICATIVA DO PREÇO PROPOSTO; DA RAZÃO DA ESCOLHA DO PRESTADOR DE SERVIÇOS:**

##### **4.1 – Justificativa do Serviço Proposto**

- Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos não possui estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, devidamente regulamentado para realizar internações hospitalares no âmbito da atenção especializada de baixa e média complexidade;



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

- Considerando que não há recursos financeiros disponíveis no teto financeiro de média e alta complexidade para implantar tal serviço sob total responsabilidade do contratante, nem previsão de aumento desses repasses feitos pelo Governo Federal ao município, através do Ministério da Saúde;

Visto que não há possibilidades de realizar tal serviço em outra localidade, fora das dimensões territoriais de Óbidos, por se tratar de direito e garantia fundamental ao cidadão o acesso à serviços de saúde, assegurados pela Constituição Federal em seu artigo 6º, e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, que são: equidade, universalidade e e integralidade.

Ainda no que diz respeito à princípios organizativos, o SUS preconiza a **Regionalização e Hierarquização**, que consistem na organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Diante das justificativas apresentadas é que se pretende realizar a contratação em tela, tudo com vistas a assegurar o direito do cidadão ao acesso à saúde.

### 4.2 – Justificativa do Valor Pactuado

#### O valor a ser contratado justifica-se:

- Cálculo a partir do valor disponibilizado pelo ministério da saúde para custeio anual da assistência de média e alta complexidade através da portaria n.º 197, de 06 de fevereiro de 2019 (anexo I), que define os montantes financeiros destinados aos entes federativos (Teto MAC) orçado em 2.940.525,43. Esse valor foi submetido à resolução CIB n.º 10, de 12 de março de 2020 (anexo II), que em colegiado específico de gestores (Comissão Intergestores Bipartite – CIB), direcionou a utilização do recurso, definindo o valor anual de custeio com assistência hospitalar no teto máximo de R\$1.426.489,91.

- Os valores do presente Contrato estão estabelecidos no Plano Operativo Anual (anexo III), devidamente aprovado no Conselho Municipal de Saúde, pela resolução n.º 08/2021 – CMSO (anexo IV), com base na série histórica de serviços prestados, nos últimos 12 meses, a partir das AIH's – Autorização de Internação Hospitalar, instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

envolvidos e estrutura de hotelaria, que constam no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD. Disponível no link: <http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>. (anexo V)

- Da mesma forma, os procedimentos executados durante as internações têm como parâmetro de valores o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – SIGTAP, outra ferramenta de gestão do SUS, que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência/mês, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos, alimentados pela gestão a partir de dados informados pelo prestador de serviços. Disponível no link: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

### 4.3 – Justificativa da Escolha do Contratado

- Considerando que a rede municipal de assistência especializada disponibiliza apenas o serviço de urgência e emergência, a nível ambulatorial, na Unidade de Pronto Atendimento “Dr. José Benito Priante”, no período de 24 horas por dia, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

- Considerando que a Santa Casa de Misericórdia de Óbidos é a única entidade instalada neste Município que presta serviços hospitalares de internação, com capacidade técnica de 66 leitos, assistência médica e de enfermagem, principalmente a gestantes (inclusive partos), cirurgias de media e baixa complexidade, atendendo de forma integral com exames laboratoriais básicos, possuindo estrutura necessária de suporte aos pacientes encaminhados do serviço de pronto atendimento;

- Considerando que a Santa Casa de Misericórdia de Óbidos, fundada no ano de 1922, vem desenvolvendo há quase 100 (cem) anos, atividade voltada a prestação de serviços na área da saúde, estando credenciada pelo órgão gestor das respectivas políticas públicas, sendo demanda de seus atendimentos 70% do Sistema Único de Saúde – SUS – funcionando 24 horas por dia, de domingo a domingo.

Outrossim, verifico que a entidade é reconhecida como de utilidade pública no âmbito municipal e até estadual, estando cadastrada regularmente junto as entidades competentes, bem como é qualificada como Entidade Filantrópica Privada sem Fins Lucrativos (Portaria Ministerial n.º1.440, de 18 de outubro de 2016), conforme especificado em seu estatuto (anexo VI), sendo público e notório que inexistente outra entidade do gênero em funcionamento no Município, ante à evidente inviabilidade de competição.

Diante do acima exposto justifica-se a escolha da Associação Santa Casa de Misericórdia de Óbidos para a presente contratação.

## 5 - DOS VALORES ORÇADOS



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

5.1. O valor total orçado para a presente contratação é de R\$ 1.426.684,56 (hum milhão, quatrocentos e vinte e seis mil, seiscentos e oitenta e quatro reais, cinquenta e seis centavos) dividido em parcelas mensais R\$ 118.890,38 (cento e dezoito mil, oitocentos e noventa reais e trinta e oito centavos) conforme plano operativo em anexo.

Tipos de leito por especialidades	Quantidade de Procedimentos Mensal	Valor Mensal (R\$)	Valor Total Para 12 meses
Médica (Clínica)	140	R\$ 50.701,00	R\$ 608.412,00
Pediatrica	65	R\$ 21.973,25	R\$ 263.679,00
Cirurgica	15	R\$ 8.214,00	R\$ 98.568,00
Obstétrica	80	R\$ 38.002,13	R\$ 456.025,56
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>R\$ 118.890,38</b>	<b>R\$ 1.426.684,56</b>

5.2. O custo estimado foi apurado a partir da série histórica dos atendimentos realizados no período de 02/01/2018 a 30/04/2019. Bem como na Resolução CIB n.º 222 27/12/2018 – Portaria SAS n.º 72 de 21/01/2019, que estabelece valores anuais da Pactuação Programada Integrada dos municípios do Pará – PPI (Em anexo).

5.3. O cumprimento das metas quantitativas de atendimento, estabelecidas no Plano Operativo Anual deverá ser um dos requisitos a ser considerado na avaliação qualitativa. A avaliação será global.

5.4. Os valores previstos neste termo de referência poderão ser alterados, de acordo com as modificações do Plano Operativo Anual, podendo as metas físicas relacionadas ao valor fixo do contrato sofrer variações de 5% para mais ou para menos sem haver alterações do montante financeiro, conforme discriminado abaixo.

METAS PACTUADAS	Faixa de desempenho Metas Pactuadas	Percentual do total de Recursos destinados ao Desempenho
META FÍSICA	Mínimo 95 a 105%	100%
	81 a 94%	80%
	70 a 80%	70%
META QUALITATIVA	Mínimo 95 a 105%	100%
	81 a 94%	80%
	70 a 80%	70%



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

### 6 – FISCAIS DO CONTRATO:

**6.1. A Fiscalização do Contrato** será exercida pelas servidoras **Yleana Rodrigues Boa Morte**, Diretora Executiva de Média e Alta Complexidade, **Francilene Soares da Rocha** - Auxiliar Administrativo e **Dariana Siqueira Marinho Pinto** - Auxiliar Administrativo, conforme Portaria nº 025-A/2021-SEMSA/GAB (anexo VII).

**6.2.** Os Fiscais ficarão responsáveis pelo acompanhamento/monitoramento, avaliação e fiscalização da execução dos serviços, datar e atestar, assim como **avisar com 30 (trinta) dias** de antecedência do término do contrato ao(a) Secretário (o), para que o(a) mesmo(a) tome as devidas providências a vigência do contrato.

**6.3.** O(s) Fiscal(is) da Contratante deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução do contrato.

**6.4.** A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade da prestadora dos serviços, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, emprego de material ou serviço inadequado, e de qualidade inferior, sendo que na ocorrência desta, não implica em co-responsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

**6.5.** Os fiscais do contrato, anotarão em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando hora, dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

### 7 – FORMA DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO:

**7.1.** A prestação dos serviços inclui procedimentos médico hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados durante as internações, prescrição medicamentosa, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria.

**7.2.** A internação hospitalar será precedida pelo atendimento ao usuário na Unidade de Pronto Atendimento em Urgência e Emergência “Dr. José Benito Priante”, de onde serão transferidos conforme a conduta médica.

**7.3.** O Contratante NÃO se responsabilizará por internações realizadas diretamente no estabelecimento da Contratada, ou seja, sem a prévia avaliação da equipe de enfermagem ou profissional médico do serviço de Urgência e Emergência do município. O usuário deverá receber a orientação na Santa Casa de Misericórdia de que as despesas correspondentes a esse tipo de entrada no serviço não serão de competência do Sistema Único de Saúde – SUS;

**7.4.** No ato das transferências dos pacientes internados para dar continuidade ao tratamento fora da sede do Município, será de responsabilidade da CONTRATADA o preenchimento de laudo médico de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, assim como a Autorização de Internação Hospitalar – AIH e



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

prescrição medicamentosa de horário, a ser executada durante a viagem até o destino final, incluindo o fornecimento dos insumos a serem utilizados para esta finalidade.

7.5. Com o processo de transferência do paciente internado, solicitado pelo médico plantonista, a equipe de enfermagem da Santa Casa deverá acionar o serviço de sobreaviso da Secretaria Municipal de Saúde, informando a necessidade de referenciar o paciente ao Sistema de Regulação correspondente, emitindo boletins médicos a cada 12 horas ou conforme solicitação da CONTRATANTE.

### **8- ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS:**

#### **8.1. Serviços Quantitativos, Metas Mensais e Anuais, de acordo com o Plano Operativo.**

<b>Internação Hopsitalar</b>	<b>Meta Mês</b>	<b>Meta Anual</b>
Clínica Cirurgica	15	180
Clínica Médica	140	1.680
Clínica Pediátrica	65	780
Clinica Obstétrica	80	960
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>3.600</b>

### **9 – FONTE DE RECURSO:**

9.1. As despesas da contratação ocorrerão por conta das classificações funcionais constantes da Lei Orçamentária Anual de 2021. Estas serão custeadas com recursos dos seguintes fundos abaixo:

Unidade Gestora: 02 – Fundo Municipal de Saúde de Óbidos

**Projeto/Atividade – 2.035 Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade MAC**

Elemento de Despesa – 33.90.36.00 – Outros Serviços de Terceira Pessoa Jurídica

Fonte de Recurso – 12140000 – Transferência SUS Bloco de Manutenção

### **10 – OBRIGAÇÕES:**

#### **10.1 – OBRIGAÇÕES COMUNS**

- Criação de mecanismos que assegurem a assistência adequada e integral nos serviços prestados pelo HOSPITAL para a rede assistencial do município, considerando a pactuação entre ambos.
- Contribuir para a elaboração e implementação de protocolos técnicos de atendimento e de encaminhamento para as ações de saúde.
- Aprovar o Plano Operativo Anual e contribuir para o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas;
- Zelar pelo adequado funcionamento da comissão fiscalizadora do contrato, através do fornecimento de informações requisitadas nos prazos estabelecidos e facilitação no acompanhamento das atividades

6  
fe



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

a serem observadas pelos referidos fiscais;

- Aprimoramento da assistência integral e atenção à saúde, tanto do paciente e quanto de seu acompanhante.

### 10.2 – OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

- Buscar atingir todas as metas e condições especificadas no Plano Operativo;
- Manter no mínimo de 60% (sessenta por cento) dos leitos existentes nas internações hospitalares realizadas, medida por paciente-dia ou serviços ambulatoriais disponíveis aos usuários do SUS, conforme contratualização de serviços;
- Manter acessível aos seus usuários, aviso de sua condição de estabelecimento integrante da rede do SUS e da gratuidade aos usuários do SUS dos serviços prestados nessa condição, estabelecidos no contrato.
- Aplicar os recursos financeiros provenientes deste Instrumento integralmente na assistência hospitalar e na melhoria dos serviços ofertados aos usuários, conforme plano operativo.
- Contribuir para a investigação de eventuais denúncias de cobrança indevida feita ao paciente ou seu representante, bem como possíveis negligências ocorridas por qualquer atividade prestada pelo HOSPITAL, em razão da execução do objeto do presente instrumento;
- Manter comunicação e interação constante com o sistemas de regulação do Município, assim como buscar o conhecimento dos sistemas de informação do Ministério da Saúde existentes, bem como os que forem criados de acordo com suas necessidades, afim de agilizar o fluxo de transferências e necessidades urgentes dos pacientes internados, otimizando o tempo para conclusão de processos de Tratamento Fora de Domimcílio e Alta Hospitalar;
- Responsabilizar-se pela utilização do pessoal de apoio nas dependências do HOSPITAL, tais como assistência médica, de enfermagem, administração, limpeza, etc., necessário à execução dos serviços previstos no presente Termo, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o município ou terceiros;
- Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- Garantir o acesso dos conselheiros de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

### 10.2. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

- Regular, controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados;
- Notificar por escrito a CONTRATADA de quaisquer irregularidades constatadas, solicitando providência para a sua regularização;



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

- Fornecer à CONTRATADA todas as informações necessárias à fiel execução da contratação, bem como proporcionar todas as facilidades para que a CONTRADA possa cumprir suas obrigações estabelecidas neste termo;
- Observar quanto à assiduidade na quitação dos serviços prestados, garantindo condições à CONTRATADA na continuidade à assistência integral de internação, bem como cumprir prazos para pagamento das referidas notas fiscais, estabelecidos no Contrato;
- Proceder a fiscalização e acompanhamento constante na execução do Contrato por meio de servidores designados através da Portaria n.º 025-A/2021/SEMSA-GAB, nos termos da Lei n.º 8.666/93 e agir, no âmbito de suas competências, de forma a garantir a boa e regular execução do serviço;
- Verificar, em tempo hábil, a conformidade dos serviços recebidos, com as especificações constantes neste Termo e da proposta, para fins de aceitação, submentendo à avaliações prévias de auditoria médica.

### **11 – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

**11.1.** Para fins de pagamento serão observados os procedimentos dispostos no Decreto Estadual n.º 877, de 31 de março de 2008 e a Instrução Normativa n.º 018, de 21 de maio de 2008, da Secretaria de Estado de Fazenda – SEFA.

**11.2.** Havendo disponibilidade Financeira e cumpridas as formalidades, o pagamento do Serviço será efetuado, no prazo de **30 (trinta) dias**, contados a partir do recebimento definitivo das Nota(s) Fiscal(ais)/Fatura(s) devidamente datadas e atestadas pelo(a) Fiscal(is) designado(s) e pelo Secretário(a) **acompanhada da Ordem de Serviço**, o repasse a CONTRATADA será feita através de transferência de conta bancária.

**11.3.** **Só serão pagos os valores mensais referentes aos serviços efetivamente executados, mediante** Nota(s) Fiscal(ais)/Fatura(s) devidamente datadas e atestadas pelo(a) Fiscal(is) designado(s) e pelo Secretário(a) acompanhada da Ordem de Serviço, Termos de conformidade dos serviços.

**11.4.** **Para efetivação do pagamento, além da correspondente Nota Fiscal/Fatura, a CONTRATADA deverá comprovar sua regularidade fiscal, através das Certidões Negativas de Débitos atualizadas.**

**11.5.** As despesas de frete/embalagem, ser houver, em hipótese alguma poderão ser destacadas quando da emissão da nota fiscal/fatura.

**11.6.** No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na Nota Fiscal / Fatura, serão os mesmos restituídos à **CONTRATADA** para as correções necessárias, não respondendo a Prefeitura Municipal de Óbidos por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

**11.7.** A **CONTRATANTE** poderá exigir da contratada, a qualquer tempo, a apresentação de comprovantes originais referentes à efetiva quitação de qualquer encargo ou compromisso para com terceiros, exigidos por força da execução dos serviços contratados. A não apresentação desses comprovantes poderá ensejar a suspensão dos pagamentos devidos pelo Fundo Municipal de Saúde Óbidos/SEMSA, a seu critério, até a regularização do assunto.

**11.8.** A **CONTRATANTE** procederá à retenção de impostos nas hipóteses previstas em lei, **se for o caso.**

**11.9.** A **CONTRATADA** apresentará ao **CONTRATANTE** documento fiscal específico referente ao objeto da contratação, sendo que estes deverão ser entregues a cada mês.

**11.10.** O **CONTRATANTE** terá o prazo de **48 (Quarenta e oito) horas**, a contar da apresentação do documento fiscal, para aprová-lo ou rejeitá-lo.

**11.11.** O documento fiscal não aprovado pelo gestor será devolvido à **CONTRATADA** para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, contando-se o prazo estabelecido para pagamento a partir da data de sua reapresentação.

**11.12.** A devolução do documento fiscal não aprovado pelo gestor, em hipótese alguma, servirá de pretexto para que a **CONTRATADA** suspenda a execução do contrato.

**11.13.** O contratante poderá sustar o pagamento de qualquer fatura, no todo ou em parte, nos seguintes casos: **execução do objeto contratual em desacordo com o avençado e existência de qualquer débito para com o contratante.**

### 12 – MEDIDAS ACAUTELADORAS:

**12.1.** Consoante o artigo 45 da Lei nº 9.784, de 1999, a Administração Pública poderá, sem a prévia manifestação do interessado, motivadamente, adotar providências acauteladoras, inclusive retendo o pagamento, em caso de risco iminente, como forma de prevenir a ocorrência de dano de difícil ou impossível reparação.

### 13 – DAS INFRAÇÕES E DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

**13.1.** A disciplina das infrações e sanções administrativas aplicáveis no curso da contratação é aquela prevista no Edital, na **Lei 8.666/93, de 21 de julho de 1993 e Lei 10.520, de 17 de julho de 2002.**

### 14 – ANEXOS:

- Anexo I: Portaria n.º 197, 06 de fevereiro de 2019.
- Anexo II: Resolução CIB n.º 222, 27 de dezembro de 2018.
- Anexo III: Plano Operativo Anual Santa Casa
- Anexo IV: Resolução n.º 08/2021 – CMSO, de 29 de Julho de 2021.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS**

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

- Anexo V: Série histórica – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD2
- Anexo VI: Estatuto Social Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia de Óbidos
- Anexo VII: Portaria n.º 025-A/2021-SEMSA/GAB.

Óbidos/Pará, 29 de Julho de 2021.

---

**Ana Elza de Andrade Tavares**  
Secretária Municipal de Saúde de Óbidos  
Decreto n.º 002/2021



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)



### JUSTIFICATIVA PARA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO, DA RAZÃO DA ESCOLHA DO PRESTADOR DE SERVIÇOS E DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

**OBJETO: CONTRATAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ÓBIDOS/PA, OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE, CONFORME PLANO OPERATIVO 2021/2022.**

**UNIDADE(S) REQUISITANTE(S): SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

**UNIDADE(S) CONSUMIDORA(S): REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIXA E MEDIA COMPLEXIDADE.**

Ao

Exmo. Prefeito Municipal Jaime Barbosa da Silva

Senhor Prefeito,

Mediante solicitação de contratação dos serviços então descritos, apresentamos justificativa abaixo, nos termos da Lei e da fundamentação legal para a presente contratação:

#### **1. Da necessidade dos Serviços e Justificativa para a Contratação**

- Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos não possui estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, devidamente regulamentado para realizar internações hospitalares no âmbito da atenção especializada de baixa e média complexidade;

- Considerando que não há recursos financeiros disponíveis no teto financeiro de média e alta complexidade para implantar tal serviço sob total responsabilidade do contratante, nem previsão de aumento desses repasses feitos pelo Governo Federal ao município, através do Ministério da Saúde;

Visto que não há possibilidades de realizar tal serviço em outra localidade, fora das dimensões territoriais de Óbidos, por se tratar de direito e garantia fundamental ao cidadão o acesso à serviços de saúde, assegurados pela Constituição Federal em seu artigo 6º, e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, que são: equidade, universalidade e integralidade.

Ainda no que diz respeito à princípios organizativos, o SUS preconiza a **Regionalização e Hierarquização**, que consistem na organização dos serviços em



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS

CNPJ Nº. 11.884.818/0001-30 – Fone: (93) 3547-2979/3026

Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000

E-mail: [semsaobidos@yahoo.com.br](mailto:semsaobidos@yahoo.com.br)

níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

1.1. Diante das justificativas apresentadas é que se pretende realizar a contratação em tela, tudo com vistas a assegurar o direito do cidadão ao acesso à saúde.

### 2. Fundamentação Legal para a Contratação

2.1. Considerando a solicitação e justificativa apresentadas pela Unidade Requisitante, a referida contratação deverá ser na forma de contratação emergencial de que trata o **Art. 25, caput da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores**, através do procedimento de **INEXIGIBILIDADE**.

### 3. Razão da Escolha do Fornecedor e valor da contratação

**OFERTANTE: Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia de Óbidos**  
**- CNPJ: 10.217.271/0001-57.**

3.1. A referida ofertante do objeto desta contratação, demonstra ter capacidade técnica para garantir a execução dos serviços, na forma das especificações e requisitos do Termo de Referência, conforme documentação de habilitação apresentada e anexada aos autos, Pelo valor mensal de **R\$118.890,38** (Cento e Dezoito Mil , Oitocentos e Noventa Reais e Trinta e Oito Centavos) perfazendo o valor global de **R\$ 1.426.684,56** (Um Milhão Quatrocentos e Vinte e Seis Mil, Seiscentos e Oitenta e Quatro Reais e Cinquenta e Seis Centavos).

É a justificativa.

Óbidos/PA, 29 de Julho de 2021.

  
**ANA ELZA DE ANDRADE TAVARES**  
Secretária Municipal de Saúde