



Processo Seletivo	<b>CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO NO MÉTODO DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA.</b>
01/2024	

Formosa/GO, 13 de setembro de 2024.

O **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA**, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

**Objeto da Proposta:** Prestação de Serviços de Recertificação de Acreditação no método da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

As Propostas deverão ser submetidas no modelo do Anexo I a este Convite. Ao submeter a Proposta, entende-se que o ofertante aceitou todos os termos e condições abaixo estabelecidas, sendo desconsideradas quaisquer condições divergentes, podendo também o IMED, a seu critério, desclassificar a Proposta:



### 1) Termos e Condições da Oferta:

<b>Prazo para envio das Propostas:</b>	<b>18 de setembro de 2024.</b>
<b>Validade da Proposta:</b>	90 dias a contar da entrega.
<b>E-mail para envio da Proposta:</b>	<a href="mailto:rfp@poli-formosa.org.br">rfp@poli-formosa.org.br</a>
<b>Critério de Julgamento:</b>	<b>Menor preço <u>total</u>.</b>

### 2) Termos e Condições do Contrato:

<b>Local de Prestação dos Serviços:</b>	<b>Policlínica Estadual da Região do Entorno</b> Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa, CEP: 73.805-201
<b>Prazo estimado de vigência:</b>	Até a data de término prevista para o Termo de Colaboração n° 88/2024 – SES I firmado entre IMED e SES / GO ( <b>06/01/2025</b> ).
<b>Condição de Pagamento:</b>	Até o dia 15 (quinze) do mês posterior ao da prestação dos serviços.

### 3) Documentos a serem anexados à Proposta:

- I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;
- III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;
- IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento;
- V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);
- VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

- VII. regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;
- VIII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual de Goiás, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais;
- IX. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais;
- X. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS - CRF;
- XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho;
- XII. Proposta técnica ou documentos que descreva a empresa, sua experiência e método de trabalho; e
- XIII. Documento que comprove experiência na execução do objeto deste Convite, evidenciando que a proponente já realizou a certificação ou recertificação ONA em ao menos uma unidade hospitalar ou policlínica.

#### 4) Descrição do Serviço:

Consiste no acompanhamento dos conceitos de gestão para excelência para posterior Acreditação, na metodologia da Organização Nacional de Acreditação-ONA. A prestação dos serviços contempla as seguintes atividades:

- RECERTIFICAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO ONA;
- VISITAS DE MANUTENÇÃO DE RECERTIFICAÇÃO.



A empresa deverá desenvolver os elementos necessários para a adequada prestação do serviço que ora se pretende contratar.

#### 4.1. Especificações:

Para efeitos de entendimento do serviço a ser executado, fazem-se necessárias as seguintes definições:

A metodologia a ser aplicada parte da avaliação e análise crítica que determina seu processo de gestão utilizado pela organização avaliada está em conformidade com os padrões definidos no instrumento de avaliação (MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA ONA – VERSÃO ANO 2022/2026).

No Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para diagnóstico, certificação e manutenção é de responsabilidade das IAC-Instituições Acreditoras credenciadas pela ONA.

Importante frisar que o processo de acreditação é “voluntário”, sigiloso e periódico.

#### 4.2. Formalização de entrega dos serviços:

O processo de recertificação deverá ser executado de **22 a 25 de outubro de 2024**, impreterivelmente. A proponente deverá ter disponibilidade para prestar os serviços de recertificação dentro desse período.

As auditorias podem ocorrer através de visitas presenciais ou conferências remotas/online, devendo ser previamente estabelecido um período mínimo e máximo para a ocorrência de cada uma delas, assim como a modalidade solicitada/proposta.

A avaliação ocorrerá com base na metodologia de avaliação de requisitos através do Manual Brasileiro de Acreditação – ONA, com definição de conformidade e não conformidade com os padrões SBA/ONA, além de apontamentos dos pontos fortes apresentados pela instituição e oportunidades de melhoria sugeridas pela





CONTRATADA nos serviços prestados pela CONTRATANTE.

#### 4.3. Do prazo para execução do serviço:

O prazo máximo previsto para a recertificação será **25 de outubro de 2024, impreterivelmente.**

As visitas de manutenção da recertificação ocorrerão enquanto estiver vigente o Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES, firmado entre IMED e SES / GO (06/01/2025). Encerrado o referido Termo de Colaboração, o contrato de serviços de recertificação será automaticamente encerrado, cessando-se também o pagamento das mensalidades.

#### 4.4. Preço:

A proponente deverá ofertar seus preços da seguinte forma:

- a) Preço total para a recertificação (dividido em 02 parcelas mensais);
- b) Preço total para a manutenção da recertificação (dividido em 24 parcelas mensais).

Para fins de julgamento, será considerada vencedora a proponente que apresentar o menor preço total, que consistirá na somatória do preço total para a recertificação e do preço total da manutenção.

No preço ofertado deverão estar incluídos todos os valores envolvidos, tais como, **material de apoio, despesas de viagem e hospedagem**, impostos e demais despesas administrativas, para a prestação dos serviços. **Será desclassificada a proposta que não cumprir com este requisito.**

#### 4.5. Do pagamento da contraprestação:

O pagamento pela recertificação será realizado em 02 (duas) parcelas, sendo a



**FORMOSA**  
Policlínica  
Estadual da  
Região do Entorno

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



primeira paga até o dia 15 do mês subsequente a conclusão dos serviços, e a segunda até o dia 15 do mês seguinte, mediante emissão e entrega da respectiva nota fiscal e relatório de atividades.

O preço total da manutenção será pago em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais. Os pagamentos das mensalidades de manutenção serão realizados até o dia 15 de cada mês, desde que a nota fiscal seja emitida com no mínimo 05 (cinco) dias úteis de antecedência. As mensalidades serão pagas somente enquanto estiver vigente o Termo de Colaboração entre Imed e SES-GO e o contrato com a contratada. Encerrado o contrato, será também encerrado o pagamento das parcelas.

Os pagamentos estão condicionados ao recebimento pelo IMED do repasse pelo Estado de Goiás do valor do custeio/repasse correspondente ao mês do pagamento, do que o proponente, desde já, fica ciente e concorda.

Atenciosamente,

Equipe do Processo Seletivo da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa

**DONATO LUIZ**  
**PERILLO:0669036**  
**0806**

Assinado de forma  
digital por DONATO  
LUIZ  
PERILLO:06690360806



## ANEXO I

### PROPOSTA DE PREÇOS

AO

IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

Prezados Senhores,

Vimos pela presente apresentar nossa Proposta para atender ao processo seletivo emergencial para a prestação de serviços de **Recertificação de Acreditação no método da Organização Nacional de Acreditação – ONA**, voltado para dar suporte às atividades de gestão pelo IMED junto à Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, em atendimento à Carta Convite 01/2024.

#### A - DADOS DO FORNECEDOR

Razão Social:	
CNPJ/CPF:	
Inscrição Estadual:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	
Contato:	
Dados Bancários:	

#### B – PROPOSTA DE PREÇOS

Descrição Detalhada do Serviço:



	Valor total	Número de parcelas	Valor da parcela
Recertificação		02	
Manutenção		24	
Valor total da Proposta			

A validade da proposta é de **90 (noventa)** dias a contar de sua apresentação.

O preço ofertado inclui todos os custos e despesas diretos ou indiretos inerentes à completa execução do objeto, incluindo custos de pessoal, encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, impostos e tributos de qualquer natureza.

O proponente declara aceitar e cumprir com todos os requisitos da Carta Convite.

Local e data.

---

Representante Legal



Processo Seletivo 2024	<b>ATA DE JULGAMENTO</b>  PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO NO MÉTODO DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA
CONVITE / Nº 01/2024	

Formosa/GO, 20 de setembro de 2024

### AVISO DE RESULTADO

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento torna público aos interessados no Processo Seletivo, cujo objeto é a Prestação De Serviços De Recertificação de Acreditação No Método da Organização Nacional de Acreditação – ONA, para fins de suporte às atividades de gestão desenvolvidas junto à Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, da Secretaria Municipal de Saúde, (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES/GO), que, após a análise das propostas e dos documentos apresentados pelas empresas proponentes:

A empresa THS Serviços Empresariais Limitada, inscrita no **CNPJ sob nº 07.848.719/0001-26**, foi a proponente que apresentou o melhor preço para o processo em epígrafe, atendendo a todos os requisitos técnicos, comerciais e de habilitação exigidos no Convite de nº 01/2024, sendo classificada como **VENCEDORA** do presente processo seletivo.

**CRITÉRIO DE JULGAMENTO:** Menor preço total.

**VALOR DA PROPOSTA:** R\$ 23.720,00 (vinte e três mil e setecentos e vinte reais).

A empresa vencedora será convocada para assinatura do contrato, bem como para apresentar toda a documentação complementar pertinente à contratação, se necessário.



## METODOLOGIA DE ANÁLISE DAS PROPOSTAS

Será considerada vencedora do processo seletivo, a empresa que apresentar a proposta comercial mais vantajosa, considerando o critério de julgamento estabelecido e, concomitantemente, atender aos demais requisitos estabelecidos no instrumento convocatório e no Regulamento de Compras.

Metodologia aplicada na análise das propostas deste processo seletivo:

- a) **Análise Comercial:** Análise da tempestividade e da validade formal das propostas, bem como análise dos preços ofertados, considerando o critério de julgamento estabelecido e demais condições eventualmente exigidas no processo seletivo;

Com relação ao proponente que ofertou o menor preço, são feitas a seguintes análises:

- b) **Análise Jurídica e Fiscal:** Análise da apresentação e da validade de todos os documentos exigidos no processo seletivo, com o objetivo de averiguar a existência, o funcionamento e a regularidade jurídica e fiscal das empresas, na esfera municipal, estadual e federal;
- c) **Análise Técnica:** Análise quanto aos requisitos técnicos apresentados na proposta e eventuais documentos exigidos, os quais visam demonstrar que a empresa se compromete e tem a capacidade de executar os serviços, conforme requerido no instrumento convocatório;

Em caso de desclassificação do proponente com o menor preço, proceder-se-á à análise da proposta do segundo menor preço com relação aos quesitos “b” e “c”, e assim sucessivamente.



## ANÁLISE DAS PROPOSTAS

Ordem de Preços	Proponente	CNPJ	Preço Mensal (R\$)
1º	THS Serviços Empresariais Limitada	07.848.719/0001-26	R\$ 23.720,00
2º	Fundação Carlos Alberto Vanzolini	62.145.750/0001-09	R\$ 57.000,00
3º	NCC Certificacoes Do Brasil Ltda	16.587.151/0001-28	R\$ 69.554,00

**PROPONENTE:** THS Serviços Empresariais Limitada - CNPJ nº07.848.719/0001-26

**Análise Comercial:** A empresa apresentou, tempestivamente, a proposta comercial, bem como atendeu a todas as demais condições comerciais estabelecidas no Convite;

**Análise Jurídica e Fiscal:** A empresa atendeu a todos os requisitos de habilitação jurídica e fiscal.

**Análise Técnica:** A empresa atendeu a todos os requisitos técnicos do Convite.

**RESULTADO:** CLASSIFICADA

ANDRE FONSECA Assinado de forma  
LEME:275226198 digital por ANDRE  
58 FONSECA  
LEME:27522619858

---

**IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**



---


**RE: ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

**De** Greison Moura <greison.moura@qmsbrasil.com.br>

**Data** Seg, 16/09/2024 17:41

**Para** RFP <rfp@imed.org.br>

 1 anexos (483 KB)

Atestado de Capacidade Técnica - HOSPITAL DE PORTÃO.pdf;

Prezados,

Faltou um documento a ser enviado, o atestado de capacidade técnica do Hospital de Portão.

Pode validar este documento para considerar no processo?

Grato pela atenção e à disposição para qualquer dúvida.

Cordialmente,



**Greison Moura**

**Comercial**

Tel.: +55 11 2628-6095

Cel. | WhatsApp: +55 11 98384-9859

<https://www.qmsbrasil.com.br/>

 RESGATANDO A **QUALIDADE**



Esta mensagem pode conter informação confidencial ou privilegiada, sendo seu sigilo protegido por lei. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, avise imediatamente ao remetente, respondendo o e-mail e em seguida apague-a. Agradecemos sua cooperação. This message may contain confidential or privileged information and its confidentiality is protected by law. If you are not the addressed or authorized person to receive this message, you must not use, copy, disclose or take any action based on it or any information herein. If you have received this message by mistake, please advise the sender immediately by replying the e-mail and then deleting it. Thank you for your cooperation.

---

**De:** Greison Moura <greison.moura@qmsbrasil.com.br>

**Enviado:** segunda-feira, 16 de setembro de 2024 12:15

**Para:** RFP <rfp@imed.org.br>

**Assunto:** RE: ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)

Prezados,

Boa tarde!



Segue proposta atualizada e demais documentos solicitados.

Favor confirmar o recebimento.

Fico à disposição para qualquer dúvida.

Cordialmente,



**Greison Moura**

**Comercial**

Tel.: +55 11 2628-6095

Cel. | WhatsApp: +55 11 98384-9859

<https://www.qmsbrasil.com.br/>

 RESGATANDO A **QUALIDADE**



Esta mensagem pode conter informação confidencial ou privilegiada, sendo seu sigilo protegido por lei. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, avise imediatamente ao remetente, respondendo o e-mail e em seguida apague-a. Agradecemos sua cooperação. This message may contain confidential or privileged information and its confidentiality is protected by law. If you are not the addressed or authorized person to receive this message, you must not use, copy, disclose or take any action based on it or any information herein. If you have received this message by mistake, please advise the sender immediately by replying the e-mail and then deleting it. Thank you for your cooperation.

---

**De:** RFP <rfp@imed.org.br>

**Enviado:** sexta-feira, 13 de setembro de 2024 11:44

**Para:** Greison Moura <greison.moura@qmsbrasil.com.br>

**Assunto:** ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)

Prezados,

**Devido a necessidade de ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

rfp@imed.org.br



IMED

INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO



IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - POSSE

Prezados Senhores,

Vimos pela presente apresentar nossa Proposta para atender ao processo seletivo emergencial para a prestação de serviços de Recertificação de Acreditação no método da Organização Nacional de Acreditação – ONA, voltado para dar suporte às atividades de gestão pelo IMED junto à Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, em atendimento à Carta Convite 01/2024.

A - DADOS DO FORNECEDOR
Razão Social: THS SERVICOS EMPRESARIAIS LIMITADA
CNPJ/CPF: 07.848.719/0001-26
Inscrição Estadual: isenta
Endereço: Avenida Fagundes Filho, 145 - Cj.32 – Vila Monte Alegre - São Paulo – SP CEP: 04.304-010 - Brasil
Telefone: (11) 2628-6095
E-mail: saude@qmsbrasil.com.br /
Contato: Greison Moura
Dados Bancários: Banco Itau Agência 4837 Conta 99352 07.848.719/0001-26





## B – PROPOSTA DE PREÇOS

Descrição Detalhada do Serviço:

- RECERTIFICAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO ONA
- VISITAS DE MANUTENÇÃO DE RECERTIFICAÇÃO

<b>Avaliação de acreditação</b>	<b>Execução em 02 dias de trabalho sendo:</b> <b>01 Avaliador Líder</b> <b>01 Avaliador</b>
Visitas de manutenção	Execução em 01 dia de trabalho sendo: 01 Avaliador Líder 01 Avaliador

	Valor total	Número de parcelas	Valor da parcela
Recertificação	11.360,00	2	5.680,00
Manutenção	12.360,00	24	515,00
Valor total da proposta	23.720,00		

A validade da proposta é de 90 (noventa) dias a contar de sua apresentação.

O preço ofertado inclui todos os custos e despesas diretos ou indiretos inerentes à completa execução do objeto, incluindo custos de pessoal, encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, impostos e tributos de qualquer natureza.

O proponente declara aceitar e cumprir com todos os requisitos da Carta Convite.

segunda-feira, 16 de setembro de 2024

Representante Legal



**Q M S**  
CERTIFICATION

**MAIS QUE UMA  
CERTIFICADORA,  
SEU VERDADEIRO  
PARCEIRO DE NEGÓCIOS.**

A QMS é um organismo de certificação de origem Australiana com atuação global, atualmente presente em **mais de 30 países** atuando especificamente com foco em certificação de sistemas de gestão e treinamentos de normas aplicáveis.



MISSÃO:

# CONSTRUIR UMA SOCIEDADE MAIS FORTE ATRVÉS DAS CERTIFICAÇÕES COMO ESTAMOS FAZENDO?



## ACREDITAÇÃO ONA

Agregando e credibilidade as empresas.



## CONTEÚDO

2 blogs: **QMS Brasil** e **Antissuborno**, além de e-books e webinars.



## YOUTUBE

Canal voltado 100% para sistemas de gestão.



## EVENTOS

Organizamos e realizamos o **QMS Insights** e a **Anticorruption Week**.



## CURSOS

A Q Academy é a unidade de treinamentos da QMS Brasil.



## PROPOSTA **TÉCNICA**

A proposta em questão, trata-se da **avaliação do sistema de gestão ONA**, com o propósito de certificá-lo e, assim, garantir a melhoria contínua e amadurecimento do sistema de gestão.

A **QMS Brasil**, possui vasta experiência no âmbito da acreditação da norma ONA.



# PROPOSTA TÉCNICA

Nossa metodologia avalia empresas de diversos portes e segmentos de acordo com o contexto organizacional nos âmbitos previstos pela norma, sendo:



1. Foco no cliente



2. Liderança



3. Engajamento de pessoas



4. Abordagem de processo



5. Melhoria



6. Tomada de decisão baseada em evidência



7. Gestão de relacionamento

**Destacamos também a qualidade dos nossos auditores, que são devidamente treinados e capacitados para realizarem as avaliações com precisão e coerência.**



## Benefícios



Competitividade: um passo a frente no mercado com mais credibilidade e transparência

Maior qualidade para o paciente: mais segurança e melhoria contínua no atendimento

Melhoria de processos: ferramenta que contribui para potencialização do desempenho

Fortalecimento da gestão: mapeamento de riscos, redução de retrabalho e otimização de recursos



## Introdução e Generalidades ONA



A Acreditação ONA é a única no país com certificações em diferentes níveis, o que permite avaliar a melhoria contínua na gestão e nos processos das organizações de saúde.

A Acreditação ONA é baseada numa metodologia de avaliação com requisitos pré-definidos, que atendem a padrões internacionais de qualidade e segurança em saúde. O manual de acreditação ONA é reconhecido pela ISQua (Sociedade Internacional pela Qualidade no Cuidado à Saúde, na sigla em inglês), instituição parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que tem entre seus membros especialistas e organizações de saúde de mais de 100 países.

# CRONOGRAMA



**1** Aprovação da proposta comercial e assinatura do contrato.

**2** Agendamento da auditoria: Em até 48h úteis após a assinatura do contrato.

**3** Diagnóstico organizacional (opcional).

**4** Auditoria de Acreditação: 4 HDS realizado em 2 dias de trabalho, sendo 1 Avaliador Líder e 1 avaliador

**5** Emissão do certificado: Em até 60 dias corridos após a conclusão da auditoria

**6** 1 ° Auditoria de manutenção: 02 HDS realizado em 1 dia de trabalho, sendo 1 Avaliador Líder e 1 avaliador

**7** Atualização do certificado: 30 dias corridos após a conclusão da auditoria

**8** 2 ° Auditoria de manutenção: 02 HDS realizado em 1 dia de trabalho, sendo 1 Avaliador Líder e 1 avaliador

**9** Atualização do certificado: 30 dias corridos após a conclusão da auditoria

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a vertical black line with a red arrowhead pointing to the right, positioned to the left of the title.

## Auditoria de Acreditação

Destinada às Organização Prestadora de Serviços de Saúde, aos Serviços para a Saúde e Avaliadores, por meio da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e do Manual Brasileiro de Acreditação específico.

Para as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) a avaliação pode resultar em: Acreditado com Excelência (Nível 3), Acreditado Pleno (Nível 2), Acreditado (Nível 1) ou Não Acreditado.



## **Nível 1 - Acreditado**

A organização de saúde cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA. São avaliadas todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

Certificado válido por dois anos.

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a vertical black line with a red arrow-like shape pointing to the right, partially overlapping the text.

## Nível 2 - Acreditado Pleno

A organização precisa atender a dois critérios:

- 1) cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de qualidade e segurança;
- 2) cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.

Certificado válido por dois anos.





## Nível 3 - Acreditado com Excelência

A organização precisa atender a três critérios:

- 1) cumprir ou superar, em 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança;
- 2) cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de gestão integrada;
- 3) cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, demonstrando uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Certificado válido por três anos.



# AUDITORIA DE MANUTENÇÃO



A organização de saúde acreditada, seja na condição de Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência será submetida obrigatoriamente a avaliação de manutenção ordinária, que devem ocorrer dentro dos intervalos definidos abaixo:

Nível 1 - Acreditado e Nível 2 - Acreditado Pleno:

- 1ª visita de manutenção ordinária: 08 (oito) meses contados a partir da data de homologação da Acreditação.
- 2ª visita de manutenção ordinária: 16 (dezesesseis) meses contados a partir da data de homologação da Acreditação.

Nível 3 - Acreditado com Excelência:

- o 1ª visita de manutenção ordinária: 01 (um) ano contado a partir da data de homologação da Acreditação.
- o 2ª visita de manutenção ordinária: 02 (anos) anos contados a partir da data de homologação da Acreditação.



## REACREDITAÇÃO



É o processo de avaliação realizado após o término do período de validade da certificação conferindo continuidade à condição de acreditado. O resultado será independente da certificação anterior, e é obtido após um novo ciclo de avaliação que envolve todos os procedimentos adotados anteriormente.



## Sistema de Medição para a Acreditação

O método de avaliação para o processo de acreditação tem como objetivo ser mais claro e assertivo, visando a melhoria contínua sistêmica das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS).

A avaliação é baseada no Manual Brasileiro de Acreditação específico, que é dividido em seções e subseções, compostas por requisitos que poderão ser classificados com uma das opções abaixo:

S: Supera: Evidências apresentadas superam o esperado para o atendimento ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.

C: Conforme: Evidências apresentadas atendem ao requisito, em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.



## Sistema de Medição para a Acreditação

PC: Parcial Conforme: Evidências apresentadas atendem parcialmente ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.

NC: Não Conforme: Ausência de evidência para atendimento ao requisito ou evidências apresentadas não atendem ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.



## **Parâmetros Mínimos para a Definição de Tempo de Visita e Equipe de Avaliadores**





Para realizar o processo de avaliação para a acreditação de qualquer Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS), será necessária uma equipe de avaliadores formada por no mínimo dois membros, sendo um avaliador líder com experiência em avaliação e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e um avaliador com competência compatível com as características e complexidade do serviço.

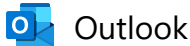
O avaliador líder e os demais avaliadores definidos para a equipe devem estar presentes durante todo o período de visita, independente do formato da avaliação (remota, híbrida ou presencial).

As competências do avaliador designado para avaliar um determinado processo da organização devem ser compatíveis com as características deste processo. Caso necessário, podem ser incluídos especialistas na equipe de avaliadores.

# QMS CERTIFICATION

*Fortalecer as empresas e a sociedade  
por meio das certificações.*

 Avenida Fagundes Filho, 145 - Conj. 31/32 - Vila Monte Alegre - São Paulo / SP  
 (11) 2628-6095  
 [comercial@qmsbrasil.com.br](mailto:comercial@qmsbrasil.com.br)  
 [www.qmsbrasil.com.br](http://www.qmsbrasil.com.br)



## Proposta Comercial OPSS Acreditação - NCC 93559/24 - POLICLÍNICA (FORMOSA)

**De** Jaqueline Dos Santos FERREIRA <jaqueline.ferreira@bureauveritas.com>

**Data** Qua, 18/09/2024 22:51

**Para** RFP <rffp@imed.org.br>

**Cc** Ana Carolina SILVEIRA <anacarolina.silveira.ext@bureauveritas.com>

 24 anexos (10 MB)

Proposta Comercial OPSS Acreditação - Policlínica (Formosa).pdf; 3.1-INSCRIÇÃO Municipal.pdf; ARS 26.11.2019 JUCESP - NCC Certificações do Brasil Ltda..pdf; NCC\_CONTR.SOCIAL\_12ª ALT CONTRAUAL.PDF; 4.1-928-CND FGTS - Venc 25-05-2024.pdf; 4.0-928-CND TRABALHISTA - Venc 14-08-2024.pdf; 2.0-928-CND Estadual Não Inscrito SP - Venc 14-08-2024.pdf; 2.1-928-CND Estadual Debitos Inscritos SP - Venc 29-05-24.pdf; 1.0-CND Receita Federal e PGFN - Venc 21-08-24.pdf; Certificado ONA - NCC - Val. 06.09.2025.pdf; ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - HOSPITAL EVANGÉLICO.pdf; P.ONA\_16 - Política Legal Risco e Conformidade - Rev01.pdf; Cartão CNPJ - NCC.pdf; 5.0-ALVARÁ - CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO INTEGRADO - Val 05-01-2025.pdf; Rafael Perez - CNH.pdf; RG\_Detran Marcio Pereira.pdf; RNM Hernan.pdf; CNH - Andressa R Lisboa 1 (1).pdf; CNH-e - José Cunha.pdf; CNH-Vinicius.pdf; Certificado ONA - NCC - Val. 06.09.2025.pdf; OFÍCIO ONA N° CERT.006-2022 - retorno credenciamento.pdf; Proposta técnica.pdf; PROPOSTA DE PREÇOS - assinada.pdf;

Boa noite!  
Tudo bem?

Segue em anexo proposta comercial para sua avaliação.

Você poderia, por gentileza, confirmar o recebimento?  
Coloco-me à sua disposição para quaisquer necessidades e esclarecimentos que se façam necessários para estes projetos.

Estou à sua disposição em caso de dúvidas e/ou necessidades especiais.

Atenciosamente | Best Regards



### Jaqueline Ferreira

Executiva de Contas

Mobile: +55 19 9 8952-5865

[jaqueline.ferreira@bureauveritas.com](mailto:jaqueline.ferreira@bureauveritas.com)

NCC Certificações do Brasil | BUREAU VERITAS Group  
Company

Av. Orosimbo Maia, 360 – Sala 111 - Cambuí - Campinas –  
SP

Brazil, CEP 13010-211

[www.nccgroup.com.br](http://www.nccgroup.com.br)

Feedback do Cliente, por favor contate: [leonardo.pinheiro@bureauveritas.com](mailto:leonardo.pinheiro@bureauveritas.com)

-

#### AVISO

Esta mensagem é destinada exclusivamente a(s) pessoa(s) indicada(s) como destinatário(s), podendo conter informações confidenciais, protegidas por lei.

A transmissão incorreta da mensagem não acarreta a perda de sua confidencialidade.

Caso esta mensagem tenha sido recebida por engano, solicitamos que seja devolvida ao remetente e apagada imediatamente de seu sistema.

É vedado a qualquer pessoa que não seja destinatário, usar, revelar, distribuir ou copiar ainda que parcialmente esta mensagem.



DISCLAIMER

This message is destined exclusively to the intended receiver. It may contain confidential or legally protected information.  
The incorrect transmission of this message does not mean loss of its confidentiality.  
If this message is received by mistake, please send it back to the sender and delete it from your system immediately.  
It is forbidden to any person who is not the intended receiver to use, reveal, distribute, or copy any part of this message

**BV\_C2\_Internal****De:** RFP <rfp@imed.org.br>**Enviada em:** terça-feira, 17 de setembro de 2024 14:50**Para:** Jaqueline Dos Santos FERREIRA <jaqueline.ferreira@bureauveritas.com>**Assunto:** RE: 93559/24 - POLICLÍNICA (FORMOSA)**Be careful with this message: it is coming from an external sender**

Do not open attachments nor click on links, unless you are sure that the content is safe

Boa tarde Prezados,

Segue em anexo, respostas aos questionamentos.

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)



**IMED**  
INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO

**De:** Jaqueline Dos Santos FERREIRA <[jaqueline.ferreira@bureauveritas.com](mailto:jaqueline.ferreira@bureauveritas.com)>**Enviado:** terça-feira, 17 de setembro de 2024 08:46**Para:** RFP <[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)>**Assunto:** RES: 93559/24 - POLICLÍNICA (FORMOSA)

Bom dia!  
Tudo bem?

Não encontrei o CNPJ e a quantidade de funcionarios da avaliada no anexo, poderia me enviar, por favor?

Atenciosamente | Best Regards

**Jaqueline Ferreira**

Executiva de Contas

Mobile: +55 19 9 8952-5865

[Jaqueline.ferreira@bureauveritas.com](mailto:Jaqueline.ferreira@bureauveritas.com)NCC Certificações do Brasil | BUREAU VERITAS Group  
CompanyAv. Orosimbo Maia, 360 – Sala 111 - Cambuí - Campinas –  
SP

Brazil, CEP 13010-211

[www.nccgroup.com.br](http://www.nccgroup.com.br)Feedback do Cliente, por favor contate: [leonardo.pinheiro@bureauveritas.com](mailto:leonardo.pinheiro@bureauveritas.com)**AVISO**

Esta mensagem é destinada exclusivamente a(s) pessoa(s) indicada(s) como destinatário(s), podendo conter informações confidenciais, protegidas por lei.

A transmissão incorreta da mensagem não acarreta a perda de sua confidencialidade.

Caso esta mensagem tenha sido recebida por engano, solicitamos que seja devolvida ao remetente e apagada imediatamente de seu sistema.

É vedado a qualquer pessoa que não seja destinatário, usar, revelar, distribuir ou copiar ainda que parcialmente esta mensagem.

**DISCLAIMER**

This message is destined exclusively to the intended receiver. It may contain confidential or legally protected information.

The incorrect transmission of this message does not mean loss of its confidentiality.

If this message is received by mistake, please send it back to the sender and delete it from your system immediately.

It is forbidden to any person who is not the intended receiver to use, reveal, distribute, or copy any part of this message

BV\_C2\_Internal

BV\_C2\_Internal

**De:** RFP <[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)>**Enviada em:** sexta-feira, 13 de setembro de 2024 09:45**Para:** Qualidade\_NCC <[qualidade@ncc.com.br](mailto:qualidade@ncc.com.br)>**Assunto:** ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**Be careful with this message: it is coming from an external sender**

Do not open attachments nor click on links, unless you are sure that the content is safe

Prezados,

**Devido a ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e

execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)



**IMED**

INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO

This message contains confidential information. To know more, please click on the following link: <https://disclaimer.bureauveritas.com>

This message contains confidential information. To know more, please click on the following link: <https://disclaimer.bureauveritas.com>



**#Qualidade  
QueInspira**

**Proposta Comercial NCC ONA**

**Campinas, 18 setembro, 2024**

<b>SOLICITANTE</b>	Policlínica Estadual da Região do Entorno		
<b>ENDEREÇO</b>	Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira		
<b>CIDADE</b>	Formosa	<b>ESTADO GO</b>	<b>PAIS</b> Brasil
<b>FONE</b>	(62) 4042-8352	<b>E-MAIL</b>	<a href="mailto:rfp@poli-formosa.org.br">rfp@poli-formosa.org.br</a>

**At.: Processo de RFP | Imed**

Temos a satisfação de encaminhar a nossa Proposta Comercial referente às atividades de Avaliação para Acreditação ONA

Agradecemos a oportunidade que nos foi oferecida permitindo à NCC participar deste processo. Oferecemos toda a nossa equipe e corpo técnico para maiores esclarecimentos sempre que for necessário.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, teremos o prazer em prestar nosso atendimento e serviços diferenciados.

Atenciosamente,

**Jaqueline Ferreira**

Gerente Comercial

+55 19 9 8952-5865

[Jaqueline.ferreira@bureauveritas.com](mailto:Jaqueline.ferreira@bureauveritas.com)

Av. Orosimbo Maia, 360 - Sala 112 -Cambuí - Campinas - SP, CEP 13010-211

[www.nccgroup.com.br](http://www.nccgroup.com.br)

Proposta Comercial NCC ONA  
Cliente: Policlínica Estadual da Região do Entorno  
Pág 1



# Nós somos a NCC

Aqui, você vai encontrar o conteúdo de toda proposta. É importante entender todos os passos, e tirar todas dúvidas necessárias. Daremos continuidade ao processo, assim que tudo estiver esclarecido e a ficha cadastral preenchida.

## Índice

- 1. Objeto da Avaliação de Acreditação**
- 2. Investimento e Condições de Pagamento**
- 3. Cláusulas contratuais**
- 4. Aceite da Proposta**

## DADOS CADASTRAIS

Razão Social: NCC Certificações do Brasil Ltda.  
Av. Orosimbo Maia, 360 - SALA 101A114 E 211A215  
CEP: 13.010-211 - Centro - Campinas - SP  
CNPJ: 16.587.151/0001-28  
Inscrição Municipal: 253748/6  
Atividade Econômica: 71-20-1-00 Testes e análises técnicas

Proposta Comercial NCC ONA  
Cliente: Policlínica Estadual da Região do Entorno  
Pág 2



## 1. Objeto da Avaliação de Acreditação

Este documento visa apresentar a proposta de contratação para Acreditação ONA - Organização Nacional de Acreditação.

A NCC é uma Instituição Acreditoradora Credenciada pela ONA (IAC) e deverá cumprir as orientações e procedimentos contidos nas Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação SBA em sua última versão, incluindo o conjunto de Normas Orientadoras vigentes, as Normas para o Processo de Avaliação, bem como o Manual Brasileiro de Acreditação, em toda a sua coleção.

### 1.1 Avaliação da Acreditação

Realizar a visita, avaliar e recomendar a certificação para fins de Acreditação, conforme as diretrizes das Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação SBA – ONA.

#### Concessão da Acreditação:

Para uma organização ser considerada acreditada no Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - OPSS - ONA versão 2022-2025, deve se observar a tabela que define a porcentagem mínima para cada nível e para os requisitos core, conforme preconizado na NA 03 - Processo de Avaliação OPSS Normas e Manuais.

<b>Tipo de Instituição:</b>	NA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS
<b>Quantidade de colaboradores/ leitos*:</b>	73
<b>Dimensionamento de Equipe (Avaliador/Dia)**:</b>	4

Observações:

\* Inclui funcionários terceirizados.

\*\* dia - é considerada uma jornada de 8 (oito) horas de trabalho

### 1.2 Acompanhamento de Avaliação da Acreditação - Manutenção da Certificação

**Visitas de Manutenção Ordinária:** A organização acreditada pela ONA será submetida, obrigatoriamente, a 2 (duas) avaliações de manutenção ordinária, a serem realizadas a cada 8 (oito) meses ou 1 (um) ano contando da data de homologação da acreditação ou da última manutenção e a depender do nível de Acreditação obtido na visita de Acreditação.

A avaliação de manutenção ordinária tem como objetivo a verificação da manutenção da acreditação de acordo com o nível de acreditação da organização. Na manutenção ordinária, deve ser avaliada a manutenção da acreditação das áreas/processos críticos e de maior relevância para o perfil da organização de saúde bem como as não conformidades evidenciadas e registradas nas avaliações anteriores. A utilização do modelo de avaliação de manutenção remota e híbrida é definida mediante avaliação técnica realizada pela a IAC responsável pelo processo de acreditação.

<b>Tipo de Instituição:</b>	NA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS
<b>Quantidade de colaboradores/ leitos*:</b>	73
<b>Dimensionamento de Equipe (Avaliador/Dia)**:</b>	2



Proposta Comercial NCC ONA  
Cliente: Policlínica Estadual da Região do Entorno  
Pág 3

---

### **1.3 Níveis e validade de Acreditação**

Nível 1 e 2: certificado válido por 2 (dois) anos  
Nível 3: certificado válido por 3 (três) anos

### **1.4 Realização da Manutenção da Acreditação**

2 (duas) manutenções ordinárias, após 8 meses e 16 meses (níveis 1 e 2) ou após 1 ano (nível 3) a contar da data de homologação

### **1.5 Termo de Confidencialidade**

A NCC Certificações do Brasil se obriga a tratar de forma absolutamente confidencial todos os dados, informações e materiais do cliente aos quais venha a ter acesso por força deste instrumento, obrigando-se ainda, a não permitir que nenhum de seus colaboradores e parceiros faça uso dos mesmos.

### **1.6 Documentação Necessária**

As documentações necessárias serão solicitadas pela NCC e deverão ser enviadas para a sequência do processo de Acreditação. Ressaltamos que poderão ser solicitados outros documentos e informações adicionais, caso necessário. Conforme definido na Norma para Avaliação ONA - NA.NO.001 Elegibilidade para OPSS Normas e Manuais.

Proposta Comercial NCC ONA  
Cliente: Policlínica Estadual da Região do Entorno  
Pág 4



## 2. Investimento e Condições de Pagamento

### 2.1 Acreditação

ITEM	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	VALORES	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
1	ACREDITAÇÃO - Presencial - 02 avaliadoras/ 02 dias	R\$ 38.000,00	Até o dia 15 do mês subsequente a conclusão dos serviços, mediante emissão e entrega da respectiva nota fiscal e relatório de atividades.
2	1º MANUTENÇÃO (Híbrida - 01 online e 01 presencial)	R\$ 19.169,00	24 vezes até o dia 15 de cada mês, desde que a nota fiscal seja emitida com no mínimo 05 (cinco) dias úteis de antecedência.
3	2º MANUTENÇÃO (On-line)	R\$ 12.385,00	
<b>Despesas para a Realização da Avaliação (viagem aérea ou terrestre, traslados, alimentação e hospedagem) ESTÃO INCLUSAS NA PROPOSTA</b>			
<b>VALOR TOTAL (incluído os impostos)</b>			<b>R\$ 69.554,00</b>

Taxa da ONA para Acreditação\*: R\$ 1.971,00  
[https://www.ona.org.br/uploads/Tabelas\\_das\\_taxas\\_para\\_visita\\_de\\_Certificacao\\_-\\_2024.pdf](https://www.ona.org.br/uploads/Tabelas_das_taxas_para_visita_de_Certificacao_-_2024.pdf)

Taxa da ONA para cada Manutenção\*: R\$ 1.095,00  
[https://www.ona.org.br/uploads/Tabelas\\_das\\_taxas\\_para\\_visita\\_de\\_Manutencao\\_-\\_2024.pdf](https://www.ona.org.br/uploads/Tabelas_das_taxas_para_visita_de_Manutencao_-_2024.pdf)



A NCC Certificações aceita o cartão BNDES como opção de pagamento.

Caso seja essa opção de pagamento, informe-nos para procedermos com essa opção.



Proposta Comercial NCC ONA  
Cliente: Policlínica Estadual da Região do Entorno  
Pág 5



## 3. Cláusulas contratuais

**Este documento refere-se a uma Proposta Comercial e Contrato de Prestação de Serviço.**

- 1) Este contrato trata da prestação de serviços relacionados às atividades de avaliação da conformidade realizado(s) pela NCC Certificações do Brasil Ltda. As partes envolvidas neste contrato são: NCC Certificações, Empresa Solicitante desta Certificação e Prestador de Serviço(s) (Cliente).
- 2) Os pagamentos deverão ser realizados através de fichas de compensação bancária, que serão enviadas juntamente com as notas fiscais, ou através de depósito identificado.
- 3) O não pagamento das parcelas referentes aos serviços propostos acarreta a paralisação do processo.
- 4) O certificado de conformidade não será emitido caso haja pendência financeira junto à NCC.
- 5) Os serviços a serem prestados referem-se a análise de conformidade em relação aos requisitos definidos nos regulamentos da ONA. Não há garantia da emissão do certificado caso essas exigências não sejam cumpridas.
- 6) Esta proposta tem validade de 30 dias após sua emissão. A validade somente poderá ser estendida com avaliação e autorização da NCC.
- 7) O valor do HD (Homem/Dia) será considerado 8 horas de trabalho por dia.
- 8) Caso seja necessária a realização de nova auditoria, inclusive na hipótese de análises de conformidade pendentes ou de não conformidades, na forma prevista neste contrato, o custo será orçado e cobrado a parte, mais as despesas relativas a esta atividade.
- 9) Caso seja necessária a realização de nova análise técnica de documentação, inclusive na hipótese de análises de conformidade pendentes ou de não conformidades, na forma prevista neste contrato, o custo será orçado e cobrado à parte.
- 10) Todas as eventuais despesas de viagem aérea ou terrestre, traslados, alimentação, hospedagem e outras do(s) auditor(es) estão definidas e serão cobradas do solicitante da certificação conforme descrito nesta proposta. Caso a NCC pague estas despesas, as mesmas serão repassadas à empresa solicitante através de nota de débito com o acréscimo de taxa administrativa.
- 11) Todos os valores desta proposta serão reajustados anualmente conforme o índice IGP-M (Índice Geral de Preço de Mercado), definido pela Fundação Getúlio Vargas, sendo o mês base a data da elaboração desta proposta. Nesta proposta está inclusa toda a carga tributária vigente.
- 12) Por qualquer parcela de pagamento não paga pela empresa solicitante, caberá à empresa solicitante o pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura e taxa de juros de 0,15% (zero quinze por cento) ao dia.
- 13) Se a empresa solicitante violar qualquer termo deste contrato ou cancelar esta proposta, a NCC terá o direito de rescindir este contrato imediatamente, bem como paralisar todos os serviços que estão em fase de execução. Nesta hipótese caberá à empresa solicitante o pagamento das despesas administrativas nas seguintes condições: cancelamento em até 10 dias do faturamento, a empresa solicitante pagará 20% (vinte por cento) do valor da proposta; cancelamento em até 20 dias do faturamento, a empresa solicitante pagará 50% (cinquenta por cento) do valor da proposta; cancelamento acima de 30 dias do faturamento, a empresa solicitante pagará 80% (oitenta por cento) do valor da proposta, servindo este contrato como título executivo.
- 14) A empresa solicitante deve cumprir com as determinações da NO 04 - Avaliação para a Acreditação Normas e Manuais e deliberações do Conselho de Administração da ONA.
- 15) Realizar pagamento da Taxa de Avaliação. Estando o agendamento conforme, a ONA emite a Taxa de avaliação para fins de acreditação.
- 16) O valor da taxa é definido periodicamente pelo Conselho de Administração e publicado no portal da ONA.
- 17) O cliente deve dispor de prazo superior a 1 (um) ano, em caso de cancelamento da certificação vigente, a contar da data de homologação do cancelamento pela ONA.
- 18) O cliente tem o direito de avaliar a equipe designada quanto aos conflitos de interesse inerentes à atividade de certificação.
- 19) A identificação da acreditação pelas organizações prestadoras dos serviços de saúde e serviços para a saúde será através da utilização preferencialmente do selo de acreditação ou de qualificação específicos.
- 20) O uso do selo e logo de acreditação e de qualificação e a divulgação da acreditação são de responsabilidade total da organização prestadora dos serviços de saúde ou serviços para a saúde acreditado, o qual assume todos os ônus e se sujeita às penalidades impostas, caso se configure comportamento infrator.
- 21) A empresa solicitante deve reproduzir a marca de conformidade em todos os serviços certificados.
- 22) O selo e logo de acreditação não podem ser usados de um modo ambíguo, isto é, não podem ser usados de tal modo a produzir a interpretação que é uma acreditação de um setor, de um serviço terceirizado ou de um produto.
- 23) Deverá realizar notificações e gerenciamento de incidentes e eventos, de acordo com os critérios e determinações estabelecidos na norma orientadora n. 21 - Notificação de Incidentes e Eventos.
- 24) A empresa solicitante deve facilitar o acesso dos avaliadores e todos os meios necessários para realização dos controles definidos neste processo. Podem ocorrer avaliações extraordinárias.
- 25) A empresa solicitante deve autorizar a presença de avaliadores terceirizados e contratados pela NCC e/ou no caso de avaliadores escolhidos pelo órgão acreditador para o acompanhamento da certificação junto ao organismo certificador. A não aceitação pode acarretar a suspensão da certificação.
- 26) A empresa solicitante tem responsabilidade técnica, civil, penal e documental referente aos serviços por ele certificados, bem como a todos os documentos referentes a certificação, não havendo hipótese de transferência desta responsabilidade, independente de dolo ou culpa.
- 27) A empresa solicitante deve informar, para análise da NCC, qualquer modificação do serviço e/ou do sistema de gestão da qualidade certificados. Deve, também, registrar todas as reclamações recebidas de seus clientes e tomar as ações necessárias, disponibilizando-as à NCC nas auditorias ou quando solicitado.
- 28) A empresa solicitante deve informar à NCC a ocorrência de situações especiais: suspensão definitiva ou temporária de prestação de serviço, transferência do local de prestação, modificação jurídica, mudança da razão social da empresa.
- 29) Caso ocorra a suspensão, cancelamento e/ou término da Acreditação, a marca de conformidade não poderá ser utilizada até a regularização de todas as ocorrências que justifiquem novamente a ativação da Acreditação.

Proposta Comercial NCC ONA

Cliente:

Pág 6



30)A NCC se obriga a tratar de forma absolutamente confidencial todos os dados, informações, materiais, segredos comerciais, marcas, criações, desenhos, especificações técnicas e comerciais aos quais venha a ter acesso por força deste instrumento, obrigando-se ainda, a não permitir que nenhum de seus funcionários faça uso dos mesmos.

31)Toda a documentação solicitada pela NCC deverá ser fornecida exclusivamente no idioma: Português.

32)É necessária a leitura das Normas da ONA para o escopo solicitado neste processo de acreditação.

33)A avaliação pode ser realizada pela equipe da NCC e/ou por pessoal subcontratado, que possui a qualificação avaliada e aprovada pela NCC/ONA.

34)Sendo necessários serviços extraordinários, inclusive por não conformidades apontadas ou análises de conformidade pendentes ou de não conformidades no prazo estabelecido neste contrato, os custos serão orçados e cobrados a parte.

35)A data da avaliação é definida em comum acordo entre a NCC e o solicitante da acreditação. Caso o solicitante da acreditação altere a data programada com menos de 15 (vinte) dias de antecedência será cobrado 20% (vinte por cento) do valor das despesas desta proposta com a finalidade de cobrir os custos administrativos e operacionais. Para situações com antecedência menor que 5 (cinco) dias será cobrado 30% (trinta por cento) do valor das despesas desta proposta. Ainda acarretará multas junto a ONA.

36)O solicitante da acreditação declara expressamente ter pleno conhecimento e concordar com: (I) o teor da norma a qual está sujeita a atender e que se obriga a cumprir; (II) o teor das regras de acreditação e seus respectivos complementos, quando houver; (III) a obrigação de tomar todas as medidas necessárias para a realização das avaliações, incluindo as disposições para análise da documentação e o acesso a todos os processos e áreas, registros e pessoal.

37)A abertura do processo de acreditação não implicará, em qualquer hipótese, na obrigatoriedade de concessão do certificado de conformidade, que somente será concedido depois de concluídas satisfatoriamente todas as etapas pertinentes ao processo de acreditação, dentro dos prazos aqui estipulados.

38)Alterações posteriores no escopo desta proposta, por parte do solicitante da acreditação e/ou em decorrência de desvios encontrados pela equipe técnica da NCC quando da avaliação efetiva no serviço, frente às informações iniciais fornecidas pelo solicitante da acreditação e utilizadas na elaboração desta proposta, inclusive nas hipóteses de análises de conformidade pendentes ou de não conformidades, na forma prevista neste contrato, poderão implicar em novas atividades e consequentemente em novos custos que serão orçados e cobrados à parte.

39)O solicitante da acreditação se obriga a: (I) não fazer publicidade falsa ou enganosa do objeto da acreditação e não utilizar qualquer identificação ou logotipo que possa criar confusão ou lançar descrédito ao consumidor sobre o Certificado ONA e sobre a Marca NCC; (II) responsabilizar-se pela forma como o Certificado ONA e como a Marca NCC serão usados, respeitando as Normas da ONA.

40)As condições desta proposta/contrato permanecerão válidas caso não ocorra alteração da legislação trabalhista, tributária, salarial ou previdenciária, criação de novos impostos, taxas e contribuições sociais e/ou fiscais, criação de abonos ou outros benefícios pecuniários aos funcionários ou quaisquer outras novas obrigações ou condições aplicáveis, pela legislação ou advindas de acordo, e alteração na legislação que rege as atividades de prestação de serviço da iniciativa privada.

41)Na ausência de qualquer documentação e/ou informação solicitada pela NCC o processo de acreditação não será iniciado.

42)A NCC não assumirá a responsabilidade por perda de lucros relacionados a atrasos no processo de acreditação seja qual for o motivo que causou.

43)Essa proposta não cobre a repetição de atividades e avaliação de não conformidades evidenciadas durante a execução do processo. Caso necessário a NCC enviará nova proposta para realizar as atividades excedentes.

44)Alterações posteriores no escopo deste serviço por parte da ONA serão implementadas no processo (objeto) desta proposta onde poderá implicar em novas atividades e consequentemente em novos custos que serão orçados e cobrados à parte.

45)A NCC poderá cancelar o processo de acreditação a qualquer momento caso o cliente não atenda as cláusulas desta proposta/contrato, incluindo falhas no pagamento das obrigações assumidas.

46)Responder as notificações da ONA, dentro dos prazos estabelecidos, que solicitam esclarecimentos relacionados aos processos de investigação de não conformidades detectadas.

47)O detentor do certificado deve informar a NCC, a qualquer tempo, qualquer alteração no serviço objeto desta certificação.

48)O detentor do certificado, no caso de cancelamento da IAC emissor do mesmo, deve migrar para outro IAC no máximo até o prazo para realização da próxima manutenção ou recertificação, o que ocorrer primeiro.

49)NCC pode considerar este contrato rescindido na hipótese de descumprimento de qualquer dispositivo ou cláusula do mesmo, caso tal descumprimento não seja sanado em até 30 dias após o recebimento de notificação a esse respeito.

Proposta Comercial NCC ONA  
Cliente: Policlínica Estadual da Região do Entorno  
Pág 7



## 4. Aceite da Proposta

### 4.1 Informações Gerais do Solicitante da Proposta Comercial

**Razão Social** Policlínica Estadual da Região do Entorno **Fone** (62) 4042-8352  
**Contato / Cargo** Processo de RFP | Imed  
**Endereço** Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira  
**Cidade** Formosa **CEP** 0 **UF** GO **País** BRASIL  
**CNPJ** 19.324.171/0001-02 **Inscrição Estadual** 0 **Municipal**

### 4.2 Informações para Faturamento

**Razão Social** Policlínica Estadual da Região do Entorno **Fone** (62) 4042-8352  
**Contato / Cargo** Processo de RFP | Imed  
**Contato p/ enviar Nota Fiscal** - -  
**Endereço** Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira  
**Cidade** Formosa **CEP** 73.805-201 **UF** GO **País** BRASIL  
**CNPJ** 19.324.171/0001-02 **Inscrição Estadual** IE **Municipal**

**Para formalizar o aceite desta proposta o solicitante deve enviar a NCC este formulário devidamente preenchido e assinado via e-mail.**

Concordo com todos os termos desta proposta comercial e cumprir os requisitos necessários da certificação.

“O cliente se compromete a cumprir na íntegra as determinações estabelecidas nas Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA em sua última versão, incluindo o conjunto de Normas Orientadoras vigentes, as Normas Gerais, as Normas para o Processo de Avaliação, bem como o Manual Brasileiro de Acreditação.”

**DATA DO ACEITE**

**NOME LEGÍVEL**

**ASSINATURA**



**NCC**  
a Bureau Veritas Company

## PROPOSTA TÉCNICA

### Experiência da NCC na ONA:

A NCC possui como responsável técnica e direcionadora da metodologia ONA a Ana Carolina Silveira, com experiência de mais de 12 anos como avaliadora e avaliadora líder ONA, participante na revisão dos Manuais ONA: SELO (2020), OPSS (2022), SELO (2025). Sua formação contribui para a experiência na área da saúde e na área de qualidade e segurança do paciente:

- Graduação em Engenharia Elétrica – UNICAMP (1997-2001);
- Mestrado em Engenharia Biomédica – UNICAMP
- Pós-graduação em Administração Hospitalar- SANTA CASA DE SÃO PAULO (2009-2010);
- MBA em Gestão em Saúde – USP Ribeirão Preto (2016 -2018);
- Especialista Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente – Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa (2020 - 2021).

### Método de Trabalho:

Transparência na conduta; empatia compreendendo o momento da instituição, porém sem perder o foco nas normas; relatórios de visita com informações essenciais para o direcionamento dos próximos passos da Instituição; apoio técnico contínuo durante a vigência do certificado; equipe capacitada continuamente para ampliação de conhecimento e alinhamento de conduta.

Nosso diferencial: entregar conhecimento e segurança para nossos clientes, sendo um agente de mudanças.

Campinas, 18 de setembro de 2024.



---

**Re: ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

**De** Vanessa Souza <vanessa.souza@vanzolini.org.br>

**Data** Sex, 13/09/2024 14:23

**Para** RFP <rfp@imed.org.br>; RFP <rfp@poli-formosa.org.br>

 4 anexos (2 MB)

ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA) 13.09.pdf; 055016-02 POLICLINICA ESTADUAL DA REGIAO DO ENTORNO FORMOSA 13.09.pdf; Atestado de Capacidade Técnica - Funev diagnóstico e acreditação.pdf; Atestado Hosp Gilson de Cassia 1 ONA.png;

Prezados (as):

Boa tarde.

Obrigada pelo retorno.

Segue proposta ajustada.

Segue anexo também a documentação solicitada.

Att,



**Vanessa Souza**

Unidade de Certificação

[vanessa.souza@vanzolini.org.br](mailto:vanessa.souza@vanzolini.org.br)

T. (11) 3913-7104

[www.vanzolini.org.br](http://www.vanzolini.org.br)



Em sex., 13 de set. de 2024 às 13:50, RFP <[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)> escreveu:

Boa tarde,

Para o julgamento vale o preço total.

Atenciosamente,

Processo de RFP | Imed

[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)



IMED

INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO

**De:** Vanessa Souza <[vanessa.souza@vanzolini.org.br](mailto:vanessa.souza@vanzolini.org.br)>

**Enviado:** sexta-feira, 13 de setembro de 2024 13:09

**Para:** RFP <[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)>

**Assunto:** Re: ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)

Prezados:

Bom dia.

O parcelamento solicitado, ultrapassa o tempo do contrato.

Sugerimos deixar o valor total em 24 vezes, ou alguma outra condição que não ultrapasse o tempo do contrato.

Aguardo retorno.

Att,



**Vanessa Souza**

Unidade de Certificação

[vanessa.souza@vanzolini.org.br](mailto:vanessa.souza@vanzolini.org.br)

T. (11) 3913-7104

[www.vanzolini.org.br](http://www.vanzolini.org.br)



Em sex., 13 de set. de 2024 às 12:53, RFP <[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)> escreveu:

Boa tarde,

Favor, considerar a última versão do convite enviado.

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)



**I M E D**

INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO

---

**De:** Vanessa Souza <[vanessa.souza@vanzolini.org.br](mailto:vanessa.souza@vanzolini.org.br)>

**Enviado:** sexta-feira, 13 de setembro de 2024 12:46

**Para:** RFP <[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)>

**Assunto:** Re: ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)

Prezados:

Boa tarde.

Recebi mais uma errata.

Podemos manter a última proposta enviada?

Att,



**Vanessa Souza**

Unidade de Certificação

[vanessa.souza@vanzolini.org.br](mailto:vanessa.souza@vanzolini.org.br)

T. (11) 3913-7104

[www.vanzolini.org.br](http://www.vanzolini.org.br)



Em sex., 13 de set. de 2024 às 11:37, RFP <[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)> escreveu:

Prezados,

**Devido a necessidade de ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

[rfp@imed.org.br](mailto:rfp@imed.org.br)



**IMED**  
INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO





**Fundação Vanzolini**

Tecnologia de gestão para mudar o Brasil

**PROPOSTA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CERTIFICAÇÃO PARA:**

**IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO**

**NORMA(S):**

**ONA-2022**

Prezado (a) Cliente,

Agradecemos pelo contato e pela confiança. Temos uma grande satisfação em atendê-lo em sua solicitação de proposta. Atuando desde 1990, a Fundação Vanzolini foi a primeira certificadora acreditada pelo CGCRE-INMETRO, sendo reconhecida como uma das principais certificadoras das Américas.

Desenvolvemos, aplicamos e disseminamos novos conhecimentos de engenharia no cotidiano das pessoas, contribuindo na resolução de problemas econômicos, ambientais, técnicos e sociais, no Brasil e no exterior.


Temos um compromisso com a qualidade e satisfação do cliente, e por isso, somos membros plenos da IQNet – Rede internacional de entidades certificadoras, que engloba mais de 38 organismos que estão presentes em mais de 150 países, garantindo aceitação internacional dos certificados emitidos por seus membros.

A Fundação Vanzolini é acreditada ISQua - International Society for Quality in Health Care, organização de âmbito mundial que promove a melhoria da qualidade e a segurança na prestação de serviços em saúde. A acreditação ISQua confere qualidade internacional e atesta que os nossos clientes são atendidos por um organismo de certificação que preza pelas melhores práticas adotadas mundialmente.

Atualmente são mais de 3000 clientes em todo o mundo, e, para isso, contamos com um time de 400 auditores e especialistas, atuando nas mais diferentes normas e setores de atividade econômica.

Por fim, gostaríamos de agradecer pela oportunidade de apresentarmos a nossa oferta. Esperamos que este seja o primeiro passo de uma jornada bem-sucedida.

Atenciosamente,



**Bruno Casagrande**

**Gerente de Marketing e Vendas**

**Este documento substitui o documento de número 055016-01, permanecendo inalteradas e perfeitamente válidas entre as partes as CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO às quais faz referência.**

**A: PREÂMBULO****1. PARTES****CONTRATANTE:****IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**

AV. MAESTRO JOAO LUIZ DO ESPIRITO SANTO, 480 - SALA 203 E 204 - FORMOSINHA

73807-745 - FORMOSA - GO

Contato: ANA PAULA

Fone: (11) 9851-48639 - E-mail: analazarinias@gmail.com

CNPJ: 19324171000609 - Inscrição Estadual:

CNES: 2534967

**CONTRATADA:**

**Fundação Carlos Alberto Vanzolini**, entidade privada sem fins lucrativos, com sede na Rua Dr. Alberto Seabra, 1256/1266 - Vila Madalena - 05452-001 - São Paulo - SP, inscrita no CNPJ sob o nº 62.145.750/0001-09, doravante designada simplesmente **Fundação Vanzolini**, neste ato, representada pelo Executivo Sênior de Certificação.

**VS****2. MANUAL DE REFERÊNCIA, ESCOPO, DIMENSIONAMENTO, UNIDADES E COLABORADORES****MANUAL DE REFERÊNCIA: ONA - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE****ESCOPO SOLICITADO (\*):** NA de Serviços Ambulatoriais.**AVALIAÇÕES PROPOSTAS:**

HD	VALOR TOTAL	DESCRIÇÃO
8,000	28.500,00	AVALIAÇÃO DE ACREDITAÇÃO INICIAL - ONA
4,000	14.250,00	AVALIAÇÃO DE MANUTENÇÃO DE ACREDITAÇÃO - ONA
4,000	14.250,00	AVALIAÇÃO DE MANUTENÇÃO DE ACREDITAÇÃO - ONA

**(\*) O escopo será confirmado pela equipe avaliadora durante as avaliações, podendo haver alterações. O escopo válido será aquele impresso no certificado.**

**UNIDADES E COLABORADORES:** POLICLINICA ESTADUAL DA REGIAO DO ENTORNO FORMOSA (166)  
**(Funcionários e Contratados)**

**TOTAL DE UNIDADES:** 1**TOTAL DE PESSOAS:** 166**NÚMERO DE LEITOS:** 0**3. PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO****3.a. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL (OPCIONAL):** ..... R\$ **0,00****3.b. PROCESSO DE ACREDITAÇÃO E MANUTENÇÃO POR 24 MESES** .....R\$ **57.000,00**

O valor acima compreende as seguintes fases do processo de acreditação:

- abertura formal do processo de acreditação;
- análise de documentos da organização (se aplicável);
- planejamento das avaliações e preparação das programações;
- realização de todas as avaliações relacionadas no item 2, acima;
- análise dos relatórios das avaliações, pela Comissão de Acreditação;
- análise dos eventuais Planos de Ação Corretiva pela equipe de Avaliadores da Fundação Vanzolini;
- emissão do certificado em português.

**Os valores acima não incluem despesas de deslocamento, alimentação e estadia da equipe de avaliadores. Estas condições devem ser providenciadas e garantidas pela CONTRATANTE. Também não estão incluídos nos**

valores apresentados neste preâmbulo as taxas compulsórias devidas à ONA em cada evento, que deverão ser pagas diretamente pela CONTRATANTE à ONA, conforme diretrizes fixadas pela própria ONA.

Neste preâmbulo somente estão sendo consideradas as áreas localizadas no próprio serviço. Outras áreas externas ou serviços terceirizados que impactem na segurança do paciente/prestação de serviço não estão cobertas por este dimensionamento. A verificação externa junto a outros serviços descentralizados que forem considerados importantes deverá ser objeto de proposta a parte, caso não tenham sido aqui especificados ou não possam ser verificados dentro do programa de avaliação aqui considerado.

Conforme NO13, "O cliente se compromete cumprir na íntegra as determinações estabelecidas nas Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA em sua última versão, incluindo o conjunto de Normas Orientadoras vigentes, as Normas Gerias, as Normas para o Processo de Avaliação de Avaliação, bem como Manual Brasileiro de Acreditação"

#### Pagamento:

O valor do Diagnóstico Organizacional, caso ocorra, deverá ser pago da seguinte maneira: 100% do valor, até uma semana antes da data de sua realização.

8,000	28.500,00	AVALIAÇÃO DE ACREDITAÇÃO INICIAL - ONA
4,000	14.250,00	AVALIAÇÃO DE MANUTENÇÃO DE ACREDITAÇÃO - ONA
4,000	14.250,00	AVALIAÇÃO DE MANUTENÇÃO DE ACREDITAÇÃO - ONA

Os Valores referentes aos Processos de Acreditação Inicial, bem como os de Manutenção, deverão ser pagos considerando-se o valor global do item 3.b deste preâmbulo, da seguinte forma: **O valor total do contrato em 24 parcelas mensais. A primeira parcela no aceite desta proposta.**

**3.c) Avaliações de "Manutenção Extraordinária" ou de "Nova Avaliação (Revisita ou Avaliação Documental)":** R \$ 1.300,00 (um mil e trezentos reais) para cada meio-período, por avaliador. Os valores das avaliações de Manutenção Extraordinárias e/ou Nova Avaliação deverão ser pagos integralmente, uma semana antes de cada avaliação em questão.

Avaliações de manutenção agendadas fora do prazo normativo por decorrência de falha da **CONTRATANTE**, conforme estabelecido na NO 8, serão acrescidas de multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor previsto no contrato.

Todos os impostos, encargos e taxas incidentes sobre os serviços já estão inclusos nos valores descritos nos ítems 3.a), 3.b) e 3.c).

Será permitido às partes alterar as datas dos eventos com até 30(trinta) dias de antecedência, desde que respeitada as cláusulas do item 3 das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO. Qualquer alteração ou cancelamento, em prazo inferior, implicará no pagamento de taxa de reagendamento de R\$1000,00 (mil reais) por auditor, para cada dia de auditoria não cumprido, que estiver estipulado no item 3 deste preâmbulo.

#### 3.d) Despesas de Deslocamentos:

As despesas dos auditores estão inclusas no valor total da proposta.

#### 3.e) Serviços complementares, se aplicáveis:

Em caso de solicitação de emissão dos certificados impressos, outros idiomas, troca ou substituição ou emissão de declarações adicionais, será cobrado o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por unidade. O valor para emissão de relatório de auditoria em outro idioma, será de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais)

As partes atestam o conhecimento e a aceitação das condições deste preâmbulo e das cláusulas contratuais constantes das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO e ANEXO I. Consideram-se as cláusulas do presente preâmbulo inseridas nas CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO, como se nele estivessem transcritas, sendo que a assinatura do presente preâmbulo corresponde ao conhecimento e concordância com todas as cláusulas dispostas naquele instrumento e em seus anexos.

A **CONTRATANTE** atesta que todas as informações fornecidas são precisas. Fica reservado à **FUNDAÇÃO VANZOLINI** o direito de aceitar ou rejeitar a aprovação deste instrumento, caso seu aceite pela **CONTRATANTE** tenha sido realizado fora do prazo.

Assinam e rubricam todos os termos do presente contrato após o preâmbulo, rubricando-se as demais folhas e encerrando-se as condições gerais do mesmo.

E por se acharem justas e contratadas, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

**Data de elaboração:** 13/09/2024**Validade:** 05 (cinco) dias úteis**Data do aceite:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI**  
Executivo Sênior de Certificação

---

**IMED - INSTITUTO DE MEDICINA,  
ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**  
Nome:  
RG:

Testemunhas:

---

**FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI**  
Vanessa Souza  
RG: 43.630.732-7

---

**IMED - INSTITUTO DE MEDICINA,  
ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**  
Nome:  
RG:**INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELA CONTRATANTE****INCLUIR PRÉ-AVALIAÇÃO? SIM ( ) NÃO ( ) - DATA SUGERIDA PARA A PRÉ-AVALIAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**DATA SUGERIDA PARA A AVALIAÇÃO INICIAL OU DE RECERTIFICAÇÃO** ..... \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**COBRANÇA: ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_**CONTATO:** \_\_\_\_\_**CORRESPONDÊNCIA: ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_**CONTATO:** \_\_\_\_\_**OBS: AS DATAS SUGERIDAS ACIMA ESTÃO SUJEITAS A CONFIRMAÇÃO, DE ACORDO COM A DISPONIBILIDADE DA EQUIPE AVALIADORA.**



**B: CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO****MANUAL DE REFERÊNCIA: ONA - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE****Termos que serão livremente empregados no presente contrato:**

- 1) Preâmbulo: Refere-se à folha de rosto do presente contrato na qual são apontadas todas as variantes do mesmo, tais como qualificação das partes, referências normativas, preços etc.
- 2) Avaliação: Exame sistemático e independente, para determinar se as atividades e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas, se estas foram implementadas com efetividade e se são adequadas à consecução dos objetivos.
- 3) Acreditação: Ato de outorgar um certificado reconhecido pela **ONA – Organização Nacional de Acreditação**.
- 4) Recertificação: Ato de outorgar um certificado reconhecido pela **ONA – Organização Nacional de Acreditação** a uma Organização já acreditada.
- 5) Certificado: Documento que indica que a Organização de Saúde candidata está em conformidade com os manuais de referência e qualquer documentação suplementar exigida pelo Sistema Brasileiro de Acreditação.
- 6) Contratante: Instituição que formalmente aceita os termos do Preâmbulo e as Condições Gerais do Contrato em nome da Organização Candidata.
- 7) Organização Candidata: Instituição objeto da avaliação de acreditação, formalmente vinculada às diretrizes e políticas da Contratante.
- 8) Organização Acreditada: Organização Candidata que teve sua recomendação de acreditação aprovada pelo Comitê de Certificação da FUNDAÇÃO VANZOLINI.
- 9) Conselho de Certificação: conselho estatutário da FUNDAÇÃO VANZOLINI, que tem a finalidade de garantir a imparcialidade e independência de suas atividades de certificação, sendo independente em relação à estrutura organizacional da FUNDAÇÃO VANZOLINI e tendo, entre outras, as seguintes atribuições: i) aprovar o Manual da Qualidade da FUNDAÇÃO VANZOLINI, que regula suas atividades de certificação; ii) apreciar os relatórios finais de atividades e financeiros da certificação; iii) julgar apelações de clientes contra decisões do executivo sênior da FUNDAÇÃO VANZOLINI ou da Comissão Técnica.
- 10) Comitê de Certificação: comissão formada por membros técnicos que realiza a análise dos Relatórios de Auditoria ou Avaliação. A Comissão é constituída por representantes da FUNDAÇÃO VANZOLINI e conforme o programa específico de certificação, por representantes do governo, de clientes, consumidores e especialistas entre outros.

Pelo presente instrumento particular de contrato de prestação de serviços de acreditação, de um lado a **FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI** na qualidade de **CONTRATADA**, doravante denominada somente **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, e de outro a **CONTRATANTE**, assim doravante denominada, ambas qualificadas no item 1 do preâmbulo deste instrumento, têm justo e contratado o que mutuamente outorgam e aceitam, a saber:

**I – DO OBJETO**

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação por parte da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, dos serviços de Análise de Documentos, Avaliação de Acreditação Inicial, Avaliações Periódicas e Extraordinárias de Manutenção da Acreditação e Uso da Marca (conforme descrito no Anexo 1), mediante a solicitação da **CONTRATANTE**, visando acreditar e conceder o Certificado de Acreditação, atestando a conformidade da **Organização Candidata** com o manual de referência descrito no item 2 do preâmbulo deste instrumento, tendo como premissa a autenticidade, precisão e adequação das informações fornecidas pela **CONTRATANTE**.

**II – DAS FASES DO CONTRATO**

2. A prestação dos serviços elencados na Cláusula Primeira é composta pelos eventos a seguir descritos:

**2.1. Análise de Documentos**

2.1.1. Constituir-se-á de uma análise prévia da Informação para Elaboração de Proposta ONA F.0013 e da documentação da **Organização Candidata**, a ser realizada pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI** em suas próprias dependências, para a identificação de possíveis falhas que impedirão a futura acreditação, avaliando a implementação dos requisitos do Manual de Referência descrito no item 2 do preâmbulo deste instrumento. Este Questionário Preliminar deverá ser enviado pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI** à **Organização Candidata** para que seja preenchido e devolvido à **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, juntamente com a documentação complementar necessária ao processo de acreditação. Esta etapa será considerada facultativa, a critério da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

**2.2. Diagnóstico Organizacional**

2.2.1. Constituir-se-á de uma análise prévia do Sistema de Gestão Médico-Assistencial para a identificação de possíveis falhas que impedirão a futura acreditação, visando eliminar barreiras através do conhecimento pelos avaliados da metodologia da avaliação e da equipe avaliadora, avaliando a conformidade e adequação do Sistema de Gestão aos requisitos do Manual de

Referência descrito no item 2 do preâmbulo deste instrumento, mediante visita às instalações da **Organização Candidata**.

2.2.2. A **FUNDAÇÃO VANZOLINI** ressalta que a realização do Diagnóstico Organizacional é opcional.

### 2.3. Avaliação para a Acreditação Inicial

2.3.1. A **FUNDAÇÃO VANZOLINI** realizará uma avaliação completa na **Organização Candidata**, analisando a adequação e conformidade da mesma ao manual de referência descrito no item 2 do preâmbulo deste instrumento, objetivando a concessão do certificado. Este serviço será realizado nas instalações da **Organização Candidata**, visando uma análise crítica dessa Organização.

2.3.2. Os avaliadores coletarão evidências da conformidade da Organização ao Manual de Referência e, ao final da avaliação, elaborarão um relatório indicando eventuais não conformidades e oportunidades de melhoria. Nesta fase será recomendada ou não a acreditação da **Organização Candidata** ao Comitê de Certificação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

2.3.3. Na hipótese de aprovação da **Organização Candidata** pelo Comitê de Certificação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, a **ONA** concederá o Certificado de Acreditação por meio da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** (que guarda relação direta com o presente instrumento) à **Organização Candidata**, a qual se comprometerá a fornecer seus serviços observando os elementos estabelecidos no Manual de Referência, conforme dispõe o item 2 do preâmbulo deste instrumento.

### 2.4. Avaliações Periódicas de Manutenção da Acreditação

2.4.1. Para verificar se a **Organização Acreditada** mantém as condições que deram origem ao Certificado de Acreditação, a **FUNDAÇÃO VANZOLINI** realizará, nas instalações da **Organização Acreditada**, baseada nos prazos normativos vigentes, avaliações periódicas de manutenção "in loco", ou seja, avaliações para assegurar que a Organização continua aderente ao Manual de Referência descrito no item 2 do preâmbulo deste instrumento.

2.4.2. Fica estabelecida desde já, com validade durante o período de vigência deste contrato, a autorização da **CONTRATANTE** para:

- a) Verificação, por parte da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, mediante a realização de avaliação extraordinária, de eventual reclamação de cliente ou ocorrência de evento-sentinelas, conforme normas de referência. Os custos dessas avaliações serão pagos conforme descrito no item 3.c) do preâmbulo deste instrumento.
- b) Alteração dos dimensionamentos inicialmente propostos para a avaliação de acreditação inicial e para as avaliações de manutenção, em função das análises técnica e documental da equipe avaliadora durante os eventos programados. Os custos decorrentes destas alterações serão determinados com base nos mesmos valores (R\$ / homem x dia) dos dimensionamentos originais. Neste caso, será feito um adendo ao contrato e a diferença entre os valores será distribuída pelas parcelas vincendas.

### 2.5. Regras Gerais para as Avaliações

2.5.1. As datas dos eventos serão confirmadas entre as partes, com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.

2.5.2. Será permitido às partes alterar as datas dos eventos com até 30 (trinta) dias de antecedência. Qualquer alteração ou cancelamento em prazo inferior implicará no pagamento de multa, conforme fixado no item 3.c do preâmbulo anexo a este contrato.

2.5.3. À **FUNDAÇÃO VANZOLINI** será facultado, caso encontre não conformidades sistêmicas durante os eventos, fixar prazos para a implementação das ações corretivas. Neste contexto, é obrigatória a realização de Nova Avaliação ou Manutenção Extraordinária, que visam avaliar, nas instalações da **Organização Candidata/Acreditada**, o nível de adesão de conformidade ou a continuidade da conformidade da Organização ao Manual de Referência, respectivamente. Os valores referentes às avaliações de Manutenção Extraordinária ou Nova Avaliação serão pagos conforme descrito no item 3.c do preâmbulo deste instrumento. O dimensionamento da Nova Avaliação ou Manutenção Extraordinária será definido pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI** e será proporcional às necessidades de investigação das pendências existentes.

## III – DA ACREDITAÇÃO INICIAL OU RECERTIFICAÇÃO

3. A certificação do Sistema de Gestão em Saúde da **CONTRATANTE** poderá ser recomendada, pela equipe avaliadora, após a realização da Visita de Avaliação para Acreditação Inicial e verificada a conformidade do referido Sistema de Gestão com a(s) Norma(s) de Referência, citada(s) no item 2 do preâmbulo deste instrumento.

3.1. A recomendação de certificação do Sistema de Gestão em Saúde da **Organização Candidata** será apreciada pelo Comitê de Certificação, em conformidade com as regras deontológicas da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** e da(s) Norma(s) de Referência, citadas no preâmbulo deste contrato.

3.2. Na hipótese de aprovação do Sistema de Gestão em Saúde da **Organização Candidata**, será concedido o Certificado de Acreditação à **CONTRATANTE**.

3.3. Caso a **CONTRATANTE** discorde do parecer do Comitê de Certificação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, poderá manifestar-se formalmente em um prazo de até 5 dias à **Organização Nacional de Acreditação** e apresentar a interposição de recurso em até 30 dias corridos, solicitando revisão do parecer e defesa para o recurso solicitado. A deliberação do Conselho de Administração da **Organização Nacional de Acreditação** é definitiva.

3.4. O uso do Certificado de Conformidade conferido pela **Organização Nacional de Acreditação/FUNDAÇÃO VANZOLINI** deverá obedecer estritamente aos limites estabelecidos neste contrato e seus anexos e Norma Orientadora aplicável.

3.4.1. Os direitos e obrigações derivados da certificação somente se tornarão exigíveis a partir da obtenção, pela **CONTRATANTE**, do Certificado de Acreditação correspondente, sendo plenamente sem efeitos, caso a **CONTRATANTE** não venha a obter o certificado.

3.5. A **FUNDAÇÃO VANZOLINI** não assume, por força do presente contrato, qualquer responsabilidade quanto à eventual não obtenção, por parte da **Organização Candidata**, do Certificado de Acreditação, em decorrência de não conformidades do seu Sistema de Gestão em Saúde com a(s) Norma(s) de Referência aplicáveis ou por quaisquer outros motivos que não tenham relação direta com a prestação de serviço da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, contratados neste instrumento.

3.6. O Certificado de Acreditação, eventualmente obtido pela **CONTRATANTE**, terá validade e eficácia pelo período definido a partir da data de homologação da acreditação pela **Organização Nacional de Acreditação**, ficando sua validade e eficácia condicionadas:

3.6.1. à manutenção do Sistema de Gestão em Saúde e de seus elementos, em conformidade com a(s) Norma(s) de Referência descrita(s) no preâmbulo deste contrato;

3.6.2. à submissão à **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, pela **CONTRATANTE**, das alterações eventualmente introduzidas no seu Sistema de Gestão em Saúde, relacionadas com os serviços contemplados no Certificado de Acreditação;

3.6.3. à implementação, pela **Organização Acreditada**, das ações corretivas decorrentes de eventuais não conformidades sistêmicas detectadas durante as auditorias, bem como à prestação de informações neste sentido à **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

3.6.4. à realização das Avaliações de Manutenção, no prazo estabelecido pela **Organização Nacional de Acreditação**.

#### IV – DA SUSPENSÃO, REDUÇÃO E CANCELAMENTO

4. A certificação, se concedida, poderá ser suspensa, reduzida ou cancelada conforme 4.1 e 4.2 respectivamente.

4.1. A **FUNDAÇÃO VANZOLINI** suspenderá a certificação quando:

4.1.1. O Sistema de Gestão em Saúde certificado da **CONTRATANTE** falhou, persistentemente ou seriamente, em atender aos requisitos de certificação, incluindo os requisitos para a eficácia do sistema de gestão;

4.1.2. A **CONTRATANTE** não permitir que as avaliações sejam realizadas nas frequências exigidas e nos prazos máximos estabelecidos;

4.1.3. A **CONTRATANTE** solicitar voluntariamente uma suspensão;

4.1.4. A **CONTRATANTE** estiver inadimplente com alguma das obrigações definidas neste instrumento ou nos seus anexos

4.2. A **FUNDAÇÃO VANZOLINI** cancelará a certificação, conforme o caso, quando:

4.2.1. As falhas que ocasionaram a suspensão não tiverem sido satisfatoriamente resolvidas, nos prazos estipulados, ou

4.2.2. As ações corretivas, necessárias para resolver as falhas que ocasionaram a suspensão, não estiverem disponíveis para verificação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** nos prazos definidos, ou

4.2.3. A avaliação no local, quando esta tiver sido definida como meio necessário para verificação das ações corretivas necessárias para resolver as falhas que ocasionaram a suspensão, não for realizada no prazo estipulado.

4.3. A **CONTRATANTE** deverá interromper o uso de todo material publicitário que faça referência à situação de certificada, quando for avisada do cancelamento do seu certificado.

4.4. Quando solicitado por qualquer parte, a **FUNDAÇÃO VANZOLINI** declarará a situação da certificação do Sistema de Gestão em Saúde da **CONTRATANTE**, conforme esteja suspenso, cancelado ou reduzido.

#### V – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

5. Além de outras obrigações definidas neste instrumento, a **CONTRATANTE** se obriga a:

5.1. Facilitar o acesso dos avaliadores devidamente credenciados à documentação técnica e instalações relacionadas com o objeto do presente instrumento, para a realização dos serviços descritos na Cláusula Primeira;

5.2. Manter o uso do Certificado, para fins de divulgação e/ou publicidade, restrito ao campo de sua abrangência, quer quanto ao seu escopo específico, quer quanto aos produtos/serviços constantes do mesmo, obedecendo integralmente o documento **REGRAS PARA USO DA MARCA DE ACREDITAÇÃO DA FUNDAÇÃO VANZOLINI**, cujo teor a **CONTRATANTE** declara ter conhecimento.

5.2.1. O uso da marca pela **Organização Acreditada** somente poderá ser feito após a homologação da Acreditadora **ONA** e obedecerá, em sua íntegra, o disposto no Anexo I deste instrumento e a Norma Orientadora vigente.

5.2.2. Ceder direito à **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, a divulgar mediante consulta, sua condição de acreditado, escopo de certificação, nível de acreditação e prazo de validade do certificado.

5.3. Manter-se, ao longo do prazo de validade do certificado de acreditação, atualizada quanto aos requisitos normativos pertinentes estabelecidos no item 2 do preâmbulo deste instrumento.

5.4. Analisar e comunicar a detecção de qualquer evento-sentinela à **FUNDAÇÃO VANZOLINI** em prazo coerente com o grau da ocorrência, seguindo todos os requisitos estabelecidos conforme norma de referência.

5.5. Apresentar e implementar, nos prazos avençados, as ações corretivas decorrentes das não conformidades sistêmicas detectadas nas avaliações, previstas na Cláusula Segunda e no item 3.6.3.

5.6. Manter na **Organização Acreditada** a documentação legal exigida durante o processo de acreditação à disposição da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

5.7. Responsabilizar-se pela autenticidade, precisão e adequação das informações que prestar à **FUNDAÇÃO VANZOLINI** no processo de certificação.



5.8. Manter-se em dia com os pagamentos devidos à **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

5.9. Aceitar avaliações–testemunhas de organismos credenciadores, organismos que fornecem reconhecimento ou da própria **FUNDAÇÃO VANZOLINI**. Estas avaliações–testemunhas visam verificar o desempenho das equipes avaliadoras da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

5.10. Fornecer à Equipe Avaliadora da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** os Equipamentos de Segurança e Equipamentos de Proteção Individual necessários.

5.11. Comunicar a **FUNDAÇÃO VANZOLINI** em até 30 dias caso ocorra a alteração do CNPJ ou razão social, em conjunto ou não com a mudança da alta liderança.

## **VI – DAS OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO VANZOLINI**

6. Além de outras obrigações definidas neste instrumento a **FUNDAÇÃO VANZOLINI** se obriga a:

6.1. Ser única e exclusivamente responsável pelos serviços que presta, através de seus prepostos, representantes e funcionários.

6.2. Não divulgar as condições verificadas e que deram origem à concessão ora instrumentalizada.

6.3. Não divulgar dados organizacionais confidenciais da **CONTRATANTE**, aos quais tiver conhecimento por meio das avaliações, observando o disposto no presente contrato, exceto se o contrário for determinado por lei ou por autoridade competente, ou decorrer de interesse legítimo da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**. As informações sobre a **CONTRATANTE** provenientes de outras fontes que não a própria **CONTRATANTE**, serão tratadas como confidenciais, em coerência com as políticas da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

6.4. Não prestar qualquer informação concernente aos processos, equipamentos, produtos e serviços contemplados no presente instrumento, ou ainda, no que concerne a quantidades alienadas, produzidas ou fornecidas, salvo mediante autorização prévia e por escrito da **Organização Candidata/Acreditada** e/ou exigências da **ONA**.

6.5. Responsabilizar-se pela remuneração e por todas as obrigações, encargos trabalhistas, securitários, sociais, previdenciários e tributários dos seus empregados, durante e após a vigência do presente contrato.

6.6. Não existindo qualquer vínculo empregatício entre os prepostos da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** e a **CONTRATANTE**, serão de exclusiva responsabilidade da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, todos os acidentes e danos pessoais que venham a ser vítimas seus representantes, enquanto estiverem nas dependências da **CONTRATANTE**, estando a mesma isenta de qualquer obrigação ou responsabilidade penal, civil, trabalhista ou previdenciária, referente a esses representantes.

6.7. Não transferir ou ceder parcial ou totalmente o presente instrumento, sem prévia e expressa autorização da **CONTRATANTE**.

6.7.1. Sem prejuízo do disposto no item anterior, a **FUNDAÇÃO VANZOLINI** poderá usar de avaliadores e especialistas técnicos externos para compor sua equipe avaliadora, que atuarão em nome da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, permanecendo esta integralmente responsável pelos atos de seus representantes.

## **VII – DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

7.1. Pelos serviços prestados, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **FUNDAÇÃO VANZOLINI** o preço constante do item 3.b do preâmbulo do presente instrumento.

7.2. O atraso ou inadimplência, mesmo que parcial quanto ao pagamento, implicará no cancelamento da prestação de serviços e em consequência da acreditação da Organização avaliada, quando já atestada, até que sejam regularizados os pagamentos e os levantamentos necessários.

7.2.1. Não obstante a suspensão supra constante, a falta de pagamento sujeitará a **CONTRATANTE** ao pagamento de correção monetária calculada pela variação “pro rata” do IGPM/FGV apurado para o período ou, na ausência deste, pelo IPCA/IBGE ou ainda na ausência de ambos, qualquer outro índice escolhido em comum acordo das partes, mais multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês que poderão ser cobrados através de ação executiva.

7.3. Todas as cobranças referentes a eventos serão feitas através de boleto bancário a ser remetido pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI** à **CONTRATANTE**.

## **VIII– DA VALIDADE DO CERTIFICADO**

8. O Certificado de que trata a Cláusula Primeira deste instrumento terá validade e eficácia, pelo período de 24 meses a partir de sua emissão para creditações de nível “Acreditado” e “Acreditado Pleno”, e de 36 meses para acreditação nível “Acreditado com Excelência”, e enquanto a **CONTRATANTE**:

8.1. Mantiver a **Organização Acreditada** e seus elementos estabelecidos no Manual de Referência descrito no preâmbulo deste instrumento, em condições, no mínimo, idênticas àquelas que deram origem ao Certificado, e que a **CONTRATANTE** declara conhecer e aceitar;

8.2. Submeter à **FUNDAÇÃO VANZOLINI** as alterações eventualmente introduzidas na **Organização Acreditada**, relacionadas com o escopo contemplado na acreditação;

8.3. Implementar as ações corretivas decorrentes das não conformidades sistêmicas detectadas durante as avaliações periódicas e/ou devidas a eventos–sentinela e informar à **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.

**IX – DO PRAZO**

9. O prazo de vigência inicia-se na data de sua assinatura, encerrando-se juntamente com a data de validade do certificado de acreditação a que se refere a Cláusula Primeira, podendo ser renovado por iguais períodos.

**X – OUTRAS DESPESAS**

10. Caso a **CONTRATANTE** necessite de declarações ou documentações extras, a serem fornecidas pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, que extrapolem as condições deste contrato, a **FUNDAÇÃO VANZOLINI** poderá, em comum acordo, definir valores de remuneração para estas atividades.

**XI – DA RESCISÃO**

11.1. Na hipótese de rescisão unilateral, sem justa causa, a parte que requereu a rescisão responderá perante a outra da seguinte forma:

11.1.1. Se a **CONTRATANTE** requerer ou der causa à rescisão do Contrato, sem culpa da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, ficará obrigada a pagar a totalidade dos valores devidos até a data da rescisão acrescidos de 50% (cinquenta por cento) do montante das fases subsequentes a título de perdas e danos, se já realizada a avaliação de acreditação e 20% (vinte por cento) desse mesmo montante, caso a rescisão tenha ocorrido anteriormente à acreditação, valor que deverá ser pago no prazo de 20 dias após a rescisão.

11.1.1.2. No caso de rescisão por descontinuação do contrato da prestação de serviço do **IMED** como Organização Social responsável pela administração da **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE POSSE**, desde que haja comprovação oficial, não haverá multa rescisória.

11.1.2. Caso a infratora seja a **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, esta perderá o direito a receber qualquer pagamento das fases não cumpridas, sem prejuízo de perdas e danos a serem apuradas, podendo a **CONTRATANTE**, considerar simultaneamente rescindido o presente.

11.1.3. Caso a **CONTRATANTE** não proceda ao pagamento das perdas e danos devidos à **FUNDAÇÃO VANZOLINI** no prazo estabelecido na Cláusula 11.1.1. supra, ficará sujeita ao pagamento de multa moratória de 10% (dez por cento) sobre o valor devido, juros de 12% (doze por cento) ao ano e correção monetária calculada pelo índice de variação do IGPM/FGV apurado para o período ou, na ausência deste, pelo IPCA/IBGE ou ainda na ausência de ambos, qualquer outro índice escolhido em comum acordo das partes.

11.1.3.1. Caracterizada a hipótese prevista no item 11.1.1. desta cláusula, promover-se-á a competente medida judicial, arcando a **CONTRATANTE** com as custas e despesas judiciais, além dos honorários do advogado constituído para tal fim, os quais corresponderão a 20% (vinte por cento) do valor total do débito.

11.1.3.2. O abandono do processo de certificação pelo prazo de 12 (doze) meses contados da abertura do processo e sem movimentação por parte da **CONTRATANTE** que busque dar continuidade aos objetivos aqui expressos, implicará em rescisão automática do mesmo, e na obrigatoriedade de pagamento das multas apontadas em 11.1.1.

**XII – DO REAJUSTE**

12. Decorridos doze meses da assinatura deste contrato, os valores discriminados no preâmbulo deste instrumento, serão reajustados com base na variação do IGPM/FGV apurado para o período ou, na ausência deste, pelo IPCA/IBGE ou, ainda, qualquer outro índice escolhido em comum acordo das partes. Este reajuste somente incidirá sobre eventuais parcelas não quitadas, conforme item 3.b do preâmbulo deste instrumento.

**XIII – DAS PENALIDADES**

13. Na hipótese de inadimplemento das obrigações assumidas neste instrumento, financeiras ou obrigacionais, a **CONTRATANTE** e/ou a **Organização Acreditada**, a juízo da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, estarão sujeitas isolada ou cumulativamente, às seguintes penalidades, independentemente das cominações civis e penais a que derem causa, e respectiva indenização por perdas e danos:

- Advertência;
- Suspensão do Certificado;
- Cancelamento do Certificado.

13.1. Quando for verificada situação de inadimplemento, esta deverá ser comunicada pela parte lesada por escrito à infratora, que poderá corrigir sua falta no prazo de 15 (quinze) dias.

13.2. Expirado o prazo descrito no item 13.1 supra, o presente instrumento poderá ser rescindido unilateralmente pela parte lesada, sem prejuízo da exigibilidade de perdas e danos decorrentes.

13.3. Em quaisquer casos de cancelamento do Certificado de Acreditação e ainda na hipótese da extinção do presente contrato, quer decorrentes de desistência ou decurso quanto ao presente instrumento, a **Organização Acreditada** se obriga a, imediatamente, suspender o uso da marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, sob pena de incorrer nas sanções do artigo 299 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal Brasileiro) e as decorrentes da infração ao disposto nos artigos 147/154 c.c. artigo 191 da Lei 9.279/96.

13.4. É considerada falta grave aquela cometida por uma empresa detentora do Certificado de Acreditação que tenha:

- a) adulterado qualquer informação que conste de seu Certificado de Acreditação;
- b) realizado serviços sem observar os preceitos de seu Sistema Acreditado, comprovando a insuficiência dos meios e recursos ou das formas de organização e de gestão postos efetivamente em prática, ou, simplesmente, atestando a não observância dos aspectos preconizados no seu Sistema Acreditado; ou
- c) divulgado informações enganosas quanto aos dados do seu Certificado de Acreditação.

#### **XIV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

14.1. O Certificado conferido pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI** só poderá ser usado exclusivamente nos limites estabelecidos neste contrato e seus anexos.

14.2. Os direitos e obrigações derivados da acreditação, somente se tornarão exigíveis a partir do momento em que a **Organização Candidata** for aprovada e acreditada pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, sendo plenamente sem efeito se a **Organização Candidata** não obtiver a acreditação.

14.3. A **FUNDAÇÃO VANZOLINI** não tem qualquer responsabilidade caso a **Organização Candidata** não consiga obter sua acreditação, atestando a conformidade do sistema com o Manual de Referência descrito no item 2 do preâmbulo deste instrumento, vez que a acreditação depende da operacionalização da **Organização Candidata** e não dos serviços prestados pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, contratados nesse instrumento.

14.4. Caso ocorram modificações na **Organização Acreditada**, tais como alterações da razão social, endereço, mudança significativa na estrutura organizacional, mudança significativa nas áreas/seções, mudança do Manual de Referência, mudança de propriedade, ampliação ou redução de áreas/seções ou alteração da quantidade de colaboradores (funcionários ou contratados) da ordem de 20% em relação ao número de colaboradores da **Organização Acreditada**, considerando-se o último evento ocorrido, esta deverá comunicar a mudança à **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, para o redimensionamento dos eventos, com possível alteração de custos.

14.5. Os casos omissos, assim como as questões decorrentes do objeto deste instrumento e eventuais modificações a seus termos e condições, serão resolvidos em comum acordo das partes, mediante a lavratura de Termo Aditivo, que será parte integrante do presente instrumento.

14.6. Qualquer tolerância quanto ao descumprimento de quaisquer termos ou condições do presente instrumento, ou quanto a irregularidades no exercício dos direitos dele decorrentes, não constituirá renúncia às mesmas condições e termos e não prejudicará, assim, a faculdade da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** de exigir seu cumprimento e de exercer o direito de ação a qualquer tempo.

14.7. Caso a **CONTRATANTE** discorde dos pareceres da equipe avaliadora poderá solicitar revisão do parecer ao Comitê de Certificação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, mediante comunicação por escrito enviada à **FUNDAÇÃO VANZOLINI** no prazo máximo de 10 dias após da data da visita.

14.8. A **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, através de seu Conselho Curador, nomeia o Professor Doutor José Joaquim do Amaral Ferreira, Coordenador do Projeto Certificação, como responsável pela execução e fiel cumprimento de todos os termos do presente contrato.

14.9. O presente instrumento obriga as partes e seus sucessores a qualquer título.

#### **XV – DA DESVINCULAÇÃO ENTRE AS PARTES**

15. Não se estabelece entre as partes, por força deste instrumento, qualquer forma de sociedade, associação, mandato, representação, agência, consórcio, responsabilidade solidária ou qualquer vínculo trabalhista.

**XVI – DO FORO**

16. As partes contratantes elegem o foro da cidade de São Paulo – SP, para dirimir quaisquer litígios oriundos do presente instrumento, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser.

**Data de elaboração:** 13/09/2024**Validade:** 05 (cinco) dias úteis**Data do aceite:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

---

**FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI**  
Executivo Sênior de Certificação

---

**IMED - INSTITUTO DE MEDICINA,  
ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**  
Nome:  
RG:

Testemunhas:

---

**FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI**  
Vanessa Souza  
RG: 43.630.732-7

---

**IMED - INSTITUTO DE MEDICINA,  
ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**  
Nome:  
RG:

**C: ANEXO 1 (REGRAS PARA USO DA MARCA DE CERTIFICAÇÃO)****MANUAL DE REFERÊNCIA: ONA - ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

A Organização que possui o Certificado ONA enviado pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI** está autorizada a usar a marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** após garantir que:

1. A marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** pode ser utilizada pela organização detentora do Certificado, desde que:
  - com o nome da organização acreditada;
  - com o número do Certificado;
  - dentro do período de validade do Certificado;
  - fazendo referência ao nível de acreditação da certificação concedida;
  - sem qualquer mudança.
2. A marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** pode ser utilizada para fins comerciais, aparecer em documentos usados na correspondência da empresa, na internet e em propaganda. Ela não deve ser utilizada em declarações que ultrapassem o escopo do Certificado de Acreditação.
3. As declarações de acreditação devem indicar que os produtos/serviços referidos são procedentes de uma organização que foi acreditada pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.
4. A marca da acreditação não pode ser usada de um modo ambíguo, isto é, não pode ser usada de tal modo a produzir a interpretação que é uma certificação de um setor, de um serviço terceirizado ou de um produto.
5. A marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** não pode ser usada diretamente em eventuais produtos, podendo, no entanto, ser utilizada na sua embalagem (com exceção das embalagens primárias, tais como bolsas de derivados do sangue). O uso da marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** não pode dar a entender que o produto / serviço em si tenha sido acreditado pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.
6. Convém que todas as publicações a respeito da acreditação da organização, bem como a marca de acreditação explicitem claramente o Manual de Referência.
7. Na utilização da marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI**, o usuário da marca deve observar os princípios da concorrência honesta. O usuário deverá impedir qualquer uso ou declaração a respeito da marca de certificação, que seja inaceitável pela **FUNDAÇÃO VANZOLINI**.
8. O uso da marca de acreditação da **FUNDAÇÃO VANZOLINI** é restrito às organizações autorizadas e o direito de uso deste não deve ser transferido para terceiros ou substitutos, nem ser objeto de cessão ou aquisição ou de qualquer medida compulsória.
9. O uso da marca ONA deve se ater aos limites referidos na norma orientadora vigente.

**Qualquer intencional ou flagrante violação negligente das providências acima resultará na anulação da concessão do Certificado de Acreditação. O direito de uso da marca de acreditação da FUNDAÇÃO VANZOLINI termina na não renovação ou anulação da concessão do Certificado de Acreditação, depois dos períodos transitórios especificados para tais casos.**



---


**ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

De RFP <rfp@imed.org.br>

Data Sex, 13/09/2024 11:44

Para Silva Borges, Bianca <bsborges@tuv-nord.com>

 1 anexos (611 KB)

ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA).pdf;

Prezados,

**Devido a necessidade de ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

rfp@imed.org.br



**IMED**  
INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO



---


**ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

De RFP <rfp@imed.org.br>

Data Sex, 13/09/2024 11:42

Para ipass@ipass.org.br <ipass@ipass.org.br>

 1 anexos (611 KB)

ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA).pdf;

Prezados,

**Devido a necessidade de ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

rfp@imed.org.br



**IMED**

INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO



---


**ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

De RFP <rfp@imed.org.br>

Data Sex, 13/09/2024 11:43

Para acreditacao <acreditacao@h2a.med.br>

 1 anexos (611 KB)

ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA).pdf;

Prezados,

**Devido a necessidade de ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

rfp@imed.org.br



**IMED**  
INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO





---


**ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

De RFP <rfp@imed.org.br>

Data Sex, 13/09/2024 11:40

Para Larissa Cunha <larissa@ibes.med.br>

 1 anexos (611 KB)

ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA).pdf;

Prezados,

**Devido a necessidade de ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

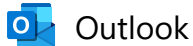
**Processo de RFP | Imed**

rfp@imed.org.br



**IMED**  
INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO



---


**ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

De RFP <rfp@imed.org.br>

Data Sex, 13/09/2024 11:38

Para acreditacao@iahcs.com.br <acreditacao@iahcs.com.br>

 1 anexos (611 KB)

ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA).pdf;

Prezados,

**Devido a necessidade de ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

rfp@imed.org.br



**IMED**  
INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO



---


**ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA)**

---

De RFP <rfp@imed.org.br>

Data Sex, 13/09/2024 11:35

Para marketing.ba@dnv.com <marketing.ba@dnv.com>

 1 anexos (611 KB)

ERRATA - CONVITE 01-24 RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA - POLICLÍNICA (FORMOSA).pdf;

Prezados,

**Devido a necessidade ajustes técnicos no escopo do serviço, estamos reenviando o convite para sua participação.**

O IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

Atenciosamente,

**Processo de RFP | Imed**

rfp@imed.org.br



**IMED**  
INSTITUTO DE  
MEDICINA,  
ESTUDOS E  
DESENVOLVIMENTO

CUIDANDO  
COM RESPEITO

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 03/2024

### QUADRO RESUMO

#### A) PARTES

##### (i) Contratante:

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

Rua Itapeva, nº 202, Conj. 33, Bela Vista, São Paulo-SP, CEP.: 01.332-000

CNPJ/MF: 19.324.171/0001-02

##### (ii) Contratada:

Nome: THS Serviços Empresariais Ltda

CNPJ/MF nº 07.848.719/0001-26

Endereço: Avenida Fagundes Filhos, 141, Anexo 145 Conj 32, Vila Monte Alegre, São Paulo -SP, CEP.: 04.304-010

**B) OBJETO:** Prestação de Serviços de Recertificação de Acreditação no método da Organização Nacional de Acreditação – ONA

**C) PRAZO DE VIGÊNCIA:** até a data do término prevista o Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES I firmado entre IMED e SES / GO **(06/01/2025)**.

**D) INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:** da data de assinatura do Contrato

#### E) PREÇO DO CONTRATO:

Recertificação - R\$ 11.360,00 (onze mil, trezentos e seiscentos reais) pagos em 2x parcelas iguais de R\$ 5.680,00 (cinco mil, seiscentos e oitenta reais);

Manutenção – R\$ 515,00 (quinhentos e quinze reais) mensais.

**Encerrado o referido Termo de Colaboração (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES/GO), o contrato será automaticamente encerrado, cessando-se também o pagamento das mensalidades.**

**G) MULTAS APLICÁVEIS À CONTRATADA:**

G.1: Para falhas que não estiverem contempladas em SLA no Anexo I, a critério da CONTRATANTE, será aplicada Advertência ou Multa de R\$ 1.000,00 (mil reais) por infração contratual ou legal cometida, até a 10ª infração ocorrida dentro de um mesmo mês, sendo que este valor será dobrado a partir da 11ª infração dentro do mesmo mês. Caso a infração não seja corrigida até o mês subsequente, a CONTRATADA estará sujeita a novas penalidades pela mesma infração no mês seguinte, até que sejam sanadas;

G.2: de 1% (um por cento) do preço mensal dos Serviços por cada dia de atraso.

**H) COMUNICAÇÃO ENTRE AS PARTES:**

1) Para o CONTRATANTE:

- Nome: Luciana Souza

- E-mail: [luciana.souza@imed.org.br](mailto:luciana.souza@imed.org.br)

2) Para a CONTRATADA:

- Nome: Greison Moura

- E-mail: [saude@qmsbrasil.com.br](mailto:saude@qmsbrasil.com.br)

- Telefone: (11) 2628-6095

**I) Anexos:**

(a) Anexo I – Convite;

(b) Anexo II – Proposta Comercial; e

(c) Anexo III – Proposta Técnica.

Considerando que a referida contratação se faz necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo **IMED** junto a Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, tendo em conta que a **CONTRATANTE** é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES);

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as Partes qualificadas no **Item A do QUADRO RESUMO** têm entre si justo e acordado, o presente Contrato de Prestação de Serviços ("Contrato"), em conformidade com as seguintes cláusulas e condições, bem como pela legislação vigente, e que mutuamente outorgam, aceitam e se obrigam a cumprir, por si e seus eventuais sucessores.

**CLÁUSULA I - OBJETO DO CONTRATO**

**1.1.** - É objeto do presente Contrato a prestação pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** dos serviços descritos no **Item B do QUADRO RESUMO** (“Serviços”), em caráter autônomo e não exclusivo, conforme e nos termos deste Contrato e seus Anexos listados no **Item I do QUADRO RESUMO**.

**1.2.** - Em caso de divergências na interpretação ou aplicação entre os termos e condições do presente Contrato e os termos e condições dos anexos, prevalecerão, para todos os fins e efeitos de direito, os termos e condições previstas no Contrato. Em caso de divergências na interpretação ou aplicação entre os termos e condições dos anexos, prevalecerão, para todos os fins e efeitos de direito, os anexos na ordem em que estão listados acima.

**1.3.** - Outras atividades que forem correlatas e/ou complementares à efetiva prestação dos Serviços ora contratados também integram o objeto desta cláusula, ainda que não mencionadas expressamente.

**1.4.** - Os Serviços ora contratados deverão ser prestados com estrita observância à legislação pertinente ora vigente. A **CONTRATADA** assegura para todos os fins que, está apta e em conformidade legal para a execução do presente Contrato, bem como que possui todas as licenças, autorizações, registros, certidões e certificados necessários para o fornecimento do seu objeto, atendendo a todos os requisitos legais.

**1.5.** – A **CONTRATADA** declara ter ciência de que a **CONTRATANTE** exerce atividade essencial à saúde pública e que os Serviços objeto deste Contrato são essenciais ao atendimento de tal finalidade e, portanto, a **CONTRATADA** não poderá suspender a execução de suas obrigações contratuais sob qualquer hipótese.

**1.6.** - A **CONTRATADA** declara ter considerado na formação de seus preços as características do local onde serão prestados os Serviços, bem como das condições que poderão afetar o custo, o prazo e a realização dos mesmos. Declara, ainda, ter analisado detalhadamente a natureza e as condições das localidades onde os Serviços serão prestados, inclusive no que se refere às vias e rotas de acesso, dados topográficos, localização, adequação das localidades, condições ambientais locais, clima, condições meteorológicas, geológicas, infraestrutura dos locais passíveis, sendo os preços ofertados pela **CONTRATADA** suficientes para a perfeita prestação dos Serviços.

## **CLÁUSULA II - GARANTIAS E RESPONSABILIDADES**

**2.1** - Serão de integral responsabilidade da **CONTRATADA** todos os ônus e encargos trabalhistas, tributários, fundiários e previdenciários decorrentes dos Serviços objeto deste

Contrato, assumindo a **CONTRATADA**, desde já, todos os riscos de eventuais reclamações trabalhistas e/ou tributárias e/ou autuações previdenciárias que envolvam seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos, ainda que propostas contra a **CONTRATANTE** ou quaisquer terceiros, comprometendo-se a **CONTRATADA** a pedir a exclusão da lide da **CONTRATANTE**, bem como arcar com todos os custos eventualmente incorridos pela mesma em virtude das reclamações em tela.

**2.2** - Responsabiliza-se a **CONTRATADA**, também, por todas as perdas, danos e prejuízos causados por culpa e/ou dolo comprovado de seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos na execução deste Contrato, inclusive por danos causados a terceiros.

**2.3** - Caso a **CONTRATANTE** seja notificada, citada, autuada, intimada ou condenada em decorrência de quaisquer obrigações fiscais, trabalhistas, tributárias, previdenciárias ou de qualquer natureza, atribuíveis à **CONTRATADA**, ou qualquer dano ou prejuízo causado pela mesma, fica a **CONTRATANTE** desde já autorizada a reter os valores pleiteados de quaisquer pagamentos devidos à **CONTRATADA**, em decorrência deste ou de outros Contratos firmados entre as partes, bem como utilizar tais valores para compensar os custos eventualmente incorridos pela **CONTRATANTE**.

**2.4** – A comprovação do cumprimento pela **CONTRATADA** e pelos seus subcontratados dos encargos sociais e trabalhistas e todos os ônus de seu pessoal empregados para a execução dos Serviços é condição para o recebimento dos pagamentos devidos sob este Contrato pela **CONTRATADA**.

### **CLÁUSULA III - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**3.1** - Além de outras obrigações expressamente previstas neste Contrato e na legislação vigente, obriga-se a **CONTRATADA** a:

a) fornecer profissionais qualificados para a execução dos Serviços, bem como disponibilizar outros para a cobertura ou substituição dos mesmos, na hipótese de impedimento daqueles;

b) obedecer as normas de segurança e de higiene do trabalho e aos regulamentos internos da **CONTRATANTE**, inclusive para que a prestação dos Serviços ora contratados não interfira na rotina de trabalho existente dentro das dependências da **CONTRATANTE**;

c) fazer com que seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos usem uniforme adequado e estejam identificados com crachá no desenvolvimento de suas atividades, em conformidade com as normas internas da **CONTRATANTE** e incluindo no crachá a

terminologia “Secretaria de Estado da Saúde de Goiás”, bem como, os logotipos do SUS e do Hospital em conformidade com o Manual de Identidade Visual do Governo do Estado de Goiás vigente no momento da prestação dos Serviços;

d) substituir imediatamente qualquer contratado, empregado, subcontratado ou preposto que, a critério exclusivo da **CONTRATANTE**, seja considerado inadequado;

e) indicar responsável técnico para execução dos Serviços no momento em que estes forem iniciados;

f) executar os Serviços ora contratados com zelo e eficiência e de acordo com os padrões e recomendações que regem a boa técnica;

g) obedecer e fazer cumprir a legislação pertinente à prestação dos Serviços ora contratados;

h) cumprir tempestivamente o recolhimento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários e securitários de acordo com as leis vigentes, referentes aos seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos ou mesmo alocados para a execução dos Serviços objeto deste Contrato;

i) cumprir tempestivamente o recolhimento de todos os impostos, taxas e contribuições concernentes à execução dos Serviços objeto deste Contrato;

j) submeter à aprovação prévia e por escrito da **CONTRATANTE** a intenção de subcontratar, total ou parcialmente, os Serviços objetos deste Contrato;

k) prestar todas as informações e apresentar todos os relatórios solicitados pela **CONTRATANTE**, em até 5 (cinco) dias a contar da respectiva solicitação;

l) fornecer ao seu pessoal utilizado na prestação dos Serviços todo o material, ferramentas, equipamentos, insumos, EPIs e tudo o que for necessário para a completa prestação dos Serviços, sem ônus para a **CONTRATANTE**;

m) refazer ou corrigir imediatamente qualquer parte dos Serviços executados em desacordo com o estabelecido neste Contrato e na legislação vigente, ou de forma insatisfatória ou sem qualidade; e

n) manter sob sua guarda, pelo período de 5 (cinco) anos, todos os registros e documentos técnicos e contábeis relativos à execução dos Serviços prestados.

#### **CLÁUSULA IV - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**4.1** - Além de outras obrigações expressamente previstas neste instrumento, obriga-se a **CONTRATANTE** a:



- a) efetuar o pagamento das faturas apresentadas observando os prazos e condições estabelecidos neste Contrato;
- b) comunicar em tempo hábil à **CONTRATADA**, a ocorrência de fato impeditivo, suspensivo, extintivo ou modificativo à execução dos Serviços; e
- c) assegurar aos contratados, empregados, subcontratados e prepostos da **CONTRATADA** o acesso às informações e equipamentos necessários para prestação dos Serviços contratados e aos locais onde os mesmos serão executados.

## **CLÁUSULA V – PREÇOS, REAJUSTE E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**5.1.** - Pela integral execução dos Serviços será pago o preço especificado no **ITEM E do QUADRO RESUMO**.

**5.2.** - Os pagamentos serão realizados até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao da prestação dos Serviços, mediante emissão e entrega da respectiva nota fiscal e relatório mensal de atividades, e desde que o **IMED** tenha recebido do Estado de Goiás o valor do custeio/repasso correspondente ao mês em que objeto foi executado, do que a **CONTRATADA**, desde já, fica ciente e concorda.

**5.2.1** Fica estabelecido que encerrado o referido Termo de Colaboração, o contrato será automaticamente encerrado, cessando-se também o pagamento das mensalidades.

**5.3.** - O relatório mensal de atividades deverá ser enviado pela **CONTRATADA** de acordo com o previsto no Contrato para validação e deverá conter os documentos abaixo mencionados:

- a) Folha de rosto timbrada da empresa com a indicação do mês de competência;
- b) Relação pormenorizada de todas as atividades desenvolvidas com as evidências pertinentes (fotos e/ou documentos, quando aplicável);
- c) Certidões Negativas de Débito (Federal Conjunta, Trabalhista, FGTS, Estadual e Municipal), sendo aceitas certidões positivas com efeito de negativa, onde o descumprimento obstará o pagamento até a devida regularização; e
- d) Outros documentos que, oportuna e previamente, sejam solicitados pela **CONTRATANTE**.

**5.3.1.** - A **CONTRATADA**, quando aplicável, deverá manter arquivado e apresentar à **CONTRATANTE** sempre que solicitado por esta, os seguintes documentos:

- Contrato Social e últimas alterações;
- Inscrição Estadual e Municipal; e
- Registro na Junta Comercial.

**5.3.2.** - A não apresentação dos documentos acima indicados ou, se apresentados, estiverem em desacordo com as determinações legais aplicáveis, facultará à **CONTRATANTE** reter os pagamentos mensais correspondentes, até que a situação seja regularizada. Uma vez regularizada a situação, à custa e sob exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA**, as quantias que lhe forem porventura devidas serão pagas sem qualquer reajuste e/ou juros, sendo que, o prazo de vencimento para o pagamento da remuneração será automaticamente prorrogado pelo número de dias correspondente ao atraso na apresentação dos documentos.

**5.3.3.** - Caso os documentos não sejam apresentados até a data prevista para o pagamento da remuneração, o vencimento será prorrogado para 5 (cinco) dias úteis após a respectiva apresentação não existindo, nesta hipótese, qualquer atualização ou acréscimo de juros sobre o valor em aberto.

**5.4.** - Se o vencimento da contraprestação pelos Serviços prestados recair em dias de sábado, domingo ou feriados, este será prorrogado para o primeiro dia útil subsequente.

**5.5.** - Caso ocorra divergência entre quaisquer valores, o pagamento da respectiva fatura será suspenso até a data do seu esclarecimento ou de correção pela **CONTRATADA**, não existindo, nesta hipótese, qualquer atualização ou acréscimo de juros sobre o valor em aberto.

**5.6.** - Todos os pagamentos à **CONTRATADA** serão feitos por meios eletrônicos para a conta bancária especificada abaixo, ou a qualquer outra conta de sua titularidade que venha a ser posteriormente informada por escrito à **CONTRATANTE**, servindo o comprovante de transferência bancária como recibo de pagamento:

THS SERVICOS EMPRESARIAIS LIMITADA  
C.N.P.J: 07.848.719/0001-26  
BANCO ITAÚ S.A  
AGÊNCIA:4837

**5.7.** - A **CONTRATANTE** fará a retenção de todos os tributos que, por força de lei, devam ser recolhidos pela fonte pagadora.

**5.8.** - O preço mensal indicado na cláusula 5.1, acima, têm com data-base o mês de assinatura do Contrato e poderá ser reajustado anualmente mediante livre negociação entre as partes. A título meramente referencial, fica eleito como critério de reajuste o IPCA, sendo certo que, na hipótese de extinção, deverá, de comum acordo, ser eleito um outro índice de correção que melhor se adapte a este Contrato.

**5.9.** - Nos preços dos Serviços ora contratados estão compreendidos todos os custos e despesas da **CONTRATADA**, incluindo, mas não se limitando a transporte, uniforme, alimentação, tributos, taxas, pessoal e equipamentos necessários para o desenvolvimento dos Serviços contratados, ficando expressamente vedado o seu repasse para a **CONTRATANTE**.

**5.10.** - Esclarecem as partes o preço dos Serviços contratados foi estipulado por mútuo consenso, levando-se em consideração, dentre outros critérios, os custos, as despesas e os tributos devidos em decorrência direta ou indireta do presente Contrato, o período, o horário (inclusive noturno) e o ambiente em que os Serviços serão executados, como também a natureza e a complexidade do trabalho a ser desenvolvido, sendo que a **CONTRATADA** declara ter tido pleno conhecimento de tais fatores e que os considerou no preço proposto.

**5.11.** - No caso de a Secretaria de Estado de Saúde (SES/GO) atrasar o repasse de um ou mais repasse(s)/custeio(s) mensal(is), o pagamento deverá ser disponibilizado à **CONTRATADA** em até 10 (dez) dias úteis da regularização das pendências financeiras pelo Estado de Goiás, e a antes desse prazo a **CONTRATANTE** não será considerada inadimplente, não se aplicando o disposto na cláusula **5.12**, abaixo, restando vedado à **CONTRATADA** emitir duplicatas e/ou realizar protestos e cobrar tais valores, tanto por meio extrajudicial, como judicial, suspender ou rescindir o Contrato.

**5.12.** - Atrasos de pagamento por culpa exclusiva e comprovada da **CONTRATANTE** acarretarão a incidência de correção monetária pela variação do IPCA e juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, que serão calculados proporcionalmente ao número de dias em atraso. Na hipótese de o IPCA do mês de pagamento ainda não ter sido divulgado, utilizar-se-á o do mês anterior. Qualquer encargo adicional ou disposição divergente constante do Anexo I ou qualquer outro Anexo deste Contrato não será aplicável.

**5.13.** – Sem prejuízo das penalidades ou outros direitos da **CONTRATANTE** aplicáveis por força

deste Contrato ou da lei, a **CONTRATANTE** poderá efetuar a retenção ou glosa do pagamento de qualquer documento de cobrança, no todo ou em parte, nos seguintes casos:

I. Execução parcial, inexecução total ou execução defeituosa ou insatisfatória dos Serviços, até que o problema seja sanado a contento da **CONTRATANTE**;

II. Não utilização de materiais e recursos humanos exigidos para a execução do Serviço, ou utilização em qualidade ou quantidade inferior à demandada;

III. Descumprimento de obrigação relacionada ao objeto do ajuste que possa ensejar a responsabilização solidária ou subsidiária da **CONTRATANTE**, independente da sua natureza.

## **CLÁUSULA VI – FORÇA MAIOR OU CASO FORTUITO**

**6.1.** - Qualquer alegação de ocorrência de caso fortuito ou de força maior deverá ser imediatamente comunicada por escrito pela parte afetada à outra, com a devida comprovação dentro dos 5 (cinco) dias subsequentes à comunicação, sob pena de não surtir efeitos neste Contrato.

**6.2.** - Caso seja realmente necessário suspender a execução dos Serviços contratados, a **CONTRATADA** receberá sua remuneração proporcionalmente aos dias de serviço prestados até a data efetiva da suspensão.

**6.3.** - Cessado o motivo da suspensão, a parte suscitante comunicará, por escrito, tal fato à parte suscitada e os Serviços serão retomados pela **CONTRATADA** no menor tempo possível, o qual não deverá ser, em qualquer hipótese, superior a 3 (três) dias, a contar da data da aludida comunicação.

**6.4.** - A data de retomada dos Serviços será o marco inicial para fins de cálculo da remuneração da **CONTRATADA** no mês em que os Serviços forem retomados.

**6.5.** - Não serão considerados como eventos de caso fortuito ou força maior, dentre outros, as condições climáticas normais do local de prestação dos serviços, greves ou perturbações envolvendo o pessoal da **CONTRATADA** ou variação cambial.

## **CLÁUSULA VII – CONFIDENCIALIDADE**

**7.1.** - A **CONTRATADA** se obriga a não revelar Informações Confidenciais a qualquer pessoa natural ou jurídica, sem o prévio consentimento por escrito da **CONTRATANTE**. Entende-se por Informação(ões) Confidencial(is) toda e qualquer informação e dados revelados pela

**CONTRATANTE** à **CONTRATADA** sejam eles desenvolvidos a qualquer momento pela **CONTRATANTE**, sejam estes dados ou informações sejam eles de natureza técnica, comercial, jurídica, ou ainda, de natureza diversa, incluindo, sem limitação, segredos comerciais, know-how, e informações relacionadas com tecnologia, clientes, projetos, memórias de cálculo, desenhos, planos comerciais, atividades promocionais ou de comercialização, econômicas, financeiras e outras, que não sejam de conhecimento público, bem como todo e qualquer dado pessoal ou informação sensível de pacientes da **CONTRATANTE**. A **CONTRATADA**, por si e por seus subcontratados, empregados, diretores e representantes (todos, conjuntamente, “REPRESENTANTES”), obriga-se a não usar, nem permitir que seus REPRESENTANTES usem, revelem, divulguem, copiem, reproduzam, divulguem, publiquem ou circulem a Informação Confidencial, a menos que exclusivamente para a execução do Contrato.

**7.2.** - Caso se solicite ou exija que a **CONTRATADA**, por interrogatório, intimação ou processo legal semelhante, revele qualquer das Informações Confidenciais, a **CONTRATADA** concorda em imediatamente comunicar à **CONTRATANTE** por escrito sobre cada uma das referidas solicitações/exigências, tanto quanto possível, para que a **CONTRATANTE** possa obter medida cautelar, renunciar ao cumprimento por parte da **CONTRATADA** das disposições desta Cláusula, ou ambos. Se, na falta de entrada de medida cautelar ou recebimento da renúncia, a **CONTRATADA**, na opinião de seu advogado, seja legalmente compelida a revelar as Informações Confidenciais, a **CONTRATADA** poderá divulgar as Informações Confidenciais às pessoas e ao limite exigido, sem as responsabilidades aqui estipuladas, e envidará os melhores esforços para que todas as Informações Confidenciais assim divulgadas recebam tratamento confidencial.

**7.3.** - A violação à obrigação de confidencialidade estabelecida nesta cláusula, quer pela **CONTRATADA**, quer pelos seus REPRESENTANTES, sujeitará a **CONTRATADA** a reparar integralmente as perdas e danos diretos causados à **CONTRATANTE**.

**7.4.** - A **CONTRATADA** se obriga a devolver imediatamente todo material tangível que contenha Informações Confidenciais, incluindo, sem limitação, todos os resumos, cópias de documentos e trechos de informações, disquetes ou outra forma de suporte físico que possa conter qualquer Informação Confidencial, tão logo ocorra término ou a rescisão do Contrato.

**7.5.** - A **CONTRATADA** não fará qualquer comunicado, tirará ou divulgará quaisquer fotografias (exceto para as suas finalidades operacionais internas para a fabricação e montagem dos bens), ou revelará quaisquer informações relativas a este CONTRATO ou com respeito ao seu relacionamento comercial com a **CONTRATANTE** ou qualquer Afiliada da **CONTRATANTE**, a qualquer terceira parte, exceto como exigido pela Lei aplicável, sem o consentimento prévio por escrito da **CONTRATANTE** ou de suas Afiliadas. A **CONTRATADA** concorda que, sem consentimento prévio por escrito da **CONTRATANTE** ou suas Afiliadas, como aplicável, não (a) utilizará em propagandas, comunicados ou de outra forma, o nome, nome comercial, o logotipo da marca comercial ou simulação destes, da **CONTRATANTE** ou de suas Afiliadas ou o nome de qualquer executivo ou colaborador da **CONTRATANTE** ou de

suas Afiliadas ou (b) declarará, direta ou indiretamente, que qualquer produto ou serviço fornecido pela **CONTRATADA** foi aprovado ou endossado pela **CONTRATANTE** ou suas Afiliadas. Entende-se por Afiliada qualquer empresa controlada por, controladora de ou sob controle comum à **CONTRATANTE**.

**7.6.** - A **CONTRATADA**, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, em especial com relação a todo e qualquer dado pessoal ou informação sensível de pacientes da **CONTRATANTE**. A **CONTRATADA** obriga-se a comunicar por escrito a **CONTRATANTE** sobre qualquer infração à referida legislação, inclusive sobre o vazamento de dados.

**7.7.** – Esta obrigação subsistirá por tempo indeterminado, desde a assinatura do presente instrumento e após o seu encerramento por qualquer motivo.

## **CLÁUSULA VIII – DURAÇÃO E RESCISÃO**

**8.1.** - O presente Contrato entrará em vigor na data de sua assinatura pelo prazo definido no **ITEM C do QUADRO RESUMO**.

**8.2.** - O presente contrato poderá ser encerrado, nas seguintes hipóteses:

- a) por mútuo acordo, mediante assinatura de termo de encerramento correspondente;
- b) por conveniência, pela **CONTRATANTE**, a qualquer momento, por aviso prévio, de qualquer forma escrita à **CONTRATADA**, com antecedência de 30 (trinta) dias, sem que seja devido o pagamento de quaisquer multas e/ou indenizações de qualquer espécie; e
- c) em razão de evento de força maior, devidamente comprovada, que impeça o cumprimento por quaisquer das Partes de suas obrigações contratuais e que perdure por mais de 60 (sessenta) dias.

**8.3.** - A **CONTRATANTE** poderá rescindir o presente Contrato mediante simples comunicação escrita nos seguintes casos:

- a) Inadimplemento ou o cumprimento irregular de qualquer cláusula contratual, por parte da **CONTRATADA**;
- b) Pedido de falência ou de recuperação judicial da **CONTRATADA**;

c) Imperícia, atraso, negligência, imprudência, dolo, má-fé ou desídia da **CONTRATADA**, na execução do Contrato;

d) Caso as multas aplicadas à **CONTRATADA** superem 20% (vinte por cento) do valor total do Contrato; ou

e) Por ordem da Secretaria de Estado de Saúde.

**8.4.** - Na hipótese de rescisão contratual motivada por culpa ou dolo da **CONTRATADA** na prestação dos Serviços ora contratados, deverá esta, após devidamente notificada, encerrar imediatamente suas atividades e pagar multa equivalente a 30% (trinta por cento) do valor total anual do Contrato, sem prejuízo de cobrança de indenização por perdas e danos que eventualmente vier a causar à **CONTRATANTE**.

**8.5.** – Em qualquer uma das hipóteses de encerramento contratual será devido à **CONTRATADA** o pagamento da contraprestação proporcional aos dias em que forem efetivamente prestados os Serviços contratados, desde que aceitos e aprovados pela **CONTRATANTE**, descontado o valor das multas, indenizações e retenções eventualmente aplicadas nos termos do Contrato.

**8.6.** – A **CONTRATADA** tem pleno conhecimento de que foi contratada para prestar os Serviços objeto deste Contrato à **CONTRATANTE**, uma vez que este é o responsável pelo gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde constantes no Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES), razão pela qual concorda, desde já, que caso o ente público intervenha, rescinda ou encerre, por qualquer modo ou razão, o referido contrato, o presente instrumento restará automaticamente rescindido, não fazendo a **CONTRATADA** jus a qualquer tipo de indenização, qualquer que seja sua natureza, renunciando expressamente ao direito de pleitear quaisquer valores indenizatórios, em qualquer tempo ou jurisdição, junto à **CONTRATANTE**.

## **CLÁUSULA IX – DAS PENALIDADES POR DESCUMPRIMENTO LEGAL E CONTRATUAL**

**9.1.** - Sem prejuízo do direito da **CONTRATANTE** de rescindir o Contrato, a ineficiência na prestação dos Serviços ora contratados, como também o descumprimento da legislação e/ou das obrigações e demais disposições assumidas pela **CONTRATADA** no presente Contrato e em seus anexos, ensejará a imediata obrigatoriedade desta em, dependendo de cada caso, refazer os Serviços de acordo com os padrões de qualidade aplicáveis e atender as disposições e obrigações contratuais previstas, sendo facultado à **CONTRATANTE**:

- a) reter imediata e integralmente o pagamento da contraprestação prevista na Cláusula V deste Instrumento até que a(s) pendência(s) seja(m) devida e satisfatoriamente regularizada(s); e/ou
- b) contratar terceiros para executar ou refazer os Serviços, obrigando-se a **CONTRATADA** a arcar com os custos decorrentes. Neste caso, o serviço executado por terceiros não excluirá ou reduzirá as obrigações, responsabilidades e garantias atribuídas à **CONTRATADA** previstos neste Contrato e/ou na lei; e/ou
- c) aplicar multa prevista no **ITEM G.1 do QUADRO RESUMO**.

**9.2.** – Em caso de atraso na prestação dos Serviços será devida pela **CONTRATADA** multa prevista no **ITEM G.2 do QUADRO RESUMO**.

**9.3.** – O valor de quaisquer penalidades ou indenizações cobradas da **CONTRATADA** por força deste Contrato poderá, a critério da **CONTRATANTE**, ser descontado na fatura do próximo mês. Caso não haja saldo contratual suficiente para pagamento da multa, a mesma poderá ser descontada dos pagamentos devidos à **CONTRATADA** por força de outros contratos ou obrigações existentes entre as Partes ou cobrada judicial ou extrajudicialmente pela **CONTRATANTE**.

**9.4.** – As penalidades estabelecidas neste Contrato, tem caráter não compensatório, não isentando a **CONTRATADA** do cumprimento de quaisquer de suas obrigações previstas neste Contrato, especialmente a de prestar os Serviços em atraso, bem como da obrigação de indenizar integralmente a **CONTRATANTE** pelos danos decorrentes do atraso, e não prejudica o direito da **CONTRATANTE** de, a seu critério, dar por rescindido o presente Contrato.

## **CLÁUSULA X – ANTICORRUPÇÃO E ÉTICA NOS NEGÓCIOS**

**10.1.** - A **CONTRATADA** declara estar em conformidade com todas as leis, normas, regulamentos e requisitos vigentes, relacionados com o presente contrato. Assim, compromete-se a cumprir rigorosamente e de boa fé a legislação aplicável aos serviços que deve executar nos termos deste Contrato.

**10.2.** - Em virtude deste Contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, conceder ou comprometer-se a ceder a ninguém, ou receber ou concordar em aceitar de qualquer pessoa, qualquer pagamento, doação, compensação, benefícios ou vantagens financeiras ou não financeiras de qualquer espécie que configurem uma prática ilegal ou corrupção, por conta



própria ou de terceiros, direta ou indiretamente, devendo-se assegurar o cumprimento desta obrigação por parte de seus representantes e colaboradores.

**10.3.** - As partes declaram e garantem categoricamente durante toda a vigência do presente Contrato, inclusive no que tange aos seus colaboradores e parceiros utilizados na execução dos serviços a serem prestados, a ausência de situações que constituam ou possam constituir um conflito de interesses em relação às atividades e serviços que devem ser realizados de acordo com este documento legal. Da mesma forma, as partes comprometem-se a adotar, durante toda a validade do contrato, uma conduta apropriada para evitar o surgimento de qualquer situação que possa gerar um conflito de interesses. No caso de haver qualquer situação suscetível a levar a um conflito de interesses, as partes comprometem-se a informar imediatamente por escrito a outra parte e a ater-se nas indicações que podem porventura ser assinaladas a esse respeito. O não cumprimento pelas partes das obrigações assumidas sob esta cláusula, facultará a outra Parte a possibilidade de rescindir o contrato imediatamente, sem prejuízo das demais ações e direitos que possam ser exercidos de acordo com a lei.

**10.4.** - As partes declaram e garantem que cumprem e cumprirão, durante todo o prazo de vigência do presente contrato, todas as leis de anticorrupção, federais, estaduais e locais, decretos, códigos, regulamentações, regras, políticas e procedimentos de qualquer governo ou outra autoridade competente, em especial os preceitos decorrentes da Lei nº 12.846/13 (“Lei de Anticorrupção Brasileira”), abstendo-se de praticar qualquer ato de corrupção (“Atos de Corrupção”) e/ou qualquer ato que seja lesivo à administração pública, nacional ou estrangeira, que atente contra o patrimônio público nacional ou estrangeiro, contra princípios da administração pública ou contra os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

**10.5.** - Na hipótese de qualquer das partes violar qualquer disposição prevista nesta cláusula e/ou qualquer obrigação legal prevista na legislação, operar-se-á a rescisão motivada, com aplicação das penalidades e indenizações por perdas e danos cabíveis.

**10.6.** – A **CONTRATADA** declara que não contrata, direta ou indiretamente, mão de obra infantil (salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos), escrava, em condições análogas à escravidão, ou em condições sub-humanas, devendo garantir a seus empregados e contratados remuneração compatível com o piso salarial da categoria, jornadas e condições de trabalho conforme legislação em vigor.

**10.7.** – As partes obrigam-se a agir de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa-fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

## **CLÁUSULA XI – CESSÃO E SUBCONTRATAÇÃO**

**11.1.** - As partes não poderão ceder, transferir ou, de qualquer modo, alienar direitos e obrigações decorrentes do presente Contrato, sem um acordo prévio e expresso uma da outra.

**11.2.** - A **CONTRATADA** obriga-se a utilizar para a execução do presente Contrato apenas empregados por ele direta e regularmente registrados em regime CLT, sendo que a subcontratação ou utilização de outras empresas ou pessoas jurídicas na execução das atividades decorrentes do Contrato apenas será admitida mediante prévia e expressa anuência da **CONTRATANTE** caso a caso, mantida a total responsabilidade da **CONTRATADA** em relação aos Serviços subcontratados, nos termos do presente Contrato, e sem que isto importe em qualquer adicional de custo e responsabilidade para a **CONTRATANTE**.

**11.3.** - A responsabilidade da **CONTRATADA** pela parcela dos Serviços executados por seus subcontratados é integral, abrangendo inclusive as obrigações por acidentes gerais e do trabalho e os encargos e deveres de natureza trabalhista, previdenciária e tributária.

**11.4.** - Nenhuma cláusula contida nos contratos entre a **CONTRATADA** e seus subcontratados se constituirá em vínculo contratual entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** ou entre a **CONTRATANTE** e os subcontratados da **CONTRATADA**. Os contatos da **CONTRATANTE**, comunicações e entendimentos, relativos ao objeto deste Contrato, serão sempre levados a efeito entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**, cabendo a esta retransmitir, quando necessário, ordens e/ou instruções aos seus subcontratados.

## **CLÁUSULA XII – DA SUPERVISÃO E INSPEÇÃO**

**12.1.** - A **CONTRATANTE** exercerá a qualquer tempo, ampla fiscalização em todas as frentes de Serviços, podendo qualquer pessoa autorizada por ela, ter livre acesso ao local em que estão sendo executados, podendo sustar os trabalhos sem prévio aviso, sempre que justificadamente considerar a medida necessária, bem como, acompanhar a realização de medições e ensaios no campo de quaisquer materiais, equipamentos ou serviços.

**12.2.** - A ação de fiscalização e controle não diminui ou atenua a responsabilidade das **CONTRATADA** quanto à perfeita execução dos Serviços. A **CONTRATADA** não poderá acrescentar aos prazos de execução dos serviços, o tempo para fiscalização e inspeção.

**12.3.** - Em caso de ocorrência de falhas reiteradas comprovadas na execução dos Serviços, a **CONTRATANTE** poderá exigir a contratação de pessoal especializado ou a obtenção de equipamentos especiais para perfeita execução dos mesmos. Os custos relativos à contratação de pessoal especializado ou a obtenção de equipamentos especiais serão pagos pela **CONTRATADA**.

### CLÁUSULA XIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

**13.1.** - O presente instrumento e seus anexos, como também eventuais aditamentos, consubstanciam toda a relação contratual, ficando sem validade e eficácia quaisquer outros documentos aqui não mencionados e já assinados, correspondências já trocadas, bem como quaisquer compromissos e/ou acordos pretéritos, presentes e/ou futuros, os quais não obrigarão as partes, sendo considerados inexistentes para os fins deste Contrato caso não seja observada a formalidade contida no item a seguir.

**13.2.** - Quaisquer alterações a este Contrato somente terão validade e eficácia se forem devidamente formalizadas através de aditamento contratual firmado pelos representantes legais das partes.

**13.3.** - Se qualquer uma das disposições do presente Contrato for ou vier a tornar-se nula ou revelar-se omissa, inválida ou ineficaz não afetará ou prejudicará as cláusulas remanescentes, que continuarão com vigência, validade e eficácia plenas. Na ocorrência desta hipótese, as partes farão todos os esforços possíveis para substituir a cláusula tida como nula, omissa, inválida ou ineficaz por outra, sem vícios, a fim de que produza os mesmos efeitos jurídicos, econômicos e financeiros que a cláusula original produziria, ou, caso isso não seja possível, para que produza os efeitos mais próximos possíveis daqueles inicialmente vislumbrados.

**13.4.** - O não exercício dos direitos previstos no presente Contrato, em especial no tocante à rescisão contratual e obtenção da reparação de danos eventualmente causados, bem como a tolerância, de uma parte com a outra, quanto ao descumprimento de qualquer uma das obrigações assumidas neste instrumento ou em seus anexos, serão considerados atos de mera liberalidade, não resultando em modificação, novação ou renúncia das disposições contratuais ora estabelecidas, podendo as partes exercer, a qualquer tempo, seus direitos.

**13.5.** - Em hipótese alguma o silêncio das partes será interpretado como consentimento tácito.

**13.6.** - Declaram as partes que toda e qualquer notificação, se necessário, poderá ser enviada e recebida eletronicamente aos contatos mencionados no **ITEM H do QUADRO RESUMO**.

**13.7.** - O presente instrumento e seus anexos obrigam não só as partes, como também seus eventuais sucessores a qualquer título.

**13.8.** - Tendo em vista o caráter do presente Contrato – prestação de Serviços – a **CONTRATADA** declara ser contribuinte do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN).

**13.9.** - O presente instrumento não estabelece entre as partes nenhuma forma de sociedade, agência, associação, consórcio, ou responsabilidade solidária.

**13.10.** - Para a prestação dos Serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATADA** declara que se acha devidamente habilitada e registrada nos órgãos competentes quando legalmente requerido.

#### **CLÁUSULA XIV – FORO**

**14.1.** - Fica eleito, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja, o foro de São Paulo, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer controvérsias resultantes da interpretação e/ou execução do presente Contrato.

E, por estarem justas e contratadas, firmam as partes e 02 (duas) testemunhas o presente Contrato para que produza os efeitos jurídicos desejados, reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200/2001 em vigor no Brasil. Sendo certo que na (i) na hipótese de assinatura eletrônica deste Contrato, ele produzirá efeitos a partir da abaixo mencionada, independentemente da data em que for assinado pelas partes; e (ii) na hipótese de assinatura na forma física, o Contrato deverá ser entregue em 02 (duas) vias em igual teor e valor.

Formosa, 20 de setembro de 2024.

NEIFER  
BORGES  
FRANCA:32560  
071800

Assinado de forma digital por NEIFER BORGES  
FRANCA:32560071800  
Dados: 2024.09.24 10:32:16 -03'00'

---

**CONTRATADA: THS SERVIÇOS EMPRESARIAIS LIMITADA**

ANDRE FONSECA  
LEME:2752261985  
8

Assinado de forma digital por ANDRE FONSECA  
LEME:27522619858

---

**CONTRATANTE: IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

2) \_\_\_\_\_

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

## **ANEXO I – CARTA CONVITE**



Processo Seletivo	<b>CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RECERTIFICAÇÃO DE ACREDITAÇÃO NO MÉTODO DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA.</b>
01/2024	

Formosa/GO, 13 de setembro de 2024.

O **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, vem convidá-los a submeter suas propostas, para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA**, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde (Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES).

**Objeto da Proposta:** Prestação de Serviços de Recertificação de Acreditação no método da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

As Propostas deverão ser submetidas no modelo do Anexo I a este Convite. Ao submeter a Proposta, entende-se que o ofertante aceitou todos os termos e condições abaixo estabelecidas, sendo desconsideradas quaisquer condições divergentes, podendo também o IMED, a seu critério, desclassificar a Proposta:



### 1) Termos e Condições da Oferta:

<b>Prazo para envio das Propostas:</b>	<b>18 de setembro de 2024.</b>
<b>Validade da Proposta:</b>	90 dias a contar da entrega.
<b>E-mail para envio da Proposta:</b>	<a href="mailto:rfp@poli-formosa.org.br">rfp@poli-formosa.org.br</a>
<b>Critério de Julgamento:</b>	<b>Menor preço <u>total</u>.</b>

### 2) Termos e Condições do Contrato:

<b>Local de Prestação dos Serviços:</b>	<b>Policlínica Estadual da Região do Entorno</b> Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa, CEP: 73.805-201
<b>Prazo estimado de vigência:</b>	Até a data de término prevista para o Termo de Colaboração n° 88/2024 – SES I firmado entre IMED e SES / GO ( <b>06/01/2025</b> ).
<b>Condição de Pagamento:</b>	Até o dia 15 (quinze) do mês posterior ao da prestação dos serviços.

### 3) Documentos a serem anexados à Proposta:

- I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;
- III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;
- IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento;
- V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);
- VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

- VII. regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;
- VIII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual de Goiás, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais;
- IX. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais;
- X. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS - CRF;
- XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho;
- XII. Proposta técnica ou documentos que descreva a empresa, sua experiência e método de trabalho; e
- XIII. Documento que comprove experiência na execução do objeto deste Convite, evidenciando que a proponente já realizou a certificação ou recertificação ONA em ao menos uma unidade hospitalar ou policlínica.

#### 4) Descrição do Serviço:

Consiste no acompanhamento dos conceitos de gestão para excelência para posterior Acreditação, na metodologia da Organização Nacional de Acreditação-ONA. A prestação dos serviços contempla as seguintes atividades:

- RECERTIFICAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO ONA;
- VISITAS DE MANUTENÇÃO DE RECERTIFICAÇÃO.





A empresa deverá desenvolver os elementos necessários para a adequada prestação do serviço que ora se pretende contratar.

#### 4.1. Especificações:

Para efeitos de entendimento do serviço a ser executado, fazem-se necessárias as seguintes definições:

A metodologia a ser aplicada parte da avaliação e análise crítica que determina seu processo de gestão utilizado pela organização avaliada está em conformidade com os padrões definidos no instrumento de avaliação (MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA ONA – VERSÃO ANO 2022/2026).

No Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para diagnóstico, certificação e manutenção é de responsabilidade das IAC-Instituições Acreditoras credenciadas pela ONA.

Importante frisar que o processo de acreditação é “voluntário”, sigiloso e periódico.

#### 4.2. Formalização de entrega dos serviços:

O processo de recertificação deverá ser executado de **22 a 25 de outubro de 2024**, impreterivelmente. A proponente deverá ter disponibilidade para prestar os serviços de recertificação dentro desse período.

As auditorias podem ocorrer através de visitas presenciais ou conferências remotas/online, devendo ser previamente estabelecido um período mínimo e máximo para a ocorrência de cada uma delas, assim como a modalidade solicitada/proposta.

A avaliação ocorrerá com base na metodologia de avaliação de requisitos através do Manual Brasileiro de Acreditação – ONA, com definição de conformidade e não conformidade com os padrões SBA/ONA, além de apontamentos dos pontos fortes apresentados pela instituição e oportunidades de melhoria sugeridas pela



CONTRATADA nos serviços prestados pela CONTRATANTE.

#### 4.3. Do prazo para execução do serviço:

O prazo máximo previsto para a recertificação será **25 de outubro de 2024, impreterivelmente.**

As visitas de manutenção da recertificação ocorrerão enquanto estiver vigente o Termo de Colaboração nº 88/2024 – SES, firmado entre IMED e SES / GO (06/01/2025). Encerrado o referido Termo de Colaboração, o contrato de serviços de recertificação será automaticamente encerrado, cessando-se também o pagamento das mensalidades.

#### 4.4. Preço:

A proponente deverá ofertar seus preços da seguinte forma:

- a) Preço total para a recertificação (dividido em 02 parcelas mensais);
- b) Preço total para a manutenção da recertificação (dividido em 24 parcelas mensais).

Para fins de julgamento, será considerada vencedora a proponente que apresentar o menor preço total, que consistirá na somatória do preço total para a recertificação e do preço total da manutenção.

No preço ofertado deverão estar incluídos todos os valores envolvidos, tais como, **material de apoio, despesas de viagem e hospedagem**, impostos e demais despesas administrativas, para a prestação dos serviços. **Será desclassificada a proposta que não cumprir com este requisito.**

#### 4.5. Do pagamento da contraprestação:

O pagamento pela recertificação será realizado em 02 (duas) parcelas, sendo a



**FORMOSA**  
Policlínica  
Estadual da  
Região do Entorno

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



primeira paga até o dia 15 do mês subsequente a conclusão dos serviços, e a segunda até o dia 15 do mês seguinte, mediante emissão e entrega da respectiva nota fiscal e relatório de atividades.

O preço total da manutenção será pago em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais. Os pagamentos das mensalidades de manutenção serão realizados até o dia 15 de cada mês, desde que a nota fiscal seja emitida com no mínimo 05 (cinco) dias úteis de antecedência. As mensalidades serão pagas somente enquanto estiver vigente o Termo de Colaboração entre Imed e SES-GO e o contrato com a contratada. Encerrado o contrato, será também encerrado o pagamento das parcelas.

Os pagamentos estão condicionados ao recebimento pelo IMED do repasse pelo Estado de Goiás do valor do custeio/repasse correspondente ao mês do pagamento, do que o proponente, desde já, fica ciente e concorda.

Atenciosamente,

Equipe do Processo Seletivo da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa



## ANEXO I

### PROPOSTA DE PREÇOS

AO

**IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento**

Prezados Senhores,

Vimos pela presente apresentar nossa Proposta para atender ao processo seletivo emergencial para a prestação de serviços de **Recertificação de Acreditação no método da Organização Nacional de Acreditação – ONA**, voltado para dar suporte às atividades de gestão pelo IMED junto à Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, em atendimento à Carta Convite 01/2024.

#### A - DADOS DO FORNECEDOR

Razão Social:	
CNPJ/CPF:	
Inscrição Estadual:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	
Contato:	
Dados Bancários:	

#### B – PROPOSTA DE PREÇOS

Descrição Detalhada do Serviço:



	Valor total	Número de parcelas	Valor da parcela
Recertificação		02	
Manutenção		24	
Valor total da Proposta			

A validade da proposta é de **90 (noventa)** dias a contar de sua apresentação.

O preço ofertado inclui todos os custos e despesas diretos ou indiretos inerentes à completa execução do objeto, incluindo custos de pessoal, encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, impostos e tributos de qualquer natureza.

O proponente declara aceitar e cumprir com todos os requisitos da Carta Convite.

Local e data.

NEIFER  
BORGES  
FRANCA:32560071800  
60071800

Assinado de forma  
digital por NEIFER  
BORGES  
FRANCA:32560071800  
Dados: 2024.09.24  
10:30:32 -03'00'

Representante Legal

## **ANEXO II – PROPOSTA COMERCIAL**



IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - POSSE

Prezados Senhores,

Vimos pela presente apresentar nossa Proposta para atender ao processo seletivo emergencial para a prestação de serviços de Recertificação de Acreditação no método da Organização Nacional de Acreditação – ONA, voltado para dar suporte às atividades de gestão pelo IMED junto à Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, em atendimento à Carta Convite 01/2024.

A - DADOS DO FORNECEDOR
Razão Social: THS SERVICOS EMPRESARIAIS LIMITADA
CNPJ/CPF: 07.848.719/0001-26
Inscrição Estadual: isenta
Endereço: Avenida Fagundes Filho, 145 - Cj.32 – Vila Monte Alegre - São Paulo – SP CEP: 04.304-010 - Brasil
Telefone: (11) 2628-6095
E-mail: saude@qmsbrasil.com.br /
Contato: Greison Moura
Dados Bancários: Banco Itau Agência 4837 Conta 99352 07.848.719/0001-26





## B – PROPOSTA DE PREÇOS

Descrição Detalhada do Serviço:

- RECERTIFICAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO ONA
- VISITAS DE MANUTENÇÃO DE RECERTIFICAÇÃO

<b>Avaliação de acreditação</b>	<b>Execução em 02 dias de trabalho sendo:</b> <b>01 Avaliador Líder</b> <b>01 Avaliador</b>
Visitas de manutenção	Execução em 01 dia de trabalho sendo: 01 Avaliador Líder 01 Avaliador

	Valor total	Número de parcelas	Valor da parcela
Recertificação	11.360,00	2	5.680,00
Manutenção	12.360,00	24	515,00
Valor total da proposta	23.720,00		

A validade da proposta é de 90 (noventa) dias a contar de sua apresentação.

O preço ofertado inclui todos os custos e despesas diretos ou indiretos inerentes à completa execução do objeto, incluindo custos de pessoal, encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, impostos e tributos de qualquer natureza.

O proponente declara aceitar e cumprir com todos os requisitos da Carta Convite.

segunda-feira, 16 de setembro de 2024

Representante Legal





## **ANEXO III – PROPOSTA TÉCNICA**

**Q M S**

**CERTIFICATION**

**MAIS QUE UMA  
CERTIFICADORA,  
SEU VERDADEIRO  
PARCEIRO DE NEGÓCIOS.**

A QMS é um organismo de certificação de origem Australiana com atuação global, atualmente presente em **mais de 30 países** atuando especificamente com foco em certificação de sistemas de gestão e treinamentos de normas aplicáveis.



MISSÃO:

# CONSTRUIR UMA SOCIEDADE MAIS FORTE ATRAVÉS DAS CERTIFICAÇÕES COMO ESTAMOS FAZENDO?



## ACREDITAÇÃO ONA

Agregando e credibilidade as empresas.



## CONTEÚDO

2 blogs: **QMS Brasil** e **Antissuborno**, além de e-books e webinars.



## YOUTUBE

Canal voltado 100% para sistemas de gestão.



## EVENTOS

Organizamos e realizamos o **QMS Insights** e a **Anticorruption Week**.



## CURSOS

A Q Academy é a unidade de treinamentos da QMS Brasil.

## PROPOSTA **TÉCNICA**

A proposta em questão, trata-se da **avaliação do sistema de gestão ONA**, com o propósito de certificá-lo e, assim, garantir a melhoria contínua e amadurecimento do sistema de gestão.

A **QMS Brasil**, possui vasta experiência no âmbito da acreditação da norma ONA.



# PROPOSTA TÉCNICA

Nossa metodologia avalia empresas de diversos portes e segmentos de acordo com o contexto organizacional nos âmbitos previstos pela norma, sendo:



1. Foco no cliente



2. Liderança



3. Engajamento de pessoas



4. Abordagem de processo



5. Melhoria



6. Tomada de decisão baseada em evidência



7. Gestão de relacionamento

**Destacamos também a qualidade dos nossos auditores, que são devidamente treinados e capacitados para realizarem as avaliações com precisão e coerência.**



## Benefícios



Competitividade: um passo a frente no mercado com mais credibilidade e transparência

Maior qualidade para o paciente: mais segurança e melhoria contínua no atendimento

Melhoria de processos: ferramenta que contribui para potencialização do desempenho

Fortalecimento da gestão: mapeamento de riscos, redução de retrabalho e otimização de recursos





## Introdução e Generalidades ONA



A Acreditação ONA é a única no país com certificações em diferentes níveis, o que permite avaliar a melhoria contínua na gestão e nos processos das organizações de saúde.

A Acreditação ONA é baseada numa metodologia de avaliação com requisitos pré-definidos, que atendem a padrões internacionais de qualidade e segurança em saúde. O manual de acreditação ONA é reconhecido pela ISQua (Sociedade Internacional pela Qualidade no Cuidado à Saúde, na sigla em inglês), instituição parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que tem entre seus membros especialistas e organizações de saúde de mais de 100 países.

# CRONOGRAMA



**1** Aprovação da proposta comercial e assinatura do contrato.

**2** Agendamento da auditoria: Em até 48h úteis após a assinatura do contrato.

**3** Diagnóstico organizacional (opcional).

**4** Auditoria de Acreditação: 4 HDS realizado em 2 dias de trabalho, sendo 1 Avaliador Líder e 1 avaliador

**5** Emissão do certificado: Em até 60 dias corridos após a conclusão da auditoria

**6** 1 ° Auditoria de manutenção: 02 HDS realizado em 1 dia de trabalho, sendo 1 Avaliador Líder e 1 avaliador

**7** Atualização do certificado: 30 dias corridos após a conclusão da auditoria

**8** 2 ° Auditoria de manutenção: 02 HDS realizado em 1 dia de trabalho, sendo 1 Avaliador Líder e 1 avaliador

**9** Atualização do certificado: 30 dias corridos após a conclusão da auditoria

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a vertical black line with a red arrowhead pointing to the right.

## Auditoria de Acreditação

Destinada às Organização Prestadora de Serviços de Saúde, aos Serviços para a Saúde e Avaliadores, por meio da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e do Manual Brasileiro de Acreditação específico.

Para as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) a avaliação pode resultar em: Acreditado com Excelência (Nível 3), Acreditado Pleno (Nível 2), Acreditado (Nível 1) ou Não Acreditado.



## **Nível 1 - Acreditado**

A organização de saúde cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA. São avaliadas todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

Certificado válido por dois anos.



## Nível 2 - Acreditado Pleno

A organização precisa atender a dois critérios:

- 1) cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de qualidade e segurança;
- 2) cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.

Certificado válido por dois anos.



## Nível 3 - Acreditado com Excelência

A organização precisa atender a três critérios:

- 1) cumprir ou superar, em 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança;
- 2) cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de gestão integrada;
- 3) cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, demonstrando uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Certificado válido por três anos.



# AUDITORIA DE MANUTENÇÃO



A organização de saúde acreditada, seja na condição de Acreditado, Acreditado Pleno ou Acreditado com Excelência será submetida obrigatoriamente a avaliação de manutenção ordinária, que devem ocorrer dentro dos intervalos definidos abaixo:

Nível 1 - Acreditado e Nível 2 - Acreditado Pleno:

- 1ª visita de manutenção ordinária: 08 (oito) meses contados a partir da data de homologação da Acreditação.
- 2ª visita de manutenção ordinária: 16 (dezesesseis) meses contados a partir da data de homologação da Acreditação.

Nível 3 - Acreditado com Excelência:

- o 1ª visita de manutenção ordinária: 01 (um) ano contado a partir da data de homologação da Acreditação.
- o 2ª visita de manutenção ordinária: 02 (anos) anos contados a partir da data de homologação da Acreditação.



## REACREDITAÇÃO



É o processo de avaliação realizado após o término do período de validade da certificação conferindo continuidade à condição de acreditado. O resultado será independente da certificação anterior, e é obtido após um novo ciclo de avaliação que envolve todos os procedimentos adotados anteriormente.





## Sistema de Medição para a Acreditação

O método de avaliação para o processo de acreditação tem como objetivo ser mais claro e assertivo, visando a melhoria contínua sistêmica das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS).

A avaliação é baseada no Manual Brasileiro de Acreditação específico, que é dividido em seções e subseções, compostas por requisitos que poderão ser classificados com uma das opções abaixo:

S: Supera: Evidências apresentadas superam o esperado para o atendimento ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.

C: Conforme: Evidências apresentadas atendem ao requisito, em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.



## Sistema de Medição para a Acreditação

PC: Parcial Conforme: Evidências apresentadas atendem parcialmente ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.

NC: Não Conforme: Ausência de evidência para atendimento ao requisito ou evidências apresentadas não atendem ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.



## **Parâmetros Mínimos para a Definição de Tempo de Visita e Equipe de Avaliadores**





Para realizar o processo de avaliação para a acreditação de qualquer Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS), será necessária uma equipe de avaliadores formada por no mínimo dois membros, sendo um avaliador líder com experiência em avaliação e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e um avaliador com competência compatível com as características e complexidade do serviço.

O avaliador líder e os demais avaliadores definidos para a equipe devem estar presentes durante todo o período de visita, independente do formato da avaliação (remota, híbrida ou presencial).

As competências do avaliador designado para avaliar um determinado processo da organização devem ser compatíveis com as características deste processo. Caso necessário, podem ser incluídos especialistas na equipe de avaliadores.

# QMS CERTIFICATION

*Fortalecer as empresas e a sociedade  
por meio das certificações.*

 Avenida Fagundes Filho, 145 - Conj. 31/32 - Vila Monte Alegre - São Paulo / SP  
 (11) 2628-6095  
 [comercial@qmsbrasil.com.br](mailto:comercial@qmsbrasil.com.br)  
 [www.qmsbrasil.com.br](http://www.qmsbrasil.com.br)