

**TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO N 01/2020**

**Processo Origem nº. 1780285/2019**

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO CELEBRADO EM 12/12/2019 ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CAMPINAS – AME CAMPINAS.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede nesta cidade à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n. 188, neste ato representada pelo seu **Secretário de Estado da Saúde**, **Dr. José Henrique Germann Ferreira**, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade R.G. n. 3.966.500-8, CPF n. 672.438.518-00, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca, qualificada como Organização Social de Saúde, com CNPJ/MF 47.969.134/0001-89, inscrito no CREMESP sob nº 904493, com endereço à Praça Dom Pedro II, 1826 – Franca/SP e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Franca/SP – sob nº 64.081, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu Presidente Tony Graciano, brasileiro, casado, RG nº 24.202.522 - SSP / SP; CPF nº 341.225.086-49, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº 1780285/2019, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **TERMO DE ADITAMENTO conforme disposto na Cláusula 9ª – Da Alteração Contratual** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CAMPINAS – AME CAMPINAS**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

**DO OBJETO**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto a alteração do estabelecido nos Anexos Técnicos I e II, e a suspensão do Anexo III do Contrato de Gestão assinado em 12/12/2019, convertendo o Ambulatório Médico de Especialidades de Campinas - AME Campinas em unidade de suporte aos pacientes infectados pelo COVID-19 no período de abril a julho de 2020.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

O PRESENTE **TERMO DE ADITAMENTO** altera a CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS, PARÁGRAFO PRIMEIRO, do presente Contrato de Gestão, conforme redação abaixo:

**CLÁUSULA SÉTIMA**

**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

*Para os meses de maio a julho de 2020, os repasses dos recursos financeiros da unidade, previstos em Contrato de Gestão, serão substituídos conforme tabela abaixo, os valores onerarão a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 90 39-75, no exercício de 2020 e tal repasse dar-se-á na modalidade **Contrato de Gestão, conforme Instruções do TCESP.***

**CUSTEIO**

**UGE:** 090192

**FUNÇÃO PROGRAMÁTICA:** 10.302.0930.4852.000

**NATUREZA DA DESPESA:** 33 90 39

**FONTE DE RECURSOS:** Fundo Estadual de Saúde – Lei 141/12

| Mês          | Contrato de Gestão   | T.R. 01/2020         |                                     |
|--------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
|              |                      | AME Campinas (R\$)   | Hospital de Campanha COVID-19 (R\$) |
| Janeiro      | 515.730,00           | 515.730,00           | -                                   |
| Fevereiro    | 859.550,00           | 859.550,00           | -                                   |
| Março        | 859.550,00           | 859.550,00           | -                                   |
| Abril        | 1.203.370,00         | 1.203.370,00         | -                                   |
| Maio         | 1.547.190,00         | -                    | 4.634.564,24                        |
| Junho        | 1.547.190,00         | -                    | 2.317.286,62                        |
| Julho        | 1.719.100,00         | -                    | 2.317.289,62                        |
| Agosto       | 1.891.010,00         | 687.640,00           | -                                   |
| Setembro     | 2.234.830,00         | 2.234.830,00         | -                                   |
| Outubro      | 2.234.830,00         | 2.234.830,00         | -                                   |
| Novembro     | 2.578.650,00         | 2.578.650,00         | -                                   |
| Dezembro     | 2.578.650,00         | 2.578.650,00         | -                                   |
| <b>TOTAL</b> | <b>19.769.650,00</b> | <b>13.752.800,00</b> | <b>9.269.140,48</b>                 |

**CLÁUSULA TERCEIRA**  
**DA RATIFICAÇÃO**

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO** e, seus respectivos Termos de Aditamento, não alterados por este instrumento.

**CLÁUSULA QUARTA**  
**DA PUBLICAÇÃO**

O presente **Termo de Aditamento** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DO FORO**

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.



**DR. JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Dr. Eduardo Ribeiro,  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

Testemunhas:

1) Brisa L. Gondade  
Nome:  
R.G.: 48.677.820-4

2) Vilmar Martins Medeiros  
Nome: **VILMAR MARTINS MEDEIROS**  
R.G.: 23.254.770-1

São Paulo, 30 de Abril de 2020.

**TONY GRACIANO**  
**PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE**  
**MISERICÓRDIA DE FRANCA**



**ANEXO TÉCNICO I**  
**DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

**I – CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMSPE (Lei Complementar nº 971/95), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a **CONTRATADA**, em decorrência da assinatura deste, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

**1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- ◆ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial na fase de tratamento;
- ◆ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ◆ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- ◆ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ◆ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ◆ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ◆ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ◆ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

- ◆ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- ◆ Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ◆ Sangue e hemoderivados;
- ◆ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ◆ Procedimentos especiais de alto custo que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CAMPINAS – AME CAMPINAS**.

## 2. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

2.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

2.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

## 3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende apenas Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

## 4. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CAMPINAS – AME CAMPINAS** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada mediante Termo de Retirratificação ao presente contrato.

## II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES PACTUADAS

### II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

#### II. 1.1. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA (SAÍDAS HOSPITALARES)

O **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CAMPINAS – AME CAMPINAS** deverá realizar **207** saídas hospitalares no ano, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

| UNIDADES DE INTERNAÇÃO - SAÍDAS POR CLÍNICA |     |     |     |           |           |           |           |     |     |     |     |     |            |
|---|-----|-----|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
|   | JAN | FEV | MAR | ABR       | MAI       | JUN       | JUL       | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL      |
| Clínica Médica                              |     |     |     | 30        | 59        | 59        | 59        |     |     |     |     |     | 207        |
| <b>Total</b>                                |     |     |     | <b>30</b> | <b>59</b> | <b>59</b> | <b>59</b> |     |     |     |     |     | <b>207</b> |

## II. 2. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada)  ( X )  
 Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta)  ( )

## II. 3. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

O **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CAMPINAS – AME CAMPINAS** oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **210** exames, a pacientes **EXTERNOS** ao AME, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

| SADT EXTERNO               |     |     |     |           |           |           |           |     |     |     |     |     |            |
|----------------------------|-----|-----|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
|                            | JAN | FEV | MAR | ABR       | MAI       | JUN       | JUL       | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL      |
| Tomografia Computadorizada |     |     |     | 30        | 60        | 60        | 60        |     |     |     |     |     | 210        |
| <b>Total</b>               |     |     |     | <b>30</b> | <b>60</b> | <b>60</b> | <b>60</b> |     |     |     |     |     | <b>210</b> |

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

## III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

**ANEXO TÉCNICO II**  
**SISTEMA DE PAGAMENTO**

**I – PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS**

Com o fito de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

I. 1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se nas modalidades abaixo assinaladas, as quais referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gestão da **CONTRATADA**, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços:

( X ) Saídas Hospitalares em Clínica Médica

( X ) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

I. 2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

**II – AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO**

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme detalhado nas Tabelas que se seguem.

II. 1. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, podendo gerar ajuste financeiro a menor de 10% a 30% no valor do repasse para custeio da unidade no semestre, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) e respeitando-se a proporcionalidade de cada modalidade de contratação de atividade assistencial especificada na TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO, constantes no presente Anexo.

II. 1.1. Da análise realizada poderá resultar desconto financeiro, bem como repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Aditamento ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do instrumento contratual.

II. 1.2. A avaliação do cumprimento das metas não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Aditamento ao **Contrato de Gestão** em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II. 2. Do período de avaliação:

- 1º semestre – consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;
- 2º semestre – consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro no ano seguinte.

II. 2.1. Na hipótese da unidade não possuir um semestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos **Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais), para efeito de desconto, será efetivada no semestre posterior.

II. 2.2. Caso a **CONTRATADA** se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

II. 3. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

R R

II. 4. O valor repassado de custeio no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de “mutirões de procedimentos eletivos”, será distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível.

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

| DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO |             |
|---|-------------|
| MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO   | %           |
| Saídas Hospitalares   | 97%         |
| SADT Externo  | 3%          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>100%</b> |

**TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)**

| ATIVIDADE REALIZADA                   | QUANTIDADE PRODUZIDA                    | FORMULA DE CALCULO (EM REAIS)   |
|---------------------------------------|---|---|
| Saídas Hospitalares em Clínica Médica | Acima do volume contratado              | 100% X distribuição percentual de Saídas Hospitalares (tabela I) X orçamento de custeio do período            |
|                                       | Entre 95% e 100% do volume contratado   | 100% X distribuição percentual de Saídas Hospitalares (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo |
|                                       | Entre 70% e 94,99% do volume contratado | 90% X distribuição percentual de Saídas Hospitalares (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo  |
|                                       | Menos que 70% do volume contratado      | 70% X distribuição percentual de Saídas Hospitalares (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo  |
| SADT Externo                          | Acima do volume contratado              | 100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo        |
|                                       | Entre 90% e 100% do volume contratado   | 100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo        |
|                                       | Entre 75% e 89,99% do volume contratado | 90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo         |
|                                       | Menos que 75% do volume contratado      | 70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo         |

II. 5. Visando o acompanhamento e avaliação do **Contrato de Gestão** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 11 (onze), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade:

II. 5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

II. 6. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via

Internet, através do site [www.gestao.saude.sp.gov.br](http://www.gestao.saude.sp.gov.br), disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

II. 7. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade gerenciada e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

II. 8. A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS, tanto da Unidade gerenciada quanto da OSS, além de extratos bancários, preços de materiais e medicamentos praticados (quando for o caso), entre outras informações, nos prazos e condições definidos pela **CONTRATANTE**.

II. 9. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no contrato.