



ESTADO DE GOIÁS
INSTITUTO DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES PUBLICOS DO ESTADO DE GOIAS
GABINETE DO PRESIDENTE

TERMO DE REFERÊNCIA

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE GOVERNANÇA DO SISTEMA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE CREDENCIADOS DO IPASGO.

CONTRATANTE: INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE GOIAS – IPASGO.

ELABORAÇÃO: Comissão de Reestruturação e Modernização Administrativa do IPASGO

APRESENTAÇÃO

O Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás – IPASGO é hoje referência nacional na área de assistência à saúde, oferecendo uma ampla rede credenciada de profissionais, clínicas, laboratórios e hospitais aos seus 620 mil usuários. A chegada do novo milênio motivou o Ipasgo a planejar e adotar um novo modelo organizacional com foco no cliente, parcerias com benefícios mútuos, equilíbrio financeiro, produtividade e gestão transparente, visão, missão e planejamento estratégico. Em sua origem, o Ipasgo funcionava como um grande guarda-chuva, que abrigava todos os benefícios aos servidores estaduais. Com o desenvolvimento do Estado e da sua máquina administrativa, foi transferindo obrigações a outros órgãos, cuidando exclusivamente hoje da assistência à saúde. O grupo original a ser atendido são os servidores estaduais e seus dependentes. Mas o Ipasgo está autorizado a firmar convênio com outras estruturas públicas, como prefeituras, câmaras municipais e órgãos federais, para prestar os seus serviços. A definição de metas e objetivos gerou conceitos e atitudes incorporados a essa nova filosofia gerencial. As ações empreendidas resultaram em saneamento das contas, descentralização administrativa, humanização do atendimento, agilidade nos processos e desenvolvimento de programas especiais. A consolidação do novo modelo organizacional veio, inicialmente, com os resultados da Lei nº 14.081, que instituiu o Ipasgo em abril de 2002, e, recentemente, teve o seu funcionamento regulamentado pela Lei 17.477 de 25 de novembro de 2011, que estabeleceu os fundamentos para a atual estrutura do Instituto. Apesar de a assistência ser facultativa para o servidor, o número de adesões ao Ipasgo cresce a cada dia, demonstrando a credibilidade que o Instituto desfruta junto aos seus usuários, à rede credenciada e à sociedade. Os desafios, no entanto, continuam, e o Ipasgo não os ignora. Ao contrário, monitora diariamente seus processos com o objetivo de promover melhorias nas áreas necessárias, sempre levando em conta sua história, seus usuários e colaboradores. O Instituto pode ser traduzido hoje por palavras como modernidade, competitividade e transparência.

Em dezembro de 2001, o IPASGO foi recomendado para a certificação NBR ISO 9001:2000, sendo o primeiro Instituto de Assistência e Previdência no país a ter seus serviços certificados, segundo normas internacionais de qualidade. Fato que lhe confere um marco tão importante quanto o de 1962, quando foi criado. As melhorias implantadas no órgão e os resultados que culminaram na certificação NBR ISO 9001:2000 do Instituto em 2002, foram possíveis graças a uma administração honesta, transparente e que

priorizou a política do foco no cliente. A década marca a preocupação do Ipasgo em atingir a sua máxima de qualidade, atendendo aos princípios da gestão da qualidade. Garantindo esse salto, em 2009 o Instituto chega aos 47 anos com quase 700 mil usuários, mais de 5,4 mil prestadores de serviços em 11 regionais distribuídas e postos de atendimento espalhados em todo o Estado. Vários programas que beneficiam diretamente seus usuários são oferecidos como o Ipasgo Domiciliar, que atende pacientes oncológicos em fase terminal, dependentes de oxigênio e doentes crônicos. Eles são assistidos por uma equipe multidisciplinar que apoia também seus familiares. O programa foi criado para diminuir o ônus para o Ipasgo com internações recorrentes.

O Programa de Apoio Social (PAS) é outro benefício que consiste do desconto concedido na coparticipação para o servidor estadual ativo e inativo e seu grupo familiar após avaliação socioeconômica para os tratamentos crônicos e onerosos. O Instituto, adeso ao Programa Qualidade Goiás, foi premiado em todas as edições do Prêmio Qualidade do Governo de Goiás - PPQG, que foi instituído em 2000 pelo Governo, com o objetivo de resgatar o verdadeiro valor do serviço público, disseminando ideias sobre os benefícios da qualidade, a importância da participação do servidor no processo de mudança e a busca contínua pela qualidade no serviço público, bem como melhorias no desempenho dos serviços prestados. Todos dentro do Instituto sabem que essa conquista não é um fim em si mesmo, mas um caminho, um norte, uma ferramenta de gestão, uma vitrine que precisa ser polida diariamente, para poder continuar com esse brilho que lhe é conferido com muito trabalho e dedicação. Os colaboradores do Ipasgo são conscientes da sua responsabilidade e dispostos, cada um na sua função, a continuar desempenhando o seu papel de fazer do Instituto uma referência junto aos seus usuários/clientes e toda a sociedade.

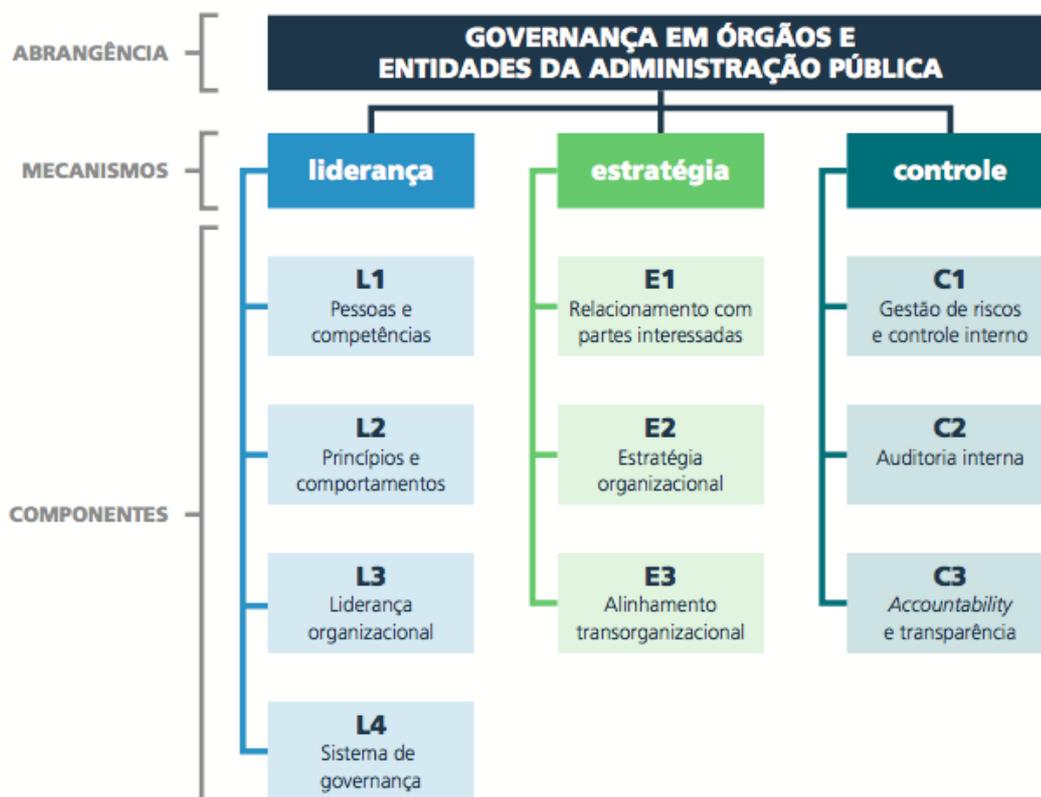
Ao longo do tempo, vários canais de comunicação com o Instituto foram criados. E 2018 chega com atendimento ao cliente pelo 0800, aplicativo Ipasgo Fácil, internet, postos de atendimento Vapt-Vupt e nas 17 Regionais e Postos de Atendimento no interior do Estado. Para garantir a manutenção da certificação do sistema de gestão da qualidade, o Ipasgo sempre investe na qualificação de seus colaboradores e na modernização de sua gestão. Entre as principais conquistas do Ipasgo nos últimos anos estão:

- Certificação ISO 9001;
- Padronização do atendimento;
- Informatização total dos procedimentos do Ipasgo;
- Criação da Ouvidoria - canal de comunicação com o cliente;
- Criação de canais de atendimento pela Central 0800, pelo site www.ipasgo.go.gov.br e pelo aplicativo Ipasgo Fácil;
- Cartão Magnético - projeto Ipasgo sem fila, que possibilita atendimento descentralizado, ágil e de qualidade aos usuários;
- Página na internet - oferecendo vários serviços on-line;
- Utilização de redes sociais para divulgação das inovações do plano de saúde;
- Faturas eletrônicas - envio pela internet da prestação de serviços de assistência à saúde das entidades e profissionais credenciados junto ao Instituto;
- Auditoria eletrônica corretiva - programa de análise informatizada da fatura eletrônica que subsidia o auditor de informações detalhadas do atendimento prestado ao segurado;
- Auditoria eletrônica autorizativa - programa de autorização de procedimentos baseado em dados informatizados;
- Mapeamento de processos - agilização no fluxo dos processos;
- Ampla cobertura médica;

- Isenção total de coparticipação em quimioterapia e radioterapia;
- Implantação do Pronto Socorro Pediátrico – unidade que funciona 24 horas por dia no atendimento de urgência e emergência pediátrica;
- Implantação da Unidade de Atendimento Médico Ambulatorial do Ipasgo – unidade que oferece consultas eletivas em especialidades com déficit de profissionais no mercado.
- Construção e inauguração da primeira ala do Hospital do Servidor Público.

Conforme historiado no Referencial Básico de Governança elaborado pelo TCU, a origem da governança está associada ao momento em que organizações deixaram de ser geridas diretamente por seus proprietários (p. ex. donos do capital) e passaram à administração de terceiros, a quem foi delegada autoridade e poder para administrar recursos pertencentes àqueles.

Ainda, segundo TCU, a governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.



O excesso de burocracia e a baixa produtividade nos serviços públicos elevam o Custo Brasil, falar em organizações de qualidade ainda é incipiente no nosso país. Deste modo, os serviços públicos necessitam reduzir custos (eliminando desperdício e retrabalho) e aumentar a qualidade no atendimento dos seus serviços (reduzindo falhas, complexidade e variabilidade nos processos).

Considerando que a Governança Corporativa do Ipasgo, deverá se basear no conjunto de mecanismos de LIDERANÇA, ESTRATÉGIA e CONTROLE postos em prática para AVALIAR, DIRECIONAR e MONITORAR a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (TCU, 2014).



Figura 1: Relação entre Governança e Gestão (fonte: TCU)

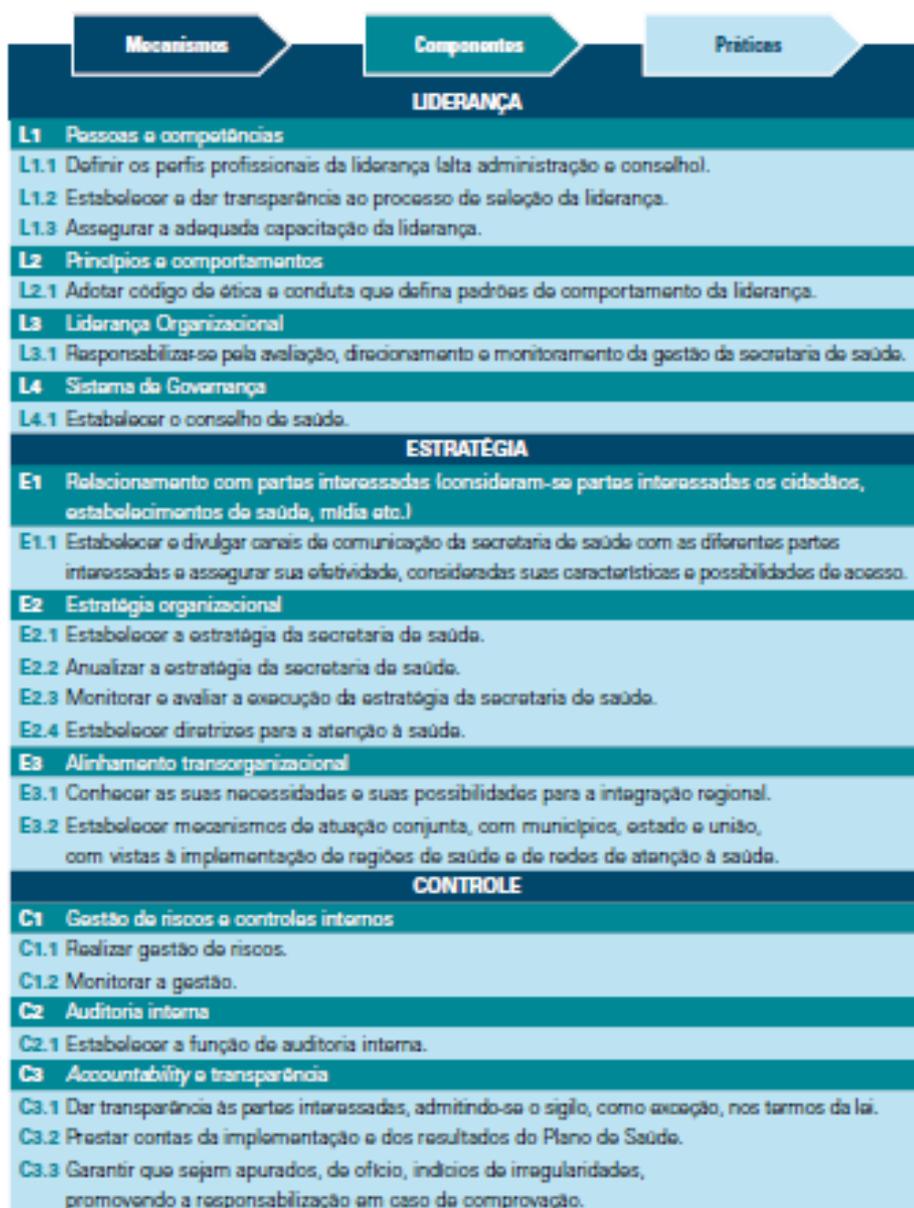
Segundo a International Federation of Accountants (IFAC, 2013 apud BRASIL, 2014), a boa governança no setor público permite:

- a. garantir a entrega de benefícios econômicos, sociais e ambientais para os cidadãos;
- b. garantir que a organização seja, e pareça, responsável para com os cidadãos;
- c. ter clareza acerca de quais são os produtos e serviços efetivamente prestados para cidadãos e usuários, e manter o foco nesse propósito;
- d. ser transparente, mantendo a sociedade informada acerca das decisões tomadas e dos riscos envolvidos;
- e. possuir e utilizar informações de qualidade e mecanismos robustos de apoio às tomadas de decisão;
- f. dialogar com a sociedade e prestar contas;
- g. garantir a qualidade e a efetividade dos serviços prestados aos cidadãos;
- h. promover o desenvolvimento contínuo da liderança e dos colaboradores;
- i. definir claramente processos, papéis, responsabilidades, limites de poder e de autoridade;
- j. institucionalizar estruturas adequadas de governança;
- k. selecionar a liderança tendo por base aspectos como conhecimento, habilidades e atitudes (competências individuais);
- l. avaliar o desempenho e a conformidade da organização e da liderança, mantendo um balanceamento adequado entre eles;
- m. garantir a existência de um sistema efetivo de gestão de riscos;
- n. utilizar-se de controles internos para manter os riscos em níveis adequados e aceitáveis;
- o. controlar as finanças de forma atenta, robusta e responsável; e
- p. prover aos cidadãos dados e informações de qualidade (confiáveis, tempestivas, relevantes e compreensíveis).

De acordo com o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, publicado pelo TCU: Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Portanto, a governança se ocupa de avaliar a situação, determinar a direção e monitorar os acontecimentos para acompanhar se a direção determinada está sendo seguida, enquanto a gestão ocupar-se-á de elaborar os processos de trabalho para executar o ciclo Planejar-Executar-Avaliar-Agir, com objetivo de ir na direção determinada pela governança. Pelos temas que tratam, observa-se que a governança é incumbência da parte mais alta da pirâmide de uma organização, enquanto a gestão é ocupação de todos os gestores.

A figura abaixo a seguir apresenta os mecanismos, para uma boa governança organizacional, até o nível da prática:



Atuação do TCU na área da Saúde

DIMENSÕES DO CONTROLE

Componentes dos mecanismos de governança

Liderança

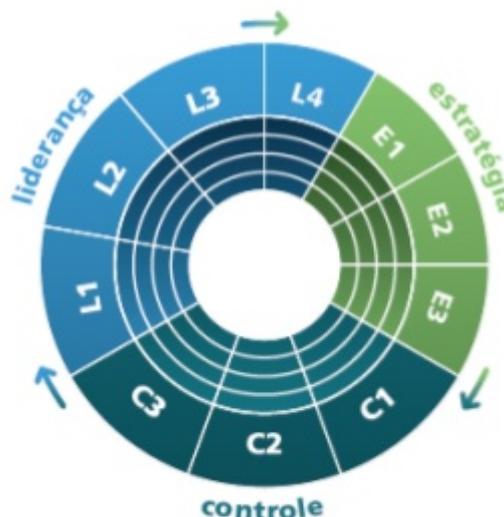
- L1: pessoas e competências
- L2: princípios e comportamentos
- L3: liderança organizacional
- L4: sistema de governança

Estratégia

- E1: relacionamento com partes interessadas
- E2: estratégia organizacional
- E3: alinhamento transorganizacional

Controle

- C1: gestão de riscos e controle interno
- C2: auditoria interna
- C3: *accoutability* e transparência



JUSTIFICATIVA

A crescente competitividade do mercado tem levado as grandes empresas a analisar o seu negócio sob um ponto de vista mais abrangente, levando em consideração toda a cadeia de fornecimento.

Fornecedores influenciam diretamente no custo e na qualidade do produto ou serviço da empresa contratante.

Sob este aspecto, compradores e fornecedores têm procurado cada vez mais estabelecer parcerias de confiança e benéfica para ambos os lados, principalmente com a recente tendência de horizontalização.

O mercado de planos de saúde se caracteriza pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão. Na qualidade de terceiro-pagador essas organizações vendem planos de pré-pagamento, que intermediam o financiamento do acesso aos serviços privados de saúde, protegendo os segurados do risco associado ao custo de adoecer. Isso permite, ademais, uma queda do montante do desembolso direto das famílias, pois seu gasto potencial pode ser dividido entre um conjunto de segurados.

Um dos principais desafios dos planos de saúde é permitir que a população tenha acesso ao que há de mais moderno na medicina, a custos que caibam no bolso desta mesma população.

Não se trata de redução de custos em detrimento do bom atendimento na saúde. Deve-se investir na redução do desperdício, combater as fraudes e dimensionar melhor a rede de prestadores (hospitais, clínicas, laboratórios e médicos).

Os programas de qualidade na gestão hospitalar têm, portanto, um complexo conjunto de dimensões a serem consideradas para a obtenção da meta “qualidade em saúde”. São inúmeras as contribuições que podem ser obtidas com tais programas, a qualidade dos serviços de saúde não é obtida simplesmente com a reunião de um excelente corpo clínico, dependendo também da gestão dos processos administrativos da organização que envolve finanças, logística, procedimentos operacionais e tantas outras áreas comuns a organizações de diferentes setores. A gestão da qualidade na organização de saúde pode sustentar uma mudança de paradigma na forma de administrar, objetivando o alcance e a garantia da excelência.

Organizações de saúde já atingem seu quarto ciclo de certificação, apresentando como resultados ajustes dos orçamentos, aprimoramento da gestão envolvendo as pessoas, racionalização de custos, melhoria no padrão de atendimento, crescimento da confiança e credibilidade pelos serviços, além de ganhos para a imagem da organização, benefícios não só para quem precisa do serviço, mas também para quem o oferta.

Com o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), em 1995, inicia-se a discussão sobre a acreditação pelo Ministério da Saúde. O PGACS contribuiu para a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, composta pelos técnicos do Programa, representantes de provedores de serviços, órgãos técnicos responsáveis pelo controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde, tendo como atribuição o levantamento de temas sobre melhoria da qualidade do serviço prestado e definir estratégias. Analisando métodos e manuais de procedimentos aplicados no exterior e no Brasil que mostravam sucesso, a Comissão elaborou o projeto “Acreditação Hospitalar”, que foi encaminhado ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) e, em 1998, transformado no “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, com base principalmente no manual da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Em 1999 surge a Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não governamental, com o objetivo de promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

A acreditação, de acordo com a ONA, é o procedimento pelo qual um organismo responsável (instituição acreditadora) “reconhece formalmente que uma empresa tem competência para cumprir as atividades definidas na sua razão social”. No Sistema Brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, a avaliação pauta-se por exigências legais de segurança no atendimento, bem como na organização do trabalho e seus resultados. Já a certificação, de acordo com a ONA, significa a “avaliação de um sistema da qualidade segundo os requisitos das normas ISO 9000/2000 ou outras, com a emissão de um certificado comprovando que a empresa está em conformidade com as exigências estabelecidas nestas normas”. A certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos hospitalares. Devido a inúmeros problemas, a sociedade se viu diante de uma necessidade em criar alguma ferramenta que fosse capaz de entender os mecanismos e tentar reduzir falhas, com o objetivo de oferecer qualidade no atendimento e criar uma nova estrutura que atenda com profissionalismo os usuários do sistema.

A importância do Programa de Desenvolvimento e Qualificação de Fornecedores (Credenciados) do IPASGO, justifica-se por se tratar de uma entidade que tem como missão promover a assistência prevenção à saúde de seus usuários e busca ser um modelo de referência nacional na gestão de sistemas de saúde.

Justifica-se também, a criação de um selo próprio: SELO IPASGO DE QUALIDADE, apoiado nos requisitos estabelecido pela ONA.

Assim, considerando os níveis de gestão já atingidos pelo Ipasgo, para que se possa atingir o nível máximo de Governança na entidade, é necessário desenvolver ações complementares que contemplem os principais componentes dos mecanismos de Governança, Liderança, Estratégia e Controle.

1 – DO OBJETO

Constitui objeto do presente Termo de Referência a contratação de empresa especializada para a prestação de serviços de realização de implantação do processo de **Governança do Sistema de Gestão e Desenvolvimento de Credenciados do IPASGO**, contemplando a criação de mecanismos de liderança, estratégia e controle, postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão.

2 – DO DETALHAMENTO DO OBJETO

A metodologia a seguir apresenta as etapas do Programa e leva em consideração o sistema (software), criado para avaliação de credenciados, existente no IPASGO.

Para a estruturação da **Governança do Sistema de Gestão e Desenvolvimento de Credenciados do IPASGO**, tendo como foco principal uma gestão transparente e qualificada, as atividades serão realizadas em etapas.

2.1 – Etapa 1: Plano de Trabalho

Elaboração de Plano de Trabalho contendo a descrição das diretrizes de implementação dos produtos a serem entregues.

Este produto deverá conter a especificação dos procedimentos a serem adotados para execução dos trabalhos, a relação da equipe executora, metodologia de desenvolvimento e cronograma de execução físico-financeiro de todos os recursos a serem utilizados, detalhando por produto e subproduto.

2.2 – Etapa 2: Diagnóstico do Banco de Credenciados

Realização de trabalho de auditoria sobre as principais operações do IPASGO com o objetivo de identificar áreas em que potenciais ajustes possam interferir nas operações/transações do IPASGO.

2.2.1 – Realização de Diagnóstico Operacional

Realização de trabalho de auditoria sobre as principais operações do IPASGO com o objetivo de identificar áreas em que potenciais ajustes possam interferir nas operações/transações do IPASGO. Os principais procedimentos estão apresentados abaixo:

- Avaliação do credenciamento dos prestadores de serviços, referente ao período dos últimos 5 anos, quanto a formalidade de documentação exigida pelo Instituto.
- Avaliação quanto a limite de alçada para aprovação para o cadastro do novo credenciado após a avaliação dos documentos.
- Conferência entre os serviços aprovados no credenciamento (conforme dossiê) e os respectivos serviços cadastrados no sistema do IPASGO.
- Avaliação quanto aos pagamentos dos serviços em relação aos serviços previamente cadastrados.
- Discussão com a Administração sobre transações não usuais e extraordinárias.
- Confronto entre os pagamentos para os prestadores de serviços com os valores aprovados após a auditoria médica interna do IPASGO.
- Avaliação quanto ao cadastro dos prestadores de serviços credenciados em relação a dados duplicados (CNPJ, Conta Bancária).
- Avaliação do credenciamento dos prestadores de serviços, referente ao período dos últimos 5 anos, quanto a formalidade de documentação exigida pelo Instituto “IPASGO”.

- Avaliação quanto a tabela de preços utilizadas para precificação dos procedimentos realizados, versus o pagamento realizado pelo IPASGO, aos credenciados;
- Avaliação quanto a atuação da Auditoria Interna, relacionada a conferência dos procedimentos versus a tabela de preços praticada pelo IPASGO.
- Avaliação quanto ao percentual de glosas existentes por credenciado, em busca de distorções relevantes com base em revisões analíticas de pagamentos e faturamento dos credenciados.
- Mapeamento das estruturas organizacionais e funcionais do IPASGO (organograma, relações hierárquicas, linhas de autoridade e responsabilidade, procedimentos gerais de controle).
- Levantamento e entendimento das políticas, normas e procedimentos de controles.
- Entendimento do ambiente tecnológico e do impacto da tecnologia sobre as áreas revisadas.
- Definição dos fatores de risco considerados mais importantes para o IPASGO, levando em consideração, dentre outros aspectos, as maiores preocupações da administração com relação ao ambiente geral de controles internos.
- Avaliação do perfil e evolução da população do plano: Idade Sexo Titularidade
- Análise da Utilização dos serviços médicos: perfil de utilização por idade e sexo, construção de indicadores de utilização (Consultas, Exames, Internações, Pronto-Socorro).

2.2.2 – Realização de Diagnóstico de Tecnologia da Informação

2.2.2.1 – Aprovação da Política de Segurança da Informação – PSI, pela Alta Administração

- Avaliar se a os documentos de política, normas e procedimentos de Segurança da Informação foram aprovados pela alta administração do Participante;
- Avaliação da Suficiência da PSI
- Avaliar se a PSI define as diretrizes de “Confidencialidade e integridade da informação”, “Responsabilidade do uso da senha”, “Utilização de Internet e correio eletrônico”, “Utilização de software”, “Concessão e administração de acessos a sistemas, à base de dados e a redes” e “Segurança física dos ambientes de operação e processamento”.
- Selecionar amostra e avaliar se os funcionários, estagiários, terceiros e prepostos estão aderentes com o controle que garante a ciência e cumprimento da PSI, por meio da relação de colaboradores e tendo como base o processo de divulgação da PSI definido pelo Participante.

2.2.2.2 – Realização de Monitoramento dos Acessos aos Bancos de Dados

Documentos utilizados na Execução do Procedimento de Teste:

- Lista de colaboradores ativos do IPASGO;
- Lista de usuários de banco de dados do IPASGO;
- Trilha de auditoria dos bancos de dados do IPASGO;
- Mapeamento de Infraestrutura de TI.

2.2.2.3 – Inventário dos Bancos de Dados que Suportam os Sistemas de Escopo

- Elaborar documento relacionando (inventário) os bancos de dados dos sistemas aplicativos que suportam os processos de negócios do escopo da auditoria (Cadastro de Usuários e credenciados, Executar Ordens, Liquidar Negócios, Administrar, Custódia de Ativos e Posições, Gestão de Riscos).
- Levantamento dos Procedimentos para Monitoração de Acessos Terceiros nos Bancos de Dados;
- Identificação dos acessos de terceiros aos Bancos de Dados;
- Avaliação da Monitoração dos Acessos de terceiros aos Bancos de Dados;
- Inventariar os sistemas aplicativos e de negociação que suportam os processos de negócio relacionados à auditoria e os canais de relacionamento eletrônico oferecidos pelo Participante aos seus usuários;
- Acessos de sistemas internos e de clientes possuem diferentes requisitos de parâmetros de senha e a análise da aplicabilidade de cada parâmetro.

2.2.2.4 – Inventário dos Sistemas de Escopo

Relacionar a rede de computadores e os sistemas aplicativos e banco de dados que suportam os processos de negócios do escopo da auditoria (Cadastro de credenciados, Suitability etc.)

2.2.2.5 – Inventário de Diretórios

Relacionar os diretórios que possuem informações sensíveis (dados de custódia de clientes, informações cadastrais e gravações de ordens) e que devem ter acesso controlado.

2.2.2.6 – Levantamento dos acessos aos sistemas escopo

Obtenção da relação de usuários e permissões de acesso aos sistemas e aplicativos, sistemas de negociação, bancos de dados, canais de recebimento de ordens e diretórios críticos utilizados para armazenar informações sensíveis.

2.2.2.7 – Identificação dos responsáveis pelos usuários não nominais (genéricos)

Avaliar o processo de atribuição de responsabilidade pelos usuários não nominais, se definido pelo Participante, com acesso aos sistemas aplicativos, sistemas de negociação, bancos de dados, canais de recebimento de ordens, redes corporativas e diretórios que suportam os processos de negócio relacionados ao escopo da auditoria.

2.2.2.8 – Verificação da existência de usuários genéricos sem um responsável atribuído

De posse relação de usuários e permissões de acesso, consultar a lista de colaboradores e terceiros ativos, lista de colaboradores e terceiros desligados; lista de agentes autônomos de credenciados.

2.2.2.9 – Verificação da existência de usuários desligados

De posse relação de usuários e permissões de acesso, consultar a lista de colaboradores e terceiros desligados. Caso existam usuários de sistemas identificados na lista de colaboradores e terceiros desligados, esses usuários são classificados como colaboradores desligados com acesso ativo a sistemas.

2.2.2.10 – Verificação da existência de usuários sem vínculo

De posse relação de usuários e permissões de acesso, lista de colaboradores e terceiros desligados e lista de agentes autônomos de investimento. Caso existam usuários de sistemas que por meio da lista de acessos é possível identificar o nome do colaborador, mas não constam nas listas e o Participante não demonstra qual o vínculo do responsável pelo usuário, esses usuários são classificados como usuários cujo vínculo do responsável não foi demonstrado pelo Sistema.

2.2.2.11 – Segregação de funções

As informações sobre segregação de funções (Matriz e outras) devem possibilitar a avaliação precisa da compatibilidade dos acessos concedidos em relação às regras de segregação de funções definidas pelo Credenciado.

De posse da relação de usuários e permissões de acesso, selecionar amostra de colaboradores e solicitar evidências do fluxo de concessão de acessos (por exemplo, solicitação e aprovação dos acessos concedidos pelo proprietário da informação, conforme processo de concessão de acessos definido pelo Participante, será possível:

- Avaliar a suficiência do processo de concessão de acessos;
- Avaliar se o processo de concessão de acessos aos sistemas, bancos de dados e redes definido pelo Credenciado, contempla as etapas de aprovação do acesso pelo proprietário da informação e se os acessos são concedidos somente a profissionais que possuam vínculo com o IPASGO;
- Avaliar o processo de concessão de acessos.

2.2.3 – Mapeamento da Demanda

Mapear a disponibilidade de serviços credenciados em cada região do estado e verificar se há disponibilidade de atendimento por novos credenciados, visando assim a diminuição da busca por serviços na capital.

2.3 – Etapa 3 – Estruturação e Implantação do Processo de Gestão de Credenciados

Os critérios para o credenciamento de prestadores de serviços deverão ser criados levando em consideração os requisitos de transparência e conformidade.

2.3.1 – Definição de Critérios para Credenciamento/Descredenciamento

- Estabelecimento dos critérios para entrada de credenciados, considerando especialidades, região de atuação, necessidades (definidas à partir de mapeamento da demanda por serviços por região) e qualificação;
- Definição de critérios para permanência/exclusão do banco de credenciados do IPASGO.

2.3.2 – Definição dos Critérios para Implantação do Selo IPASGO de Qualidade

- Estabelecimento em conjunto com os técnicos do IPASGO e apoiado nos requisitos estabelecidos pela ONA¹, dos critérios para a criação do Selo IPASGO de QUALIDADE, que levará em conta também alguns requisitos mínimos para estabelecimentos de menor porte.
- Estabelecimento de modelo de remuneração, aos hospitais credenciados, de acordo com os níveis de gestão definidos para o Selo IPASGO de QUALIDADE.

2.3.3 – Repasse de Metodologia de Avaliação de Requisitos (Diagnóstico Situacional)

- Realizar eventos de capacitações presenciais voltados para o grupo de colaboradores do IPASGO para repasse teórico dos requisitos do Diagnóstico, com as devidas orientações para que possam realizar a avaliação de novos credenciados a qualquer momento.

2.3.4 – Identificação do Nível de Gestão dos Hospitais Credenciados

- Aplicação de diagnóstico empresarial/organizacional para identificação e classificação da situação geral e/ou específica dos hospitais credenciados ao IPASGO, sob a ótica da ONA.
- Deverão ser avaliados 184 hospitais localizados em 51 municípios do estado de Goiás, conforme tabela abaixo:

NÚMERO DE HOSPITAIS POR MUNICÍPIO			
MUNICÍPIO	Nº. DE HOSPITAIS	MUNICÍPIO	Nº. DE HOSPITAIS
GOIANIA	76	PALMEIRAS DE GOIAS	1
ANAPOLIS	15	PIRACANJUBA	1
APARECIDA DE GOIANIA	7	VIANOPOLIS	1
CERES	7	ITABERAÍ	1
INHUMAS	4	INDIARA	1
GOIANESIA	4	PONTALINA	1
RIO VERDE	4	PIRENOPOLIS	1
TRINDADE	3	EDEIA	1
ITUMBIARA	3	ORIZONA	1
IPORA	3	GOIAS	1
CATALAO	3	JARAGUA	1
FORMOSA	3	CALDAS NOVAS	1
QUIRINOPOLIS	3	BURITI ALEGRE	1
MORRINHOS	2	VALPARAISO DE GOIAS	1
SAO LUIS DE MONTES BELOS	2	CIDADE OCIDENTAL	1
ACREUNA	2	IPAMERI	1
ITAPURANGA	2	RUBIATABA	1
GOIATUBA	2	JUSSARA	1
LUZIANIA	2	PLANALTINA	1
SANTA HELENA DE GOIAS	2	JATAÍ	1
URUACU	2	MARA ROSA	1
CRIXÁS	2	NIQUELÂNDIA	1
MINEIROS	2	PORANGATU	1
MINACU	2	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA	1
NERÓPOLIS	1	CAMPOS BELOS	1
PETROLINA DE GOIAS	1		
TOTAL		184	

- Após aplicação de Diagnóstico em cada hospital, as informações coletadas deverão ser lançadas em sistema próprio do IPASGO, para identificação do nível de gestão de cada hospital.
- Elaboração de Plano de Desenvolvimento, visando a preparação dos hospitais credenciados para o atingimento dos níveis de gestão definidos.
- O Plano de Desenvolvimento será composto de atividades como cursos, visitas para apoio à implantação dos requisitos definidos para o Selo IPASGO de QUALIDADE e auditorias de verificação.

2.3.5 – Lançamento do Selo IPASGO de QUALIDADE

Realização de evento para lançamento do Selo IPASGO de QUALIDADE.

2.4 – Etapa 4: Estruturação de Sistema de Monitoramento, Controle e Conformidade do Sistema de Gestão de Credenciados do IPASGO, Segundo Requisitos da NBR ISO 19600:2014

Para garantir que o conjunto de normas e regras estabelecidas nas etapas anteriores, deverá ser implantado um sistema de gestão baseado nos valores empresariais de ética e de conformidade, alinhado aos riscos adequadamente mapeados e controlados. Este sistema será indutor da manutenção de sua integridade, transparência e conformidade, evitando ou minimizando o não cumprimento da lei (práticas de corrupção, fraudes, lavagem de dinheiro, dentre outros desvios), além de proporcionar uma boa e diligente gestão e contribuindo para o comportamento socialmente responsável das organizações.

Os objetivos da implantação de um Sistema de Gestão de Conformidade incluem:

- Fortalecimento da imagem e responsabilidade corporativa da organização;
- Incentivo a ética nos negócios;
- Estabelecimento de sistemas e canais para comunicação e tratamento de denúncias;
- Concepção de códigos de conduta, manuais, políticas e procedimentos;
- Verificação e estabelecimento de controles com vistas a evitar a corrupção;
- Inibição/prevenção contra fraudes corporativas.

2.4.1 – Diagnóstico Organizacional

Realização de um diagnóstico organizacional inicial em relação às diretrizes da norma ISO 19600:2014, com o objetivo de coletar as evidências de conformidade e as oportunidades de melhorias (lacunas) da gestão organizacional do **IPASGO**.

2.4.2 – Curso de Interpretação das Diretrizes da Norma ISO 19600:2014

- Treinamento especializado visando à apresentação das diretrizes da norma ISO 19600:2014, englobando:
 1. Conceitos e definições;
 2. Fundamentos e benefícios de um sistema de gestão de conformidade;
 3. Interpretação das diretrizes da ISO 19600:2014 (contexto da organização, liderança, planejamento, apoio, operação, avaliação de desempenho e melhoria).
- Carga horária estimada: 12 (doze) horas.
- Participantes: 30 (trinta) participantes (líderes de processos).

2.4.3 – Curso de Formação de Auditores Internos

- Treinamento especializado visando à capacitação dos participantes na aquisição de conhecimentos necessários para se tornar um auditor interno e/ou colaborar com a melhoria contínua, englobando:
 1. Princípios da auditoria conforme a NBR ISO 19011;
 2. Auditoria: Terminologia; Classificação; Procedimentos e Metodologias das Auditorias;
 3. Habilidades do Auditor (perfil, qualificação, comportamento);
 4. Processo da Auditoria interna (definição, classificação, fases, procedimento);
 5. Programação de Auditoria / Plano de Auditoria;
 6. Check list da Auditoria / Relatório de Auditoria;
 7. Estudo de casos / exercícios de fixação.
- Carga horária estimada: 12 (doze) horas.

- Participantes: 20 (vinte) participantes.

2.4.4 – Entendendo a Organização e seu Contexto (Questões externas e internas/partes interessadas)

- Análise de questões externas e internas pertinentes ao Sistema de Gestão de Credenciados;
- Entendimento das necessidades e expectativas de partes interessadas;
- Determinação do escopo do Sistema de Gestão de Conformidade do IPASGO.

2.4.5 – Obrigações do Sistema de Gestão de Credenciados/Identificação, Análise e Avaliação de Riscos

- Determinação da sistemática de identificação e manutenção das obrigações que garantam a conformidade dos processos e suas implicações para as atividades, produtos e serviços;
- Determinação da sistemática de identificação, análise e avaliação dos riscos relacionados às atividades, produtos, serviços e aspectos pertinentes de operações.

2.4.6 – Implantação do Sistema de Gestão de Conformidade

- Realização de visitas técnicas e de acompanhamento para a implantação do sistema de gestão de com base nas diretrizes da norma ISO 19600:2014, visando assessoria para:

- 1. Definição do Planejamento de implantação do Sistema;
 2. Identificação e análise da sistemática para a identificação, análise e avaliação de riscos;
 3. Identificação e análise dos objetivos estratégicos e o planejamento de execução e monitoramento;
 4. Identificação e análise dos processos de negócio abrangidos pelo escopo e suas interações;
 5. Análise do organograma da organização para a gestão de credenciados, com foco na conformidade dos processos;
 6. Identificação, análise e adequação dos papéis, responsabilidades e autoridades organizacionais pertinentes ao sistema;
 7. Análise e adequação das competências dos empregados que realizam trabalho sob o seu controle e que afetam o desempenho do sistema;
 8. Identificação e análise da sistemática para treinamento/conscientização;
 9. Identificação e análise da sistemática para controle da informação documentada;
 10. Identificação e análise da sistemática para comunicação (interna e externa);
 11. Identificação e análise da sistemática para planejamento e controle operacional dos processos necessários ao atendimento às obrigações e implementação das ações de risco;
 12. Identificação e análise da sistemática para controle e monitoramento de processos terceirizados;
 13. Identificação e análise da sistemática para auditoria interna;

14. Identificação e análise da sistemática para não conformidade, não cumprimento e ação corretiva.

2.4.7 – Avaliação do Sistema de Gestão em Conformidade com a NBR ISO 19600:2014

- **Auditoria Interna**

Realização de 01 (uma) auditoria interna com o objetivo de verificar a implantação e manutenção do sistema de gestão de conformidade segundo as diretrizes da norma ISO 19600:2014;

- **Análise do Sistema de Gestão de em Conformidade com a NBR- ISO 19600**

Reunião de análise crítica para a avaliação dos resultados alcançados pela implantação do Sistema no IPASGO

2.5 – Etapa 5 – Mapeamento de Competências

Os resultados de qualquer organização dependem fundamentalmente das pessoas que nela trabalham. Por essa razão, a organização deve contar com profissionais que possuam as competências necessárias. No contexto da governança, é fundamental mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes dos dirigentes em prol da otimização dos resultados organizacionais. Para isso, as boas práticas preconizam que os membros da alta administração devem ter as competências necessárias para o exercício do cargo.

2.5.1 – Validação da Matriz de Competências

- A Matriz de Competências será validada considerando as seguintes definições:
 1. Competências Essenciais: construídas com base nas Diretrizes Estratégicas da Instituição (Missão, Visão e Valores).
 2. Competências Específicas: definidas de acordo com as atribuições de cada Cargo através de atividades programadas com a participação dos titulares de área (Gerentes ou Coordenadores).
- O conjunto das Competências Essenciais com as Específicas de todos os Cargos da Instituição irá compor a Matriz de Competências que será utilizada no processo de Gestão e Avaliação de Desempenho.

2.5.2 – Política de Gestão e Avaliação de Desempenho

Elaboração da Política de Gestão e Avaliação de Desempenho por Competências e Resultados contendo as definições necessárias, os critérios e os mecanismos do processo de Avaliação Formal, bem como o modelo da Gestão que se sucederá à implantação da Política.

2.5.3 – Implantação da Política

- Realização de treinamentos direcionados com gestores e equipes (32 H); e
- Realização da primeira avaliação formal (Projeto Piloto), (60 H).

2.5.4 – Planos de Treinamento

A partir da análise dos resultados da primeira avaliação, definição de Planos de Treinamento Coletivos por “competência chave”, segmento de atuação ou hierarquia de cargos. Suporte aos gestores para elaboração de planos individuais.

2.5.5 – Pesquisa de Clima Organizacional

Estruturação e aplicação de pesquisa de clima para identificação da percepção dos colaboradores em relação ao ambiente organizacional.

3 – CRONOGRAMA FÍSICO DE EXECUÇÃO DOS PRODUTOS

O prazo máximo de execução das atividades é de até 12 (doze) meses corridos, a contar da assinatura do contrato, conforme detalhamento abaixo:

GOVERNANÇA DO SISTEMA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE CREDENCIADOS			
ETAPAS	ATIVIDADES	VALOR POR PRODUTO	VALOR GLOBAL
1 - PLANO DE TRABALHO	Plano de trabalho das atividades	R\$ 18.000,00	2.296. R\$ 414,59
2 DIAGNÓSTICO DO BANCO DE CREDENCIADOS	2.1 Diagnóstico Operacional	R\$ 432.960,00	
	2.2 Diagnóstico Tecnologia da Informação		
	2.3 Mapeamento da Demanda		
3 - ESTRUTURAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE CREDENCIADOS	3.1 Definição de Critérios para Credenciamento/Descredenciamento	R\$1.407.494,95	
	3.2 Definição dos Critérios para implantação do Selo IPASGO de QUALIDADE		
	3.3 Repasse de metodologia de avaliação de requisitos (Diagnóstico situacional)		
	3.4 Identificação do Nível de gestão dos Hospitais Credenciados		
	3.5 Lançamento do Selo IPASGO de QUALIDADE		
4 - IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE CONFORMIDADE, SEGUNDO OS REQUISITOS DA ISO 19600	4.1 Diagnóstico organizacional	R\$227.753,24	
	4.2 Curso de Interpretação das diretrizes da norma ISO 19600:2014		
	4.3 Curso de Formação de Auditores Internos		
	4.4 Entendendo a organização e seu contexto (questões externas e internas/partes interessadas)		
	4.5 Obrigações do Sistema de Gestão de Credenciados/ Identificação, análise e avaliação de riscos		
	4.6 Implantação do Sistema de Gestão de Conformidade		
	4.7 Avaliação do Sistema de Gestão em Conformidade com a NBR ISO 19600		
5 - MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS	5.1 Validação da Matriz de Competências	R\$210.206,40	
	5.2 Política de Gestão e Avaliação de Desempenho		
	5.3 Implantação da Política		
	5.4 Planos de Treinamento		
	5.5 Pesquisa de Clima Organizacional		

4- DOS PRAZOS

A execução do contrato deverá iniciar no máximo em até 05 (cinco) dias após a entrega à Contratada de ordem de serviços específica.

5 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1 - Prestar os serviços objeto deste Termo de Referência, responsabilizando-se integralmente pelo cumprimento dos postulados legais vigentes, de âmbito federal, estadual ou municipal;

5.2 - Responsabilizar-se por todos os tributos e contribuições fiscais que incidam ou venham a incidir, direta e indiretamente, sobre os serviços prestados;

5.3 - Manter, durante toda a execução dos serviços, regularidade fiscal e trabalhista determinada pela Lei nº 8.666/93.

5.4 - Manter durante a execução do contrato, as mesmas condições da habilitação.

5.5 - Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a execução do contrato, salvo com expressa autorização do Contratante;

5.6 - Relatar à Fiscalização do contrato toda e qualquer irregularidade observada quanto à execução dos serviços objeto da contratação;

5.7 - Responder administrativa, civil e penalmente por quaisquer danos materiais ou pessoais ocasionados ao Contratante e/ou a terceiros, por seus empregados, dolosa ou culposamente, quanto à prestação dos serviços objeto desta contratação;

5.8 - Comunicar ao Contratante, por escrito, qualquer anormalidade nos serviços e prestar os esclarecimentos julgados necessários;

5.9 - A Contratada não divulgará nem fornecerá dados ou informações obtidos em razão deste contrato, e não utilizará do Contratante para fins comerciais ou em campanhas e material de publicidade, salvo com autorização prévia, emitida oficialmente pelo Contratante;

5.10 - A presença da Fiscalização do Contratante durante a execução dos serviços, quaisquer que sejam os atos praticados no desempenho de suas atribuições, não implicará solidariedade ou co-responsabilidade com a Contratada, que responderá única e integralmente pela execução dos serviços;

6 - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

6.1 - Acompanhar, fiscalizar e avaliar a prestação dos serviços objeto deste Termo de Referência, não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela sua execução, reservando-se o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude desta responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização, diretamente ou por prepostos designados;

6.2 - Comunicar à Contratada toda e qualquer irregularidade referente à execução do Contrato;

6.3 - Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada;

6.4 - Comunicar oficialmente à Contratada quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave.

6.5 - Remunerar a Contratada pelos serviços efetivamente prestados.

7 - DO PAGAMENTO:

7.1 - Os pagamentos serão efetuados por etapa, conforme cronograma físico-financeiro, sendo considerados para faturamento, a conclusão das atividades elencadas na planilha que integra o item 3 deste Termo de Referência.

A conclusão das etapas deverá ser comprovada por meio da apresentação de relatórios conclusivos devidamente atestados pelo setor competente deste Instituto, acompanhada dos seguintes documentos:

7.1.1 - Nota Fiscal, boleto e/ou Fatura relativa ao fornecimento do objeto;

7.1.2 - Certidão Negativa de Débitos Municipal (ISS);

7.1.3 - Certidão Negativa de débitos relativos as contribuições e previdenciárias e as de terceiros;

7.1.4 - Certidão conjunta negativa de débitos relativos a tributos e a dívida ativa da união;

7.1.5 - Certidão de débitos inscrito em dívida ativa – negativa (SEFAZ);

7.1.6 - Certidão de regularidade do FGTS-CRF;

7.1.7 - Certidão negativa de débitos trabalhistas;

7.2 - Após a validação e avaliação criteriosa da conformidade do serviço descrito como objeto deste Termo de Referência, a área gestora do contrato emitirá o Termo de Aceite e sucessivamente, atestará a nota fiscal apresentada pela Contratada. Essa avaliação será realizada em até 5 (cinco) dias úteis, contados da data em que a referida área realizar a recepção definitiva do objeto.

7.3 - A emissão do termo de aceite e a apresentação da nota fiscal devidamente atestada citada no subitem 7.2 deverá ser anexada ao processo de pagamento, sendo essa uma condição sine qua non para que ocorra a liberação do pagamento à Contratada.

7.4 - Tendo a unidade gestora do contrato constatado a inconformidade do objeto fornecido pela Contratada, esta será formalmente notificada por aquela. De forma a dar prosseguimento no processo de pagamento, a Contratada deverá sanar os problemas apresentados pelo Contratante e solicitar novamente a análise de conformidade em relação ao objeto deste Termo de Referência (o prazo para a reanálise será o mesmo do descrito no subitem 7.2).

7.5 - Após o referido termo de aceite ser anexado ao processo de pagamento, o mesmo seguirá para a Coordenação de Tesouraria do Contratante para os procedimentos finais à liberação dos pagamentos.

8 - GESTOR DO CONTRATO

A figura do Gestor e Fiscal de contrato será estabelecida quando da assinatura do contrato, através de publicação de portaria específica.

9 - DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do contrato será de 12 meses, contados a partir da data de sua assinatura e eficácia após sua publicação, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, tendo em vista tratar-se de contrato por escopo, consoante previsão legal do art. 57, §1º, inciso III da Lei nº 8.666/1993.

10 - DO REAJUSTE

10.1 - Os preços inerentes à execução do contrato serão os apresentados na proposta da Contratada.

10.2 - Os reajustes no contrato serão precedidos de solicitação da Contratada, acompanhada de demonstração analítica e alteração dos custos.

10.3 - Serão passíveis de reajuste contratual, visando o equilíbrio financeiro, os valores inicialmente contratados, somente após o período de 12 (doze) meses, durante a vigência do contrato.

10.4 - No caso do primeiro reajuste, o prazo de um ano para ser requerido é contado da data da proposta apresentada pela empresa, sendo o prazo limite para a solicitação, a data da próxima prorrogação contratual, sob pena de preclusão, ocasião em que será avaliada a vantajosidade da continuidade do ajuste.

10.5 - Para os reajustes subsequentes ao primeiro, o prazo de um ano deve ser contado a partir da data dos efeitos financeiros do último reajuste.

10.6 - Os reajustes a que o contrato fizer jus e não forem solicitados durante a vigência do contrato, serão objeto de preclusão com assinatura da prorrogação contratual ou com encerramento do contrato.

10.7 - O valor do Contrato poderá ser reajustado anualmente, em caso de prorrogação, a contar do mês de apresentação da proposta.

10.8 - Incumbirá à Contratada a iniciativa e o encargo do cálculo de cada reajuste, a ser analisado e aprovado pela Contratante, juntando-se os respectivos documentos comprobatórios.

10.9 - Quando da solicitação de reajuste, esta somente será concedida mediante comprovação pela Contratada do aumento dos custos.

10.10 - O reajuste será concedido quando da prorrogação, com base na variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo).

11 – DAS SANÇÕES

11.1 - Constituem ilícitos administrativos, a serem considerados em todas as modalidades licitatórias, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, além da prática dos atos previstos nos arts. 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93, a prática dos atos previstos no art. 7º da Lei Federal nº 10.520/02 e no Capítulo X, arts. 77 ao 83 da Lei Estadual nº 17.928/12, ou em dispositivos de normas que vierem a substituí-los. Descreve a legislação:

11.1.1 - Artigo 80 da Lei Estadual nº 17.928/2012 - a inexecução total ou parcial das obrigações contratuais pactuadas, inclusive por atraso injustificado na execução do contrato, erros de execução ou inadimplemento contratual, sujeitará o contratado, além das sanções referidas no art. 78, garantida à CONTRATADA o direito ao contraditório e à prévia defesa, à multa de mora, graduada de acordo com a gravidade da infração, obedecidos os limites máximos, a seguir apresentados:

a) Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do Contrato ou instrumento equivalente, em caso de descumprimento total da obrigação, inclusive no caso de recusa em firmar o contrato ou retirar a nota de empenho, ou ainda, na hipótese de negar-se a efetuar o reforço da caução, dentro de 10 (dez) dias contados de sua convocação;

b) Multa de 0,3% (três décimos por cento) ao dia, até o 30º dia de atraso, sobre o valor da parte do fornecimento do produto ou serviço não realizado, ou sobre a parte da etapa do cronograma físico de obras não cumprido;

c) Multa de 0,7% (sete décimos por cento) sobre o valor da parte do fornecimento ou serviço não realizado do objeto, ou sobre a parte da etapa do cronograma físico de obras não cumprido, por cada dia subsequente ao 30º.

11.1.2 - O § 1º, art. 80 da Lei nº 17.928/12, prevê que as multas a que se refere este artigo, não impede que a Administração rescinda unilateralmente o contrato e aplique as demais sanções previstas na Lei retromencionada.

11.1.3 - É previsto no § 2º do art. 80 da Lei nº 17.928/12, que a multa aplicada, após regular processo administrativo, será descontada da garantia (caso haja) do contratado faltoso.

11.1.4 - No § 3º art.80 da Lei nº 17.928/12, se o valor da multa exceder ao da garantia prestada, (se houver), além da perda desta, o contratado responderá pela sua diferença, que será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou, ainda, se for o caso, cobrada judicialmente.

11.1.5 No artigo 81, da Lei nº 17.928/12, a suspensão de participação em licitação e o impedimento de contratar com a Administração deverão ser graduados pelos seguintes prazos:

I – 06 (*seis*) meses, nos casos de:

a) Aplicação de 02 (duas) penas de advertência, no prazo de 12(doze) meses, sem que o fornecedor tenha adotado as medidas corretivas no prazo determinado pela Administração;

b) Alteração da quantidade ou qualidade da mercadoria fornecida;

II – 12 (*doze*) meses, no caso de retardamento imotivado da execução de obra, de serviço, de suas parcelas ou do fornecimento de bens;

III – 24 (*vinte e quatro*) meses, nos casos de:

a) Entregar como verdadeira mercadoria falsificada, adulterada, deteriorada ou danificada;

b) Paralisação de serviço, de obra ou de fornecimento de bens sem justa fundamentação e prévia comunicação à Administração;

c) Praticar ato ilícito visando frustrar os objetivos da licitação no âmbito da administração estadual;

d) Sofrer condenação definitiva por praticar, por meio doloso, fraude fiscal no recolhimento de qualquer tributo.

11.1.6 Artigo 82, da Lei nº 17.928/12, o contratado que praticar infração prevista no *art.81, inciso III*, será declarado inidôneo, ficando impedido de licitar e contratar com a administração estadual, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida quando ressarcida a Administração dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da respectiva sanção.

11.1.7 Artigo 83, da Lei nº 17.928/12 – Qualquer penalidade aplicada ao candidato a cadastramento, ao licitante ou ao contratado, deverá ser informada, imediatamente, à unidade gestora de serviço de registro cadastral.

11.1.8 Em qualquer caso, antes da aplicação de qualquer penalidade, fica assegurado à Contratada o direito prévio ao contraditório e à ampla defesa.

11.1.9 O cumprimento irregular ou o não cumprimento, pela Contratada, das obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais resultantes do contrato, ensejara-lhe a rescisão unilateral (Lei nº 8.666/93, art. 78 c/c. Art. 71).

SILVIO ANTONIO FERNANDES FILHO
PRESIDENTE DO IPASGO



Documento assinado eletronicamente por **SILVIO ANTONIO FERNANDES FILHO, Presidente**, em 29/07/2019, às 16:44, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **8292395** e o código CRC **47B1BD1A**.

GABINETE DO PRESIDENTE
AVENIDA PRIMEIRA RADIAL Qd.F - Bairro SETOR PEDRO LUDOVICO - CEP 74820-300 -
GOIANIA - GO - N º 586 ç BLOCO 3, 4º ANDAR (62)3238-2400



Referência: Processo nº 201900022064064



SEI 8292395