



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE**

**ANEXO I – DO TERMO DE REFERÊNCIA**

| <b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>   | <b>PONTUAÇÃO</b> |
|---|------------------|
| 1) Apresentar ato constitutivo e Estatuto em vigor, acompanhado da última ata da assembleia da eleição de sua atual diretoria devidamente registrado em cartório;   | Eliminatório     |
| 2) Certidão de inteiro teor emitida pelo Cartório em que se encontra registrada a entidade, emitida em até 30 (trinta) dias da data final de protocolo do envelope;   | Eliminatório     |
| 3) Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade, com endereço, número e órgão expedidor da carteira de identidade e número de registro no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF da Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB de cada um deles;   | Eliminatório     |
| 4) Comprovação de que a organização social funciona no endereço por ela declarado;  | Eliminatório     |
| 5) Documento de identificação com foto e CPF/MF do representante legal da entidade devidamente autenticada;   | Eliminatório     |
| 6) Prova de inscrição no CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, com CNAE.   | Eliminatório     |
| 7) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, contendo as atividades pertinentes a sua finalidade e compatível com o objeto do Edital de Seleção;  | Eliminatório     |
| 8) Prova de regularidade fiscal:<br>a) Perante a Fazenda Nacional, através da Certidão Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CND), expedida conjuntamente pela Secretaria Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa; | Eliminatório     |



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE**

|   |              |
|---|--------------|
| <p>b) Perante a Fazenda Estadual, comprovada através de Certidão de Regularidade Fiscal – CRF, emitida pela Secretaria da Fazenda do domicílio ou sede da entidade.</p> <p>c) Perante a Fazenda Municipal, comprovada através de Certidão de Regularidade Fiscal Municipal, emitida pela Prefeitura Municipal do domicílio ou sede da entidade.</p>   |              |
| 9) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, comprovada através de apresentação de certidão fornecida pela Caixa Econômica Federal;  | Eliminatório |
| 10) Cópia do Decreto Municipal que qualificou a instituição como Organização Social de Saúde no âmbito do município, nos termos da Lei Municipal n. 6304/2014.  | Eliminatório |
| <p>11) Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados do <u>último exercício, já exigível</u> e apresentados na forma da Lei (publicação em Diário Oficial ou em Jornal de Grande circulação), que comprovem a boa situação financeira da entidade, vedada a substituição por Balancetes ou Balanços provisórios com apresentação de registro e regularidade do profissional de contabilidade que assina o balanço no Conselho Regional de Contabilidade.</p> <p>a) O referido balanço, quando escriturado em forma não digital, deverá ser devidamente certificado por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, mencionando, obrigatoriamente, o número do livro diário e folha em que o mesmo se acha transcrito.</p> <p>b) O referido balanço quando escriturado em livro digital deverá vir acompanhado de “Recibo de entrega de livro digital”, apresentando, se possível, termos de abertura e de encerramento dos livros contábeis.</p> <p>c) O balanço patrimonial deverá estar registrado e assinado pelos administradores ou responsáveis legais e por contador ou outro profissional equivalente;</p> <p>d) A comprovação de boa situação financeira, de caráter eliminatório, será analisada com base no Balanço Patrimonial apresentado pela Proponente, assinado por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, mediante índices de liquidez corrente, de liquidez geral, de endividamento e de solvência conforme fórmulas abaixo.</p> <p style="text-align: center;">I- O cálculo dos índices deverá ser realizado exclusivamente com base nas informações extraídas do Balanço Patrimonial e deverá ser apresentado em papel timbrado da instituição, assinado por</p> | Eliminatório |



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE**

|  |              |
|--|--------------|
| <p>profissional registrado no Conselho Regional de Contabilidade e representante legal da empresa.</p> <p><b>II-</b> As instituições que apresentarem resultado de ILC, ILG e ISG &lt; 1 (menor que um) serão inabilitadas da presente Seleção Pública.</p> <p style="text-align: center;"><b>ILC = (AC) / (PC) ≥ 1</b><br/><b>ILG = (AC + RLP) / (PC + ELP) ≥ 1</b><br/><b>ISG = AT / (PC+ELP) ≥ 1</b><br/><b>EG = [(PC + ELP) / AT] X 100</b></p> <p>Em que:<br/>ILC = Índice de Liquidez Corrente<br/>ILG = Índice de Liquidez Geral<br/>ISG = Índice de Solvência Geral<br/>EG = Endividamento Geral<br/>AC = Ativo Circulante<br/>RLP = Realizável de Longo Prazo<br/>PC = Passivo Circulante<br/>ELP = Exigível em Longo Prazo<br/>AT = Ativo Total.</p> <p>e)As instituições que apresentarem resultado menor que 01 (um), em qualquer dos índices citados no subitem anterior, estarão inabilitadas do presente certame.</p> |              |
| 12) Proposta da OSS de como procederá com a gestão a ser implantada  | Eliminatório |
| 13) Apresentar Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos do TCU - ( <a href="https://contas.tcu.gov.br/ords/f?p=INABILITADO:CERTIDAO">https://contas.tcu.gov.br/ords/f?p=INABILITADO:CERTIDAO</a> )  | Eliminatório |
| 14) Comprovar o gerenciamento de unidade hospitalar com mais de 12 meses (02 pt para cada experiência)   | 10,0 PONTOS  |
| 15) Possuir Certificação das entidades beneficentes de assistência social que tenham atuação exclusiva ou preponderante na área da Saúde - CEBAS vigente.  | 5,0 PONTOS   |
| 16) Gerenciar unidades acreditadas ONA, Joint Commission Internacional e/ou Qmentum da Canadá Accreditation Internacional.   | 2,5 PONTOS   |



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE**

|   |            |
|---|------------|
| 17) Experiência com o desenvolvimento de atividades de ensino, nas modalidades de graduação e pós-graduação, em ambiente de pronto atendimento. | 2,5 PONTOS |
| TOTAL   | 20 PONTOS  |