

## ATO DE CONVOCAÇÃO

HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS DE SANTO ANDRÉ

PROCESSO Nº. 15.1734-2021

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE MEDICINA NUCLEAR IN VIVO.

O presente certame segue as determinações do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC e unidades mantidas, publicado em 02 de Dezembro de 2015 no DOESP/ Volume 125/ nº223 e retificado em 03 de dezembro de 2016 no DOESP/ Volume 126/ nº226;

**MODALIDADE:** Valor Superior (art. 11, alínea “c”, do Regulamento).

**FORMA DE SELEÇÃO:** O Critério de seleção utilizado será o de menor valor, resultante da soma do “valor total global anual”, constante na tabela 01(anexo I), com o valor total descrito na tabela 02(anexo I), desde que a proposta apresentada atenda ao solicitado no Termo de Referência e seus anexos.

**OBJETO:** A presente Coleta de Preços tem por objeto a Contratação pelo Hospital Estadual Mario Covas, de empresa especializada em prestação de serviços especializados na realização de procedimentos de medicina nuclear in vivo.

**APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:** As empresas participantes deverão apresentar sua proposta nos mesmos moldes estabelecidos no ANEXO I, sob pena de desclassificação, O preço ofertado deverá contemplar todos os tributos, fretes, tarifas e despesas decorrentes da execução do serviço.

### MEMORIAL DESCRITIVO:

O Memorial Descritivo está disponibilizado eletronicamente neste site, e nele consta todas as informações técnicas aplicáveis, descrição pormenorizada do serviço a ser executado, bem como todas as demais informações necessárias a elaboração da proposta técnica-comercial.

**VISTORIA TECNICA FACULTATIVA:** As empresas interessadas, por intermédio de seus respectivos representantes, poderão efetuar vistoria onde serão prestados os serviços no Hospital Estadual Mário Covas, para que tomem conhecimento das respectivas condições para execução do objeto, devendo apresentar Declaração de Vistoria (Anexo II) e não podendo alegar qualquer desconhecimento como componente impeditivo da formulação da proposta ou do perfeito cumprimento da futura contratação.

A vistoria técnica é facultativa e deverá ser realizada mediante agendamento prévio, conforme exigido no Ato de Convocação.

Ao término da vistoria, o representante da empresa deverá exigir da unidade vistoriada que lhe seja fornecida declaração de vistoria, conforme modelo (Anexo II), que deverá, obrigatoriamente, estar datada e assinada pelo responsável pela Unidade, com a respectiva identificação funcional legível.

Para o correto dimensionamento e elaboração da proposta, **durante o período de 02 (dois) dias, sendo somente no 30/11 das 09 às 11 horas e dia 01/12 no horário das 13 às 15 horas**, as empresas proponentes poderão realizar vistoria técnica acompanhada pelo Gestor Medico, nas instalações do local de execução dos serviços, agendar a visita com 24 horas de antecedência através dos e-mails: [emerson.sabaini@hospitalmariocovas.org.br](mailto:emerson.sabaini@hospitalmariocovas.org.br)

**DATA E HORÁRIO DA ENTREGA DAS PROPOSTAS:** As propostas deverão ser entregues **somente no dia 07 de dezembro de 2021 (PRAZO IMPRORROGÁVEL), DAS 8:00HS ÀS 16:30 HS.**

**LOCAL DA ENTREGA DAS PROPOSTAS:** As propostas deverão ser entregues no endereço: Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321, Bairro Paraíso, Santo André/SP, no Setor de Compras (4º andar). A documentação necessária estará relacionada no Memorial Descritivo e será solicitada somente a empresa melhor classificada, mediante publicação.

**A empresa melhor classificada da presente coleta de preços, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis a partir da comunicação oficial, para a apresentação dos documentos, sob pena, de não o fazendo, ser desclassificada.**

O envelope da proposta deverá indicar: o nome da empresa, o objeto do certame e; OBRIGATORIAMENTE na proposta, indicar o endereço eletrônico (e-mail) para o qual será enviado o resultado do presente certame, ficando certo que o Hospital não será responsabilizado e/ou onerado por eventual ausência de indicação, erro de digitação por parte da empresa e problemas em seu servidor.

Santo André, 26 de novembro de 2021.

Emerson Sabaini  
Comprador

Vanessa Dias Donida da Costa  
Gerente de Suprimentos

## MEMORIAL DESCRITIVO

Processo nº 15.1734/2021

|                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEMORIAL PARA COLETA DE PREÇOS VISANDO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE MEDICINA NUCLEAR <i>IN VIVO</i>.</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Acha-se disponível no **Hospital Estadual Mário Covas Santo André** (Fundação do ABC – Organização Social de Saúde), doravante denominado “Hospital”, localizado na Rua Doutor Henrique Calderazzo, nº 321, CEP 09190-615, Bairro Paraíso, Santo André/SP, inscrito no CNPJ sob o nº 57.571.275/0006-07, o memorial descritivo para concorrência e coleta de preços, tipo **(VALOR TOTAL GLOBAL ANUAL)**, objetivando a contratação supramencionada.

A retirada do presente Memorial Descritivo, realização de eventual visita técnica, bem como a entrega de propostas deverão cumprir o estabelecido no respectivo Ato de Convocação publicado no site [www.fuabc.org.br](http://www.fuabc.org.br), “Publicações Oficiais”, “Editais”.

### 1. DO OBJETO

1.1. A presente Coleta de Preços tem por objeto a Contratação pelo Hospital Estadual Mario Covas de empresa especializada na realização de procedimentos de Medicina Nuclear *IN VIVO*.

### 2. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA EMPRESA MELHOR CLASSIFICADA NA COLETA DE PREÇO

2.1. Os documentos abaixo relacionados deverão ser entregues presencialmente no setor de compras do Hospital, disponibilizados em folha tamanho A4 e em envelope lacrado, devidamente identificado com o nome da empresa.

2.1.1. Relativos à Habilitação Jurídica:

- a) Registro comercial, no caso de empresário individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresárias e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

b.1 Os documentos em apreço deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

2.1.2. Relativos à Regularidade Fiscal e Trabalhista:

- a) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) matriz ou filial, que irá executar os serviços, se vencedora do certame;
- b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes estadual e/ou municipal (se houver) relativo à sede da participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratado;
- c) Prova de regularidade com as Fazendas Públicas:
  - c.1 Federal: (Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007),
  - c.2 Estadual: admitida a certidão positiva com efeito de negativa ou outra equivalente na forma da lei;
  - c.3 Municipal: certidão de tributos **mobiliários e imobiliários, (entregues separadamente)**, conforme sede da participante.
- d) Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF);
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei Federal nº 12.440/11;
- f) Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, emitida no período de até 30 (trinta) dias anteriores à data fixada para a entrega dos envelopes;
- g) Declaração da empresa, sob pena da lei, de responsabilidade em caso de seus funcionários ou prepostos moverem futuras reclamações trabalhistas ou processos cíveis, se comprometendo a efetuarem a exclusão do polo passivo do Hospital Estadual Mário Covas, tanto para responsabilidade solidária quanto subsidiária.

#### 2.1.3. Relativos à Qualificação Econômico-Financeira:

- a) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, apresentados na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios;

#### 2.1.4. Relativos à Qualificação Técnica:

- a) Atestado (s) de capacidade técnica, emitida por órgãos públicos ou privados, pertinente ao ramo de atividade da interessada, registrado no órgão competente, compatível (is) em características, quantidade e prazos referentes ao objeto da contratação, contemplando no mínimo

50% (cinquenta por cento) da execução pretendida, nos termos da súmula 24 do TCE de São Paulo;

- b) Os atestados deverão conter, no mínimo, as seguintes informações: Prazo contratual, Data de início e término (caso o contrato ainda esteja vigente, esta informação deverá constar do atestado), Natureza da prestação dos serviços, Quantidades executadas, Caracterização do bom desempenho da Participante; Ser (em) fornecido (s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado em nome da empresa participante, com indicação do cargo e telefone de quem assinou o atestado para confirmação;
- c) Declaração que, de acordo com as especificações fornecidas pelo Hospital, a empresa possui perfeitas condições para execução completa dos serviços objeto do presente Memorial;
- d) Declaração da empresa, sob pena da lei, de responsabilidade em caso de seus funcionários ou prepostos moverem futuras reclamações trabalhistas ou processos cíveis, se comprometendo a efetuarem a exclusão do polo passivo do Hospital Estadual Mário Covas, tanto para responsabilidade solidária quanto subsidiária.

#### 2.1.5. Relativos à documentação técnica específica :

2.1.5.1. Considerando a natureza do serviço objeto da contratação, a empresa melhor classificada, deverá apresentar, quando solicitado, os documentos abaixo relacionados, bem como todos os demais documentos solicitados no ato de convocação e memorial descritivo, sob pena de desclassificação :

- a) Contrato Social devidamente registrado no CRM, com objeto social de prestação de serviços especializados em Medicina Nuclear.
- b) CNPJ com CNAE de Medicina Nuclear – 8640-2/05 – Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia.
- c) Comprovação do Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina.

2.1.5.2. Após assinatura do instrumento contratual, a empresa vencedora do certame deverá apresentar:

- a) Título de Especialista dos profissionais médicos que atuarão no serviço;

- b) Registro válido de pessoa física da CNEN, de cada profissional médico que atuará no serviço, para preparo, uso e manuseio de fontes radioativas;
- c) Cópia do Certificado de Ergometria e conclusão da residência médica na especialidade de Cardiologia, dos profissionais médicos Cardiologistas Ergometristas que atuarão no serviço;
- d) Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Biomedicina dos profissionais Biomédicos que atuarão no serviço;
- e) Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Enfermagem e certificado de treinamento em radioterapia dos profissionais enfermeiros que atuarão no serviço;
- f) Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Enfermagem dos auxiliares de enfermagem que atuarão no serviço.

2.2. É facultado a comissão de Análise de Julgamento (COJU) ou autoridade superior, em qualquer fase do certame, **a atualização de certidões** por meio eletrônico, para fins de regularidade Fiscal e Trabalhista, quando os documentos apresentarem **prazo de validade expirado**, certificando nos autos do processo a sua regularidade, **vedada a inclusão posterior de documentos novos não apresentados originariamente.**

2.2.1. Não serão atualizadas as certidões com prazo de validade expirado a mais de 30 dias.

2.2.2. Se não for possível atualizá-las por meio eletrônico hábil de informações, a empresa vencedora será notificada para, no prazo de 02 (dois) dias úteis, apresentar certidão atualizada, comprovando a sua situação de regularidade, sob pena de desclassificação do certame.

2.3. Ausente quaisquer dos documentos solicitados no item 2, a empresa participante será automaticamente desclassificada.

### 3. DOS IMPEDIMENTOS

3.1. Conforme § 1º do artigo 20 do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC e suas unidades mantidas, a empresa vencedora de qualquer concorrência não deverá incidir em quaisquer penalidades ou impedimentos de licitar ou contratar com a Administração Pública e a Fundação do ABC e suas unidades mantidas.

- 3.2. Não serão analisadas propostas de empresas que se encontrarem nas seguintes condições: impedidas por lei, participação de consórcio, subcontratação de serviço.

#### 4. DAS PROPOSTAS

- 4.1. A proposta deverá ser encaminhada em envelope lacrado, identificado com a razão social da empresa candidata e com objeto do certame, sob pena de desclassificação, vedado a inclusão de novos documentos após a entrega, seja pessoal ou por qualquer meio eletrônico.
- 4.2. A empresa candidata, em sua proposta, deverá indicar o endereço eletrônico (e-mail) para o qual será enviado a ata de julgamento do resultado do presente certame, ficando certo que o Hospital não será responsabilizado e/ou onerado por eventual ausência de indicação, erro de digitação por parte da empresa ou problemas em seu servidor.
- 4.3. A proposta comercial deverá apontar o **“VALOR TOTAL GLOBAL ANUAL”**.
- 4.4. Ficam obrigadas as participantes, para composição dos valores, apresentar suas propostas **conforme tabela constante do Anexo I do presente Memorial Descritivo**.
- 4.5. Os preços apresentados deverão ser em reais, com até duas casas decimais, expressos em algarismos e por extenso, computados todos os custos básicos diretos, bem como tributos, encargos sociais e trabalhistas e quaisquer outros custos ou despesas que incidam ou venham a incidir direta ou indiretamente sobre o objeto do Memorial, tais como frete, combustível, embalagens, e demais despesas concernentes à plena execução do objeto.
- 4.6. Deverão estar inclusos no preço ofertado, eventuais serviços de mão de obra e todas as despesas necessárias à execução dos serviços, livre de quaisquer ônus para o Hospital, sejam estes de natureza trabalhista, previdenciárias, ou ainda, transportes, veículos, combustível, tributos, etc.
- 4.7. A proposta deverá conter as especificações dos serviços oferecidos, em consonância com o objeto do presente memorial, bem como do Termo de Referência.
- 4.8. Os participantes que ofertarem suas propostas abaixo do valor praticado no mercado, deverão apresentar quando solicitado, junto com sua planilha de quantitativos e valores, planilha de custos de demonstre que a mesma é exequível e compatível com os preços de mercado e com a execução do objeto ora tratado, em relação a preços, salários, produtividade, BDI correspondente, transporte, seguro, encargos sociais e previdenciários, tributos fiscais e outros fatores que influenciem de forma direta ou indireta na execução do objeto tratado, sob pena de desclassificação.

4.9.O prazo de validade da proposta, não inferior a 60 (sessenta) dias, deverá ser determinado na proposta.

## 5. DO PROCESSAMENTO E JULGAMENTO

- 5.1.As propostas serão processadas e julgadas pela Comissão de Análise e Julgamento (COJU) do Hospital Estadual Mário Covas Santo André que submeterá sua decisão ao Diretor Geral/Superintendente do Hospital, nos termos regimentais.
- 5.2.A COJU publicará a conclusão da concorrência, constando o nome da empresa vencedora no site da FUABC ([www.fuabc.org.br](http://www.fuabc.org.br)) e enviará e-mail com ata do resultado do julgamento das propostas para cada um dos participantes deste certame, ocasião em que será aberto prazo para recurso e impugnações.
- 5.3.A COJU utilizará como forma de desempate, a avaliação da idoneidade das empresas candidatas; qualidade do produto e/ou serviço oferecido; condições de garantia; verificação e comparação da somatória de fatores, incluindo distância, transporte seguro até o local da entrega, forma de pagamento, prazo para entrega e o cumprimento integral das especificações do presente Memorial Descritivo.
- 5.4.O Critério de seleção utilizado será o de menor valor, resultante da soma do “valor total global anual”, constante na tabela 01 (anexo I), com o valor total descrito na tabela 02 (anexo I), desde que a proposta apresentada atenda ao solicitado no Termo de Referência e anexos
- 5.5.Será considerada vencedora do certame a empresa melhor classificada, considerando o critério estabelecido no item 5.4, dentre as participantes que, concomitantemente, atender todas as exigências especificadas no Termo de Referência, no Ato de Convocação, no Memorial Descritivo e na Minuta Contratual.**
- 5.6.Serão desclassificadas as propostas que não atendam as exigências formais ou técnicas deste Memorial Descritivo.
- 5.7.Na hipótese de todas as propostas serem desclassificadas e a critério da COJU, poderá ser fixado prazo para apresentação de novas propostas comerciais.
- 5.8.A COJU, ou quem ela indicar, reserva-se o direito de efetuar diligências para esclarecer ou verificar a autenticidade e veracidade dos documentos e/ou informações apresentadas nas Propostas.
- 5.9.A empresa melhor classificada da presente coleta de preços, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis a partir da comunicação oficial, para a apresentação dos documentos, sob pena, de não o fazendo, ser desclassificada.**

## 6. DOS QUESTIONAMENTOS E ESCLARECIMENTOS

6.1. Os questionamentos e/ou esclarecimentos de caráter técnico ou legal sobre o presente Memorial Descritivo, deverão ser formalizados em papel timbrado da empresa e protocolizados no Setor de Compras do Hospital Estadual Mario Covas Santo André.

6.1.1. Tais questionamentos deverão ser encaminhados à COJU em até 02 (dois) dias úteis antes da data final da entrega das propostas, para análise e respostas.

6.2. As respostas aos questionamentos serão publicadas no site da Fundação do ABC ([www.fuabc.org.br](http://www.fuabc.org.br)) permitindo acesso a todos os interessados.

6.3. **Não serão atendidas solicitações verbais ou por telefone.**

6.4. Durante o período compreendido entre a data de entrega das propostas e a notificação do resultado final do certame, os concorrentes deverão abster-se de entrar em contato com os membros da COJU para assuntos correlatos.

6.5. Os questionamentos e/ou esclarecimentos não suspendem o certame, salvo, em caso de análise técnica que demande maior tempo para análise, razão pela qual a suspensão será publicada no site da Fundação do ABC ([www.fuabc.org.br](http://www.fuabc.org.br)).

## 7. DAS IMPUGNAÇÕES E RECURSOS

7.1. As empresas participantes poderão protocolizar no Setor de Compras do Hospital Estadual Mário Covas Santo André impugnação dos termos deste Memorial Descritivo até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para entrega das propostas, remetendo suas razões à Superintendência/Diretoria Geral do Hospital.

7.2. As impugnações serão analisadas quanto à existência de efeito suspensivo pela COJU, que publicará sua decisão através do site da FUABC ([www.fuabc.org.br](http://www.fuabc.org.br)).

7.3. Caberá recurso da decisão da COJU no prazo de 02 dias úteis da notificação do resultado final. Os recursos deverão ser protocolizados no Setor de Compras do Hospital Estadual Mário Covas Santo André e remetidos à Superintendência/Diretoria Geral do Hospital Estadual Mário Covas de Santo André para análise e julgamento.

7.4. São legitimados para apresentação de recurso os representantes legais da empresa e/ou aqueles indicados em procuração específica.

7.5. Ocorrendo interposição de recurso por quaisquer das empresas participantes, as demais serão noticiadas através de e-mail, para que, em havendo interesse,

apresentem sua impugnação e/ou contrarrazões em 02(dois) dias úteis da notificação.

7.6.A decisão do recurso apresentado será publicada no site da FUABC ([www.fuabc.org.br](http://www.fuabc.org.br)).

## 8. DAS VISTAS AO PROCESSO

8.1.Após a publicação do resultado final no site [www.fuabc.org.br](http://www.fuabc.org.br), caso alguma empresa candidata tenha interesse ou necessidade de vistas ao processo do certame, deverá formalizar tal pedido em papel timbrado e protocolizar na recepção do Hospital. As vistas serão realizadas individualmente aos proponentes interessados, em dia, hora e local estipulados pelo Hospital.

8.2.Na realização das vistas ao processo, o proponente solicitante será acompanhado por funcionário indicado do Hospital.

8.2.1. Em razão da pandemia do Corona Vírus (COVID-19), a parte interessada deverá providenciar por meios próprios, a extração de cópias, preferencialmente por qualquer meio eletrônico.

## 9. DOS ANEXOS

9.1. Integram o presente Memorial Descritivo:

Termo de Referência

ANEXO I – Planilha de Proposta Comercial

ANEXO II – Declaração de Vistoria

ANEXO III – Minuta do Contrato

## 10. DO CONTRATO

10.1. O representante ou procurador da empresa declarada como vencedora deverá comparecer a sede do Hospital, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis contados da sua convocação, para retirada, assinatura e devolução do respectivo Contrato em 03 dias úteis após sua retirada, sob pena de, não o fazendo, ficar a mesma impossibilitada de participar de futuras coletas de preços do Hospital.

10.2. Os serviços serão iniciados pela empresa vencedora após a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços.

10.3. O Termo de Referência integrará o contrato que vier a ser firmado com a empresa vencedora.

## **11. DAS PENALIDADES**

- 11.1. As penalidades serão aplicadas conforme os termos do Contrato, cuja minuta constitui Anexo III.

## **12. DOS PAGAMENTOS**

- 12.1. Os pagamentos serão efetuados em conformidade ao termo do Contrato, cuja minuta constitui Anexo III.

## **13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 13.1. O presente Memorial Descritivo respeita os princípios da igualdade, legalidade, moralidade, publicidade, impessoalidade, probidade administrativa e transparência, garantindo assim lisura em todo o processo.
- 13.2. Os documentos xerocopiados apresentados deverão ser preferencialmente autenticados.
- 13.3. A proposta comercial deverá ser apresentada em papel timbrado da empresa candidata, impressa ou datilografada sem emendas ou rasuras.
- 13.4. O Hospital Estadual Mario Covas Santo André se reserva o direito de cancelar o presente processo, a qualquer tempo, fundamentando sua decisão.

## TERMO DE REFERÊNCIA PARA SERVIÇO

### 1. OBJETO

- 1.1. Prestação de serviços especializados na realização de procedimentos de Medicina Nuclear *in vivo*.

### 2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

- 2.1. A contratação de prestação de serviços especializados na realização de procedimentos de Medicina Nuclear *in vivo* se justifica pela necessidade da continuidade no atendimento aos pacientes referenciados pela Secretaria da Saúde, bem como, provenientes da agenda interna do Hospital Estadual Mário Covas – H.E.M.C.

### 3. ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO

3.1. Descrição detalhada do serviço a ser executado:

- 3.1.1. Prestação de serviços especializados na realização de procedimentos de Medicina Nuclear *in vivo* nas dependências do H.E.M.C, oriundos da demanda interna, bem como, da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS).

- 3.1.1.1. O H.E.M.C deverá fornecer o local, as instalações e os equipamentos listados na tabela constante no item 3.6.1 para o desenvolvimento dos serviços contratados, que ficarão à disposição da empresa prestadora, para suas atividades, inclusive espaço para arquivamento dos relatórios.

- 3.1.1.2. O H.E.M.C deverá disponibilizar as agendas dos exames que ficarão sob sua responsabilidade, contendo datas, horários e quantidades de exames a serem realizados de acordo com o estabelecido neste instrumento.

- 3.1.1.3. A empresa prestadora deverá fornecer ao paciente, relatório do atendimento prestado, em documento, contendo laudo médico.

3.2. Definição de equipe mínima para execução do serviço:

- 3.2.1. 02 (dois) Médicos Nucleares com licença A.N. (responsável e substituto) que deverão estar disponíveis durante todo o período de execução dos exames;

- 3.2.2. 01 (um) Cardiologista Ergometrista;

3.2.3. 02 (dois) Auxiliares de Ergometria;

3.2.4. 01 (um) Enfermeiro (a);

3.2.5. 01 (um) Auxiliar de Enfermagem;

3.2.6. 02 (dois) Biomédicos (as), com especialização na área de imagem;

3.2.7. 02 (dois) profissionais de apoio administrativo para atendimento de recepção e faturamento com atuação durante todo o período de atendimento pré-fixado e com cobertura nos períodos de almoço, intervalo e férias.

### 3.3. Local da Prestação:

3.3.1. Os serviços serão prestados nas dependências do Hospital Estadual Mário Covas, localizado na Rua: Dr. Henrique Calderazzo, nº321, Santo André – SP CEP: 09190-615.

### 3.4. Procedimentos a serem executados:

3.4.1. Serão executados todos os procedimentos de medicina Nuclear *in vivo*, discriminados na tabela abaixo, desde que realizados com uso de Gama-Câmara Digital Tomográfica (SPECT):

| Código de Referência: Tabela SIGTAP SUS | Procedimento                                                                                      |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02.08.01.001-7                          | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67                                                              |
| 02.08.01.002-5                          | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECCOES) |
| 02.08.01.003-3                          | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECCOES)  |
| 02.08.01.004-1                          | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECCOES )                       |
| 02.08.01.006-8                          | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO                                             |
| 02.08.01.007-6                          | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO                            |
| 02.08.01.008-4                          | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)         |
| 02.08.02.001-2                          | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)                                                 |
| 02.08.02.002-0                          | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES                                                           |
| 02.08.02.003-9                          | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO                                            |
| 02.08.02.005-5                          | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)                                           |
| 02.08.02.006-3                          | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)                                       |
| 02.08.02.007-1                          | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO                                                      |
| 02.08.02.008-0                          | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL                                              |
| 02.08.02.009-8                          | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA                                           |
| 02.08.02.010-1                          | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                                       |

|                |                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02.08.02.011-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                         |
| 02.08.02.012-8 | IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)                                                    |
| 02.08.03.001-8 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                                                                |
| 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO                                                 |
| 02.08.03.003-4 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO                                    |
| 02.08.03.004-2 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO                                                    |
| 02.08.04.001-3 | CAPTACAO DE IODO RADIOATIVO EM 24H                                                            |
| 02.08.04.002-1 | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67                                                              |
| 02.08.04.003-0 | CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL                                                   |
| 02.08.04.005-6 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                                 |
| 02.08.04.006-4 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                                                     |
| 02.08.04.007-2 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                                                   |
| 02.08.04.008-0 | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR                                                          |
| 02.08.04.009-9 | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL                                                        |
| 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO                                                      |
| 02.08.05.002-7 | CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)                                                    |
| 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)                             |
| 02.08.05.004-3 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67                                                   |
| 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)                                           |
| 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)               |
| 02.08.06.003-0 | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL                                                            |
| 02.08.07.001-0 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67                                                           |
| 02.08.07.002-8 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO                                              |
| 02.08.07.003-6 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)                                     |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)                                     |
| 02.08.08.001-5 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                                   |
| 02.08.08.002-3 | DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)                            |
| 02.08.08.003-1 | DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)                                       |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                            |
| 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                          |
| 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)                                      |
| 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)                                                             |
| 03.03.12.004-5 | TRATAMENTO DE CARDIOTOXICOSE POR HIPERTIROIDISMO (ATE 50 MCI)                                 |
| 03.03.12.005-3 | TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE) |
| 03.03.12.006-1 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)                                         |
| 03.03.12.007-0 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES                                                         |
| Sem Referência | CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)                                              |

### 3.5. Horário da prestação do serviço, frequência e periodicidade:

3.5.1. Os serviços serão prestados de segunda à sexta-feira, no horário das 07h00 às 17h00.

### 3.6. Descrição dos equipamentos/bens a serem disponibilizados pelo H.E.M.C

3.6.1. O H.E.M.C deverá disponibilizar toda a infraestrutura física necessária à realização dos serviços a serem prestados, em ambientes considerados como opcionais e outros compartilhados com outras áreas do H.E.M.C, bem como, os bens abaixo relacionados, no estado em que se encontram atualmente, que ficarão disponíveis para verificação no dia da vistoria técnica:

| Quantidade | Bens                                                   |
|------------|--------------------------------------------------------|
| 1          | Armário de aço 2 portas                                |
| 1          | Armário de aço suspenso                                |
| 1          | Armário em laminado melaminico 2 portas                |
| 4          | Assento 3 lugares estofados em longarina               |
| 1          | Biombo 3 faces                                         |
| 2          | Braçadeira estofada para injeção                       |
| 2          | Cadeira de rodas                                       |
| 4          | Cadeira fixa estofada sem braços                       |
| 2          | Cadeira fixa tipo concha empilhável                    |
| 6          | Cadeira giratória estofada sem braço                   |
| 1          | Carro maca com elevação                                |
| 1          | Carro maca hospitalar com grade                        |
| 2          | Escada 2 degraus em inox                               |
| 1          | Equipamento Gama Câmara Philips modelo FORTE Spect 3/8 |
| 1          | Impressora zebra térmica                               |
| 1          | Maca hospitalar com elevação hidráulica                |
| 1          | Mesa auxiliar de inox                                  |
| 1          | Mesa para exame divã clínico                           |
| 5          | Poltrona reclinável                                    |
| 1          | Suporte de soro com rodízios                           |
| 1          | Suporte para hamper inox                               |
| 1          | Televisão                                              |
| 1          | Bancada com 2 portas e 4 gavetas                       |
| 1          | Bancada lisa                                           |
| 1          | Cilindro de oxigênio 10 metros                         |
| 1          | Escada 2 degraus de madeira                            |
| 1          | Impressora                                             |
| 3          | Microcomputador                                        |
| 4          | Telefone (até 2 ramais)                                |

3.6.2. O H.E.M.C deverá se responsabilizar pela manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos/bens que forem de sua propriedade.

3.7. Descrição dos equipamentos/bens/materiais a serem disponibilizados pela empresa prestadora

3.7.1. A empresa prestadora se compromete a disponibilizar todos os equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização dos exames, conforme descrito abaixo:

- 3.7.1.1. Esteira ergométrica;
- 3.7.1.2. Calibrador de dose;
- 3.7.1.3. Monitor de área;
- 3.7.1.4. Estabilizador de voltagem com filtro de linha;
- 3.7.1.5. Kit para controle de qualidade;
- 3.7.1.6. Equipamento inalação pulmonar;
- 3.7.1.7. Lixeiras chumbadas;
- 3.7.1.8. Blocos de chumbo para contenção de barreira;
- 3.7.1.9. Vidro plumbífero;
- 3.7.1.10. Avental de chumbo;
- 3.7.1.11. Protetor de chumbo para seringa.

3.7.2. Deverá fornecer e garantir que todos os profissionais utilizem o dosímetro pessoal e também emitir Laudos Periódicos a serem encaminhados à segurança do trabalho para monitoramento, conforme legislação vigente.

3.8. Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços:

3.8.1. A empresa prestadora providenciará aos seus profissionais todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços.

3.9. Demais especificações que se fizerem necessárias:

3.9.1. Os serviços descritos neste Termo de Referência são de natureza Continuada.

3.9.2. A empresa prestadora deverá seguir as diretrizes Normativas e resoluções CNEN que se aplicarem ao objeto descrito neste Termo de Referência.

3.10. A empresa prestadora deverá se responsabilizar sobre os laudos e vistorias periódicas efetuadas pelo CNEN.

#### **4. CENÁRIO DE REFERÊNCIA**

4.1. Referência Anual: 3.334 exames/ano:

| Código de Referência:<br>Tabela SIGTAP<br>SUS | Procedimento                                                                                      | produção<br>Anual 2019 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 02.08.01.001-7                                | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67                                                              | 0                      |
| 02.08.01.002-5                                | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECCOES) | 883                    |
| 02.08.01.003-3                                | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECCOES)  | 880                    |
| 02.08.01.004-1                                | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECCOES )                       | 0                      |
| 02.08.01.006-8                                | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO                                             | 0                      |
| 02.08.01.007-6                                | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO                            | 0                      |
| 02.08.01.008-4                                | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)         | 0                      |
| 02.08.02.001-2                                | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)                                                 | 0                      |
| 02.08.02.002-0                                | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES                                                           | 0                      |
| 02.08.02.003-9                                | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO                                            | 0                      |
| 02.08.02.005-5                                | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)                                           | 0                      |
| 02.08.02.006-3                                | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)                                       | 2                      |
| 02.08.02.007-1                                | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO                                                      | 3                      |
| 02.08.02.008-0                                | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL                                              | 1                      |
| 02.08.02.009-8                                | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA                                           | 0                      |
| 02.08.02.010-1                                | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                                       | 3                      |
| 02.08.02.011-0                                | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                             | 34                     |
| 02.08.02.012-8                                | IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)                                                        | 0                      |
| 02.08.03.001-8                                | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                                                                    | 53                     |
| 02.08.03.002-6                                | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO                                                     | 43                     |
| 02.08.03.003-4                                | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO                                        | 2                      |
| 02.08.03.004-2                                | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO                                                        | 21                     |
| 02.08.04.001-3                                | CAPTACAO DE IODO RADIOATIVO EM 24H                                                                | 0                      |
| 02.08.04.002-1                                | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67                                                                  | 0                      |
| 02.08.04.003-0                                | CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL                                                       | 0                      |
| 02.08.04.005-6                                | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                                     | 190                    |
| 02.08.04.006-4                                | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                                                         | 0                      |
| 02.08.04.007-2                                | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                                                       | 1                      |
| 02.08.04.008-0                                | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR                                                              | 0                      |
| 02.08.04.009-9                                | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL                                                            | 0                      |
| 02.08.04.010-2                                | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO                                                          | 79                     |

|                |                                                                                               |             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 02.08.05.002-7 | CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)                                                    | 0           |
| 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)                             | 954         |
| 02.08.05.004-3 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67                                                   | 0           |
| 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)                                           | 0           |
| 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)               | 8           |
| 02.08.06.003-0 | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL                                                            | 1           |
| 02.08.07.001-0 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67                                                           | 0           |
| 02.08.07.002-8 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO                                              | 3           |
| 02.08.07.003-6 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECCOES)                                    | 46          |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)                                    | 47          |
| 02.08.08.001-5 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                                   | 0           |
| 02.08.08.002-3 | DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)                            | 0           |
| 02.08.08.003-1 | DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)                                      | 0           |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                            | 24          |
| 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                          | 2           |
| 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)                                      | 0           |
| 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)                                                             | 0           |
| 03.03.12.004-5 | TRATAMENTO DE CARDIOTOXICOSE POR HIPERTIROIDISMO (ATE 50 MCI)                                 | 0           |
| 03.03.12.005-3 | TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE) | 0           |
| 03.03.12.006-1 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)                                         | 10          |
| 03.03.12.007-0 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES                                                         | 24          |
| Sem Referência | CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)                                              | 20          |
| <b>TOTAL</b>   |                                                                                               | <b>3334</b> |

## 5. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

- 5.1. As empresas participantes deverão apresentar sua proposta nos mesmos moldes estabelecidos no ANEXO I, sob pena de desclassificação.
- 5.2. O preço ofertado deverá contemplar todos os tributos, tarifas e despesas decorrentes da execução do serviço.
- 5.3. Serão desclassificadas as empresas que apresentarem propostas e ofertas diferentes das especificações contidas neste Termo de Referência, no Memorial Descritivo e no ato de Convocação.
- 5.4. A apresentação da proposta e a tramitação da concorrência seguirá as exigências e formalidades estabelecidas no Memorial Descritivo e no ato de Convocação.

## 6. CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS EMPRESAS

- 6.1. **Menor Preço:** O Critério de seleção utilizado será o de menor valor, resultante da soma do “valor total global anual”, constante na tabela 01(anexo I), com o valor total descrito na tabela 02(anexo I), desde que a proposta apresentada atenda ao solicitado no Termo de Referência **e seus anexos**.
- 6.2. **Será considerada como vencedora do certame a empresa melhor classificada, considerando o critério estabelecido no item 6.1, dentre as participantes que, concomitantemente, atender todas as exigências especificadas no Termo de Referência, no Ato de Convocação, no Memorial Descritivo e na Minuta Contratual.**

## 7. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATADA

### 7.1. DAS OBRIGAÇÕES TÉCNICAS ESPECÍFICAS

- 7.1.1. A CONTRATADA se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.
- 7.1.2. A CONTRATADA deverá manter atualizada na Diretoria Técnica do CONTRATANTE a relação dos profissionais que prestam serviços na instituição, informando imediatamente ao CONTRATANTE, sempre que ocorrer qualquer alteração no seu quadro de profissionais.
- 7.1.3. Os profissionais da CONTRATADA deverão certificar-se da assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente ou seu representante legal, antes da realização dos procedimentos médicos, informando sobre seus riscos inerentes.
- 7.1.4. A CONTRATADA se compromete a manter atualizados os prontuários dos pacientes, zelando pela veracidade das informações inseridas, sua integridade e conservação.
- 7.1.5. A CONTRATADA deverá garantir que todos os profissionais médicos designados para prestação do serviço possuam registro regular no Conselho Regional de Medicina (CRM) / CREMESP.
- 7.1.6. A CONTRATADA será responsável pelos gastos com lavanderia das roupas utilizadas pelo setor. Os gastos com a lavanderia serão repassados mensalmente conforme consumo, através da pesagem de roupa suja por quilograma.

7.1.7.

| Fornecimento                                               | Energia Elétrica                                                                                            | Água e Esgoto                                                                               |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metodologia de Rateio                                      | (Potencial Elétrico Instalado* x nº de horas trabalhadas/dia x dias do mês) / Consumo KWh total do Hospital | ((60L x nº de funcionários x dias do mês) + (12L x área m²)) / Consumo m³ total do Hospital |
| <b>Critério de Definição do Rateio por Setor / Unidade</b> | <b>% por Setor</b>                                                                                          | <b>% por Setor</b>                                                                          |

TADA deverá arcar com o pagamento de água, energia elétrica, telefone consumidos pelo setor, reembolsados através de rateio.

7.1.7.1. O reembolso será realizado da seguinte forma:

7.1.7.1.1. Água e energia, conforme demonstrado na tabela que segue:

7.1.7.1.2. Serão cedidos à CONTRATADA até 02 ramais telefônicos: A tarifação de consumo de utilização desses para ligações externas será emitida através de extrato de consumo mensal (data/horário/ramal origem/número destino/duração/valor).

7.1.8. Os valores relativos ao fornecimento de água, energia elétrica, telefone e lavanderia serão descontados da fatura apresentada pela Contratada.

## 7.2. DAS OBRIGAÇÕES TÉCNICAS GERAIS

7.2.1. A CONTRATADA deverá providenciar o cadastro dos profissionais que prestarão serviço diretamente na instituição, garantindo que todos portem crachá de identificação em local visível.

7.2.2. A CONTRATADA deverá seguir as diretrizes de todas as comissões instituídas pelo CONTRATANTE.

7.2.3. A CONTRATADA deverá respeitar integralmente todos os protocolos, procedimentos, regulamentos, normas, e indicadores estabelecidos pelo CONTRATANTE, contribuindo para a acreditação ou manutenção da qualidade nas certificações nacionais e internacionais que o hospital esteja inserido.

7.2.4. A CONTRATADA, através de seu representante, deverá prestar esclarecimentos sempre que convocada pelo CONTRATANTE.

7.2.5. Caso o objeto da prestação de serviços requeira a utilização de equipamentos de propriedade do CONTRATANTE, caberá a CONTRATADA zelar pelo equipamento utilizado, fazendo uso dentro das especificações técnicas recomendadas pelos fabricantes.

7.2.6. Considerando que o CONTRATANTE utiliza sistema eletrônico de gestão hospitalar, caso o objeto de contratação seja vinculado ao uso do referido

sistema, os profissionais que prestarão serviços à CONTRATADA deverão passar por treinamento ministrado pelo CONTRATANTE.

7.2.7. A CONTRATADA deverá comunicar por escrito ao CONTRATANTE sempre que constatar defeito, desgaste ou algum outro problema que reduza ou impossibilite o uso normal de qualquer equipamento utilizado durante a execução dos serviços objeto deste contrato.

7.2.8. A Contratada se compromete em manter atualizadas as fichas de profissionais no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do Sistema Único de Saúde - SUS e outros documentos que se fizerem necessários.

7.2.9. A CONTRATADA se compromete em assessorar diretamente a CONTRATANTE em relação aos registros e licenças necessárias junto ao CNEN e Vigilância Sanitária.

7.2.10. A CONTRATADA se compromete a executar seus serviços respeitando todas as disposições estabelecidas neste Termo de Referência, bem como as demais determinações estabelecidas no contrato.

## **8. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DO CONTRATANTE**

8.1. O CONTRATANTE se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.

8.2. A CONTRATANTE providenciará, os devidos registros e licenças necessárias junto ao CNEN e Vigilância Sanitária, em relação as suas instalações físicas e equipamentos instalados, com assessoria direta da CONTRATADA.

8.3. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da empresa CONTRATADA.

8.4. O CONTRATANTE fornecerá o local e as instalações para o desenvolvimento dos serviços contratados.

8.5. Responsabilizar-se pela manutenção predial, conservação e limpeza das instalações do CONTRATANTE onde os serviços serão executados.

8.6. Efetuar os pagamentos referentes ao objeto contratual desde que cumprido os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato.

## 9. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 9.1. O pagamento será efetuado no dia 20 do mês subsequente aos serviços prestados, caso essa data seja em finais de semana ou feriados, o pagamento ocorrerá no próximo dia útil vigente.
- 9.2. A CONTRATADA deverá encaminhar ao setor financeiro a nota fiscal com a descrição dos serviços realizados no mês anterior e ao setor de Faturamento, até o dia 3 de cada mês, relatório detalhado dos procedimentos realizados, quantidades, nome e atendimento, que encaminhará ao gestor para avaliação dos aspectos técnicos qualitativos e o acompanhamento do serviço em relação ao pactuado, após a conferência encaminhar para o aval da Diretoria Técnica, que encaminhará a Diretoria Econômico-financeira para análise quanto aos aspectos financeiros e para aval final e encaminhamento do documento ao financeiro para pagamento.
- 9.3. Nos pagamentos será retido na fonte o valor correspondente aos tributos, nos termos da legislação específica e demais tributos que recaiam sobre o valor faturado.
- 9.4. Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.
- 9.5. Havendo atraso de mais de 3 (três) dias úteis da data acordada, ocorrerá multa equivalente a 2% (dois por cento) calculado sobre o valor não pago e mora diária de atraso de 0,03 (três centésimos de percentual) até a data do efetivo pagamento.
- 9.6. O pagamento será efetuado mediante a apresentação mensal pela Contratada dos seguintes documentos que serão arquivados pelo Contratante:
- A)** Nota Fiscal constando a discriminação detalhada do serviço prestado;
  - B)** CND - Federal: (Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007);
  - C)** Prova de regularidade perante o FGTS. Quando isento, deverá o Prestador apresentar justificativa e comprovante;
  - D)** Cópia de guia de recolhimentos do INSS, acompanhada da folha resumo da GEFIP correspondente. Quando isento, o prestador deverá apresentar justificativa e comprovante, nos termos da instrução normativa RFB N 971/2009.

- E)** Relação nominal atualizada de todos os profissionais que trabalham na empresa, prestando serviços diretamente nas dependências do Contratante, se cabível.
- F)** Demonstrativos dos pagamentos realizados a todos os empregados (salário, vale transporte e benefícios), acompanhado do respectivo recibo firmado pelo empregado.

## **10. DAS CONDIÇÕES PARA O USO DO REFEITÓRIO**

- 10.1. O Contratante permitirá à Contratada a utilização do refeitório localizado em suas instalações para alimentação dos funcionários vinculados aos seus prestadores de serviço, desde que o valor integral correspondente às refeições consumidas seja devidamente descontado da respectiva fatura ao final de cada período.
  - 10.1.1. Para tanto, a Contratada se responsabiliza por encaminhar relação nominal dos profissionais que utilizarão o serviço à Coordenação da Unidade de Nutrição do Contratante e mantê-la sempre atualizada.
- 10.2. O valor correspondente às refeições poderá ser reajustado a cada seis meses, com base na média cobrada durante o mesmo período de seis meses anteriores.

## **11. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

- 11.1. A execução do presente contrato será acompanhada pelo gestor médico responsável e Diretoria Técnica.

## **12. VIGÊNCIA CONTRATUAL**

- 12.1. O contrato terá a duração de 12 (doze) meses, a contar da sua assinatura, podendo ser prorrogado, desde que assim fique acordado entre as partes, limitada a prorrogação a 60 (Sessenta) meses ou até 72 (setenta e dois) meses, em casos excepcionais, devidamente justificados, nos termos do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da FUABC e Mantidas.

## **13. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS**

- 13.1. A CONTRATADA deverá entregar mensalmente para análise, validação e monitoramento do CONTRATANTE, todos os indicadores descritos neste item.

13.2. Serão considerados os indicadores abaixo relacionados para qualificar a prestação de serviços especializados na realização de procedimentos de Medicina Nuclear *in vivo*:

- 13.2.1. Número de exames mês, divididos por procedimentos;
- 13.2.2. Taxa de não conformidade do total atendido;
- 13.2.3. Taxa de incidentes / eventos adversos;
- 13.2.4. Taxa de laudos entregues no tempo pactuado em contrato;
- 13.2.5. Taxa de retificação de laudos;
- 13.2.6. Taxa de suspensões e cancelamentos e suspensões por motivos;
- 13.2.7. Taxa de encaixes;
- 13.2.8. Taxa de realização de exames no tempo pactuado em contrato;
- 13.2.9. Taxa de atraso para início do exame;
- 13.2.10. Taxa de remarcações por motivos;
- 13.2.11. Número de exames por unidades de negócio;
- 13.2.12. Taxa de ociosidade;
- 13.2.13. Taxa de absentismo paciente;
- 13.2.14. Total contratado;
- 13.2.15. Total Realizado.

13.3. Caso a empresa contratada não cumpra com os critérios estabelecidos, poderá ser penalizada através de advertência, multa ou rescisão contratual, dependendo da gravidade do fato, garantindo seu direito de defesa prévia, conforme estabelecido em contrato.

#### **14. VISTORIA TÉCNICA FACULTATIVA**

- 14.1. As empresas interessadas, por intermédio de seus respectivos representantes, poderão efetuar vistoria onde serão prestados os serviços no Hospital Estadual Mário Covas, para que tomem conhecimento das respectivas condições para execução do objeto, devendo apresentar Declaração de Vistoria (Anexo II) e não podendo alegar qualquer desconhecimento como componente impeditivo da formulação da proposta ou do perfeito cumprimento da futura contratação.
- 14.2. A vistoria técnica é facultativa e deverá ser realizada mediante agendamento prévio, conforme exigido no Ato de Convocação.
- 14.3. Ao término da vistoria, o representante da empresa deverá exigir da unidade vistoriada que lhe seja fornecida declaração de vistoria, conforme modelo (Anexo II), que deverá estar datada e assinada pelo responsável pela Unidade, com a respectiva identificação funcional legível.

#### **15. DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA ESPECÍFICA**

- 15.1. Considerando a natureza do serviço objeto da contratação, a empresa melhor classificada, deverá apresentar, quando solicitado, os documentos abaixo

relacionados, bem como todos os demais documentos solicitados no ato de convocação e memorial descritivo, sob pena de desclassificação.

- 15.1.1. Contrato Social devidamente registrado no CRM, com objeto social de prestação de serviços especializados em Medicina Nuclear.
- 15.1.2. CNPJ com CNAE de Medicina Nuclear – 8640-2/05 – Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia.
- 15.1.3. Comprovação do Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina.
- 15.2. Após assinatura do instrumento contratual, a empresa vencedora do certame deverá apresentar:
  - 15.2.1. Título de Especialista dos profissionais médicos que atuarão no serviço;
  - 15.2.2. Registro válido de pessoa física da CNEN, de cada profissional médico que atuará no serviço, para preparo, uso e manuseio de fontes radioativas;
  - 15.2.3. Cópia do Certificado de Ergometria e conclusão da residência médica na especialidade de Cardiologia, dos profissionais médicos Cardiologistas Ergometristas que atuarão no serviço.
  - 15.2.4. Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Biomedicina dos profissionais Biomédicos que atuarão no serviço
  - 15.2.5. Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Enfermagem e certificado de treinamento em radioterapia dos profissionais enfermeiros que atuarão no serviço.
  - 15.2.6. Cópia do Registro profissional no Conselho Regional de Enfermagem dos auxiliares de enfermagem que atuarão no serviço.

Santo André, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

Gestor técnico responsável pela elaboração

Comitê de elaboração:

Declaro estar ciente e de acordo com o Termo de Referência elaborado pelo Comitê Técnico:

Diretor(es) Responsável (eis)

**ANEXO I – MODELO DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA**
**TABELA 01**

| Itens | Procedimento                                                                                     | Total Anual de Referência | Valor Unitário | Valor Total |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|-------------|
| 1     | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) | 883                       |                |             |
| 2     | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)  | 880                       |                |             |
| 3     | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)                                      | 2                         |                |             |
| 4     | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO                                                     | 3                         |                |             |
| 5     | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL                                             | 1                         |                |             |
| 6     | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                                      | 3                         |                |             |
| 7     | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                            | 34                        |                |             |
| 8     | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                                                                   | 53                        |                |             |
| 9     | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO                                                    | 43                        |                |             |
| 10    | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO                                       | 2                         |                |             |
| 11    | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO                                                       | 21                        |                |             |
| 12    | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                                    | 190                       |                |             |
| 13    | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                                                      | 1                         |                |             |
| 14    | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO                                                         | 79                        |                |             |
| 15    | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)                                | 954                       |                |             |
| 16    | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)                  | 8                         |                |             |
| 17    | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL                                                               | 1                         |                |             |
| 18    | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO                                                 | 3                         |                |             |
| 19    | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)                                        | 46                        |                |             |
| 20    | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)                                        | 47                        |                |             |
| 21    | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                               | 24                        |                |             |
| 22    | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                             | 2                         |                |             |
| 23    | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)                                            | 10                        |                |             |
| 24    | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES                                                            | 24                        |                |             |
| 25    | CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)                                                 | 20                        |                |             |

|                          |       |     |
|--------------------------|-------|-----|
| VALOR TOTAL GLOBAL ANUAL | 3.334 | R\$ |
|--------------------------|-------|-----|

| TABELA 02 |                                                                                               |                |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Itens     | Procedimento                                                                                  | Valor Unitário |
| 26        | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67                                                          |                |
| 27        | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECCOES )                   |                |
| 28        | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO                                         |                |
| 29        | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO                        |                |
| 30        | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)     |                |
| 31        | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)                                             |                |
| 32        | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES                                                       |                |
| 33        | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO                                        |                |
| 34        | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)                                       |                |
| 35        | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA                                       |                |
| 36        | IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)                                                    |                |
| 37        | CAPTACAO DE IODO RADIOATIVO EM 24H                                                            |                |
| 38        | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67                                                              |                |
| 39        | CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL                                                   |                |
| 40        | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                                                     |                |
| 41        | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR                                                          |                |
| 42        | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL                                                        |                |
| 43        | CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)                                                    |                |
| 44        | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67                                                   |                |
| 45        | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)                                           |                |
| 46        | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67                                                           |                |
| 47        | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                                   |                |
| 48        | DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)                            |                |
| 49        | DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)                                       |                |
| 50        | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)                                      |                |
| 51        | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)                                                             |                |
| 52        | TRATAMENTO DE CARDIOTOXICOSE POR HIPERTIROIDISMO (ATE 50 MCI)                                 |                |
| 53        | TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE) |                |
| TOTAL     |                                                                                               |                |

\* Os procedimentos acima (Tabela 02) não possuem demanda de referência, porém poderão ser solicitados conforme necessidade indicada pelo profissional médico.

\*\* Será considerado para a reserva orçamentária o valor total global anual constante na tabela 01.

**ESCREVER VALOR TOTAL POR EXTENSO (TABELA 01):**

R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**ESCREVER VALOR TOTAL POR EXTENSO (TABELA 02):**

R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**ESCREVER VALOR TOTAL POR EXTENSO RESULTANTE DA SOMA DA TABELA 01  
COM A TABELA 02:**

R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**DATA DE EMISSÃO DA PROPOSTA:** \_\_\_\_\_

**DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM O INTERIOR TEOR DO ATO DE  
CONVOCAÇÃO, TERMO DE REFERENCIA E/OU MEMORIAL DESCRITIVO**

---

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA  
(Nome Completo, CPF)**

**ANEXO II - DECLARAÇÃO DE VISTORIA**

**PROCESSO N.º 15.\_\_\_\_\_/202\_\_\_\_**  
**OBJETO:**

**DECLARAMOS**, exclusivamente para o fim de participação no processo de concorrência em epígrafe, que a empresa \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na (rua, avenida) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu representante legal/procurador Senhor (a) \_\_\_\_\_ portador (a) da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_, compareceu ao Hospital Estadual Mário Covas de Santo André, sito a Rua Dr. Henrique Calderazzo, 32, Bairro Paraíso – Santo André - SP, local onde serão prestados os serviços, verificando e tomando pleno conhecimento de todas as especificações do objeto a ser contratado, bem como verificou os equipamentos que se encontram aqui instalados, não podendo alegar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo da formulação da proposta ou do perfeito cumprimento do contrato a ser firmado com a administração.

Santo André, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

E-mail da empresa: \_\_\_\_\_

Telefones para Contato: \_\_\_\_\_

**Representante da Empresa:**

**Visita Acompanhada por:**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Carimbo e Assinatura)

**RG:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**Função:** \_\_\_\_\_

## ANEXO III – Minuta do Contrato

### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº \_\_\_\_/21

Processo nº \_\_\_\_/2021

**Ementa:** Contratação de empresa especializada na realização de procedimentos de medicina Nuclear *in vivo*.

Pelo presente instrumento particular de um lado **FUNDAÇÃO DO ABC – Organização Social de Saúde (HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS SANTO ANDRÉ)**, com sede na Rua Doutor Henrique Calderazzo, nº 321, Bairro Paraíso, Santo André/SP, CEP 09190-615, inscrita no CNPJ sob o nº 57.571.275/0006-07, com Inscrição Estadual Isenta, neste ato representado por \_\_\_\_\_, simplesmente denominada CONTRATANTE, e de outro lado, \_\_\_\_\_, situada no endereço \_\_\_\_\_, representada neste ato por, \_\_\_\_\_, detentor da cédula de identidade RG nº e inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_ aqui e adiante simplesmente denominada CONTRATADA, têm entre si justo e acordado o presente termo que será regido pelas cláusulas e condições a seguir expostas.

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente contrato tem por objeto a contratação de especializada na realização de procedimentos de medicina Nuclear *in vivo*.

#### 2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO TERMO DE REFERÊNCIA

2.1. O Termo de Referência anexo faz parte integrante do presente instrumento contratual, produzindo os mesmos efeitos legais.

#### 3. CLÁUSULA TERCEIRA – DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

##### 3.1. Descrição detalhada do serviço a ser executado:

3.1.1. Prestação de serviços especializados na realização de procedimentos de Medicina Nuclear *in vivo* nas dependências do H.E.M.C, oriundos da demanda interna, bem como, da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS).

- 3.1.1.1. O H.E.M.C deverá fornecer o local, as instalações e os equipamentos listados na tabela constante no item 3.6.1 para o desenvolvimento dos serviços contratados, que ficarão à disposição da empresa prestadora, para suas atividades, inclusive espaço para arquivamento dos relatórios.
- 3.1.1.2. O H.E.M.C deverá disponibilizar as agendas dos exames que ficarão sob sua responsabilidade, contendo datas, horários e quantidades de exames a serem realizados de acordo com o estabelecido neste instrumento.
- 3.1.1.3. A empresa prestadora deverá fornecer ao paciente, relatório do atendimento prestado, em documento, contendo laudo médico.

### 3.2. Definição de equipe mínima para execução do serviço:

- 3.2.1. 02 (dois) Médicos Nucleares com licença A.N. (responsável e substituto) que deverão estar disponíveis durante todo o período de execução dos exames;
- 3.2.2. 01 (um) Cardiologista Ergometrista;
- 3.2.3. 02 (dois) Auxiliares de Ergometria;
- 3.2.4. 01 (um) Enfermeiro (a);
- 3.2.5. 01 (um) Auxiliar de Enfermagem;
- 3.2.6. 02 (dois) Biomédicos (as), com especialização na área de imagem;
- 3.2.7. 02 (dois) profissionais de apoio administrativo para atendimento de recepção e faturamento com atuação durante todo o período de atendimento pré-fixado e com cobertura nos períodos de almoço, intervalo e férias.

### 3.3. Local da Prestação:

- 3.3.1. Os serviços serão prestados nas dependências do Hospital Estadual Mário Covas, localizado na Rua: Dr. Henrique Calderazzo, nº321, Santo André – SP CEP: 09190-615.

### 3.4. Procedimentos a serem executados:

- 3.4.1. Serão executados todos os procedimentos de medicina Nuclear *in vivo*, discriminados na tabela abaixo, desde que realizados com uso de Gama-Câmara Digital Tomográfica (SPECT):

| <b>Código de Referência:<br/>Tabela SIGTAP<br/>SUS</b> | <b>Procedimento</b>                                                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02.08.01.001-7                                         | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67                                                              |
| 02.08.01.002-5                                         | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECCOES) |
| 02.08.01.003-3                                         | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECCOES)  |
| 02.08.01.004-1                                         | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECCOES )                       |
| 02.08.01.006-8                                         | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO                                             |
| 02.08.01.007-6                                         | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO                            |
| 02.08.01.008-4                                         | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)         |
| 02.08.02.001-2                                         | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)                                                 |
| 02.08.02.002-0                                         | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES                                                           |
| 02.08.02.003-9                                         | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO                                            |
| 02.08.02.005-5                                         | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)                                           |
| 02.08.02.006-3                                         | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)                                       |
| 02.08.02.007-1                                         | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO                                                      |
| 02.08.02.008-0                                         | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL                                              |
| 02.08.02.009-8                                         | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA                                           |
| 02.08.02.010-1                                         | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA                                       |
| 02.08.02.011-0                                         | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                             |
| 02.08.02.012-8                                         | IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)                                                        |
| 02.08.03.001-8                                         | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                                                                    |
| 02.08.03.002-6                                         | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO                                                     |
| 02.08.03.003-4                                         | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO                                        |
| 02.08.03.004-2                                         | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO                                                        |
| 02.08.04.001-3                                         | CAPTACAO DE IODO RADIOATIVO EM 24H                                                                |
| 02.08.04.002-1                                         | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67                                                                  |
| 02.08.04.003-0                                         | CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL                                                       |
| 02.08.04.005-6                                         | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)                                     |
| 02.08.04.006-4                                         | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                                                         |
| 02.08.04.007-2                                         | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                                                       |

|                |                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02.08.04.008-0 | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR                                                          |
| 02.08.04.009-9 | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL                                                        |
| 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO                                                      |
| 02.08.05.002-7 | CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)                                                    |
| 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)                             |
| 02.08.05.004-3 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67                                                   |
| 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)                                           |
| 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)               |
| 02.08.06.003-0 | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL                                                            |
| 02.08.07.001-0 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67                                                           |
| 02.08.07.002-8 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO                                              |
| 02.08.07.003-6 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECCOES)                                    |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)                                    |
| 02.08.08.001-5 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                                   |
| 02.08.08.002-3 | DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)                            |
| 02.08.08.003-1 | DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)                                      |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                            |
| 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                          |
| 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)                                      |
| 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)                                                             |
| 03.03.12.004-5 | TRATAMENTO DE CARDIOTOXICOSE POR HIPERTIROIDISMO (ATE 50 MCI)                                 |
| 03.03.12.005-3 | TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE) |
| 03.03.12.006-1 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)                                         |
| 03.03.12.007-0 | TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES                                                         |
| Sem Referência | CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)                                              |

### 3.5. Horário da prestação do serviço, frequência e periodicidade:

3.5.1. Os serviços serão prestados de segunda à sexta-feira, no horário das 07h00 às 17h00.

### 3.6. Descrição dos equipamentos/bens a serem disponibilizados pelo H.E.M.C

3.6.1. O H.E.M.C deverá disponibilizar toda a infraestrutura física necessária à realização dos serviços a serem prestados, em ambientes considerados como opcionais e outros compartilhados com outras áreas do H.E.M.C, bem como, os bens abaixo relacionados, no estado em que se encontram atualmente, que ficarão disponíveis para verificação no dia da vistoria técnica:

| Quantidade | Bens                                                   |
|------------|--------------------------------------------------------|
| 1          | Armário de aço 2 portas                                |
| 1          | Armário de aço suspenso                                |
| 1          | Armário em laminado melaminico 2 portas                |
| 4          | Assento 3 lugares estofados em longarina               |
| 1          | Biombo 3 faces                                         |
| 2          | Braçadeira estofada para injeção                       |
| 2          | Cadeira de rodas                                       |
| 4          | Cadeira fixa estofada sem braços                       |
| 2          | Cadeira fixa tipo concha empilhável                    |
| 6          | Cadeira giratória estofada sem braço                   |
| 1          | Carro maca com elevação                                |
| 1          | Carro maca hospitalar com grade                        |
| 2          | Escada 2 degraus em inox                               |
| 1          | Equipamento Gama Câmara Philips modelo FORTE Spect 3/8 |
| 1          | Impressora zebra térmica                               |
| 1          | Maca hospitalar com elevação hidráulica                |
| 1          | Mesa auxiliar de inox                                  |
| 1          | Mesa para exame divã clinico                           |
| 5          | Poltrona reclinável                                    |
| 1          | Suporte de soro com rodízios                           |
| 1          | Suporte para hamper inox                               |
| 1          | Televisão                                              |
| 1          | Bancada com 2 portas e 4 gavetas                       |
| 1          | Bancada lisa                                           |
| 1          | Cilindro de oxigênio 10 metros                         |
| 1          | Escada 2 degraus de madeira                            |
| 1          | Impressora                                             |
| 3          | Microcomputador                                        |
| 4          | Telefone (até 2 ramais)                                |

3.6.2. O H.E.M.C deverá se responsabilizar pela manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos/bens que forem de sua propriedade.

3.7. Descrição dos equipamentos/bens/materiais a serem disponibilizados pela empresa prestadora

3.7.1. A empresa prestadora se compromete a disponibilizar todos os equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização dos exames, conforme descrito abaixo:

- 3.7.1.1. Esteira ergométrica;
- 3.7.1.2. Calibrador de dose;
- 3.7.1.3. Monitor de área;
- 3.7.1.4. Estabilizador de voltagem com filtro de linha;
- 3.7.1.5. Kit para controle de qualidade;
- 3.7.1.6. Equipamento inalação pulmonar;
- 3.7.1.7. Lixeiras chumbadas;
- 3.7.1.8. Blocos de chumbo para contenção de barreira;
- 3.7.1.9. Vidro plumbífero;
- 3.7.1.10. Avental de chumbo;
- 3.7.1.11. Protetor de chumbo para seringa.

3.7.2. Deverá fornecer e garantir que todos os profissionais utilizem o dosímetro pessoal e também emitir Laudos Periódicos a serem encaminhados à segurança do trabalho para monitoramento, conforme legislação vigente.

3.8. Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços:

3.8.1. A empresa prestadora providenciará aos seus profissionais todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços.

3.9. Demais especificações que se fizerem necessárias:

3.9.1. Os serviços descritos neste Termo de Referência são de natureza Continuada.

3.9.2. A empresa prestadora deverá seguir as diretrizes Normativas e resoluções CNEN que se aplicarem ao objeto descrito neste Termo de Referência.

3.10. A empresa prestadora deverá se responsabilizar sobre os laudos e vistorias periódicas efetuadas pelo CNEN.

## 4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

### 4.1. DAS OBRIGAÇÕES TÉCNICAS ESPECÍFICAS

4.1.1. A CONTRATADA se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.

4.1.2. A CONTRATADA deverá manter atualizada na Diretoria Técnica do CONTRATANTE a relação dos profissionais que prestam serviços na

instituição, informando imediatamente ao CONTRATANTE, sempre que ocorrer qualquer alteração no seu quadro de profissionais.

- 4.1.3. Os profissionais da CONTRATADA deverão certificar-se da assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente ou seu representante legal, antes da realização dos procedimentos médicos, informando sobre seus riscos inerentes.
- 4.1.4. A CONTRATADA se compromete a manter atualizados os prontuários dos pacientes, zelando pela veracidade das informações inseridas, sua integridade e conservação.
- 4.1.5. A CONTRATADA deverá garantir que todos os profissionais médicos designados para prestação do serviço possuam registro regular no Conselho Regional de Medicina (CRM) / CREMESP.
- 4.1.6. A CONTRATADA será responsável pelos gastos com lavanderia das roupas utilizadas pelo setor. Os gastos com a lavanderia serão repassados mensalmente conforme consumo, através da pesagem de roupa suja por quilograma.
- 4.1.7. A CONTRATADA deverá arcar com o pagamento de água, energia elétrica, telefone consumidos pelo setor, reembolsados através de rateio.
  - 4.1.7.1. O reembolso será realizado da seguinte forma:
    - 4.1.7.1.1. Água e energia, conforme demonstrado na tabela que segue:
    - 4.1.7.1.2. Serão cedidos à CONTRATADA até 02 ramais telefônicos: A tarifação de consumo de utilização desses para ligações externas será emitida através de extrato de consumo mensal (data/horário/ramal origem/número destino/duração/valor).
- 4.1.8. Os valores relativos ao fornecimento de água, energia elétrica, telefone e lavanderia serão descontados da fatura apresentada pela CONTRATADA.

#### **4.2. DAS OBRIGAÇÕES TÉCNICAS GERAIS**

- 4.2.1. A CONTRATADA deverá providenciar o cadastro dos profissionais que prestarão serviço diretamente na instituição, garantindo que todos portem crachá de identificação em local visível.
- 4.2.2. A CONTRATADA deverá seguir as diretrizes de todas as comissões instituídas pelo CONTRATANTE.

- 4.2.3. A CONTRATADA deverá respeitar integralmente todos os protocolos, procedimentos, regulamentos, normas, e indicadores estabelecidos pelo CONTRATANTE, contribuindo para a acreditação ou manutenção da qualidade nas certificações nacionais e internacionais que o hospital esteja inserido.
- 4.2.4. A CONTRATADA, através de seu representante, deverá prestar esclarecimentos sempre que convocada pelo CONTRATANTE.
- 4.2.5. Caso o objeto da prestação de serviços requeira a utilização de equipamentos de propriedade da CONTRATANTE, caberá a CONTRATADA zelar pelo equipamento utilizado, fazendo uso dentro das especificações técnicas recomendadas pelos fabricantes.
- 4.2.6. Considerando que a CONTRATANTE utiliza sistema eletrônico de gestão hospitalar, caso o objeto de contratação seja vinculado ao uso do referido sistema, os profissionais que prestarão serviços à CONTRATADA deverão passar por treinamento ministrado pela CONTRATANTE.
- 4.2.7. A CONTRATADA deverá comunicar por escrito a CONTRATANTE sempre que constatar defeito, desgaste ou algum outro problema que reduza ou impossibilite o uso normal de qualquer equipamento utilizado durante a execução dos serviços objeto deste contrato.
- 4.2.8. A CONTRATADA se compromete em manter atualizadas as fichas de profissionais no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do Sistema Único de Saúde - SUS e outros documentos que se fizerem necessários.
- 4.2.9. A CONTRATADA se compromete em assessorar diretamente a CONTRATANTE em relação aos registros e licenças necessárias junto ao CNEN e Vigilância Sanitária.
- 4.2.10. A CONTRATADA se compromete a executar seus serviços respeitando todas as disposições estabelecidas neste Termo de Referência, bem como as demais determinações estabelecidas no contrato.
- 4.2.11. A CONTRATADA, através de seus profissionais, deverá auxiliar tecnicamente a CONTRATANTE com elaboração de relatórios e, se necessário, atuação como assistente técnico em processos judiciais cujo pleito for relacionado ou pertencente ao objeto da presente contratação.
- 4.2.12. Disponibilizar, sempre que houver serviços que exijam formação especializada, somente profissionais que possuam os respectivos registros nos conselhos da categoria e em número determinado pela legislação e/ou normas regulamentadoras vigentes.
- 4.2.13. Os profissionais da CONTRATADA que em qualquer situação estiverem prestando serviços a CONTRATANTE deverão obrigatoriamente identificar-

se e realizar cadastro junto à Diretoria Técnica do Contratante, além de portarem crachá de identificação em local visível.

- 4.2.14. É vedada a cobrança ao paciente e/ou seus acompanhantes e familiares por quaisquer serviços prestados, sob pena de responsabilidade civil e criminal da CONTRATADA.
- 4.2.15. A CONTRATADA responderá por todas as despesas e tributos incidentes na execução do contrato, inclusive, sempre que cabível: encargos sociais, comerciais, civis, administrativos, fiscais, previdenciários, acidentários e trabalhistas, abrangendo pagamento de férias, indenização de quaisquer natureza e contribuições devidas ao INSS.
- 4.2.16. Reconhecendo que não se estabelecerá qualquer vínculo empregatício com a CONTRATANTE e os trabalhadores que forem encaminhados pela CONTRATADA para prestação dos serviços, esta assume, sempre que cabível, a obrigação de responder e suportar integralmente todos os custos e despesas relativas às decisões trabalhistas, bem como a processos administrativos e judiciais de qualquer natureza que sejam eventualmente instaurados ou ajuizados contra a CONTRATANTE por funcionários da CONTRATADA, sendo que neste caso a CONTRATADA irá requerer em juízo a exclusão da CONTRATANTE do feito.
- 4.2.17. Para serviços que gerarem responsabilidade subsidiária, correrá por conta da CONTRATADA todos os encargos, vínculos sociais e benefícios, tais como: salários, férias, 13º salário, avisos prévios, vales transportes, cestas básicas, seguros de vida, uniformes incluindo equipamentos de proteção individual (E.P.I.), e outros direitos previsto em lei.
- 4.2.18. A CONTRATADA deverá se responsabilizar civil e criminalmente por danos e/ou prejuízos decorrentes de ação, omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, que seus diretores, prepostos ou profissionais não vinculados a seu quadro, porém por ela indicados, nessa qualidade, causarem ao paciente, bens públicos, móveis e imóveis, objetos do serviço contratado.
- 4.2.19. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.
- 4.2.20. A CONTRATADA deverá manter a CONTRATANTE atualizada quanto as alterações em seu Contrato Social, entregando obrigatoriamente uma cópia do documento comprobatório pertinente.
- 4.2.21. A CONTRATADA é vedada, sem prévia e expressa autorização por escrito da CONTRATANTE, prestar informações a terceiros sobre a natureza ou andamento dos serviços prestados, objeto do Contrato ou divulgá-los através da imprensa escrita ou falada ou por qualquer outro meio de comunicação. Se for o caso, no ato da autorização da divulgação ou

reprodução desse material, a CONTRATANTE estabelecerá a sua forma ou conteúdo.

- 4.2.22. Responsabilizar-se pela idoneidade dos serviços prestados, assim como pelo exato cumprimento da legislação aplicável, seja ela federal, estadual ou municipal, aqui incluídas todas as resoluções, recomendações e demais determinações emanadas de órgão legalmente investido de funções fiscalizadoras das atividades objeto deste instrumento.

## **5. CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 5.1.A CONTRATANTE se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.
- 5.2.A CONTRATANTE providenciará, os devidos registros e licenças necessárias junto ao CNEN e Vigilância Sanitária, em relação as suas instalações físicas e equipamentos instalados, com assessoria direta da CONTRATADA.
- 5.3.Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da empresa CONTRATADA.
- 5.4.A CONTRATANTE fornecerá o local e as instalações para o desenvolvimento dos serviços contratados.
- 5.5.Responsabilizar-se pela manutenção predial, conservação e limpeza das instalações da CONTRATANTE onde os serviços serão executados.
- 5.6.Efetuar os pagamentos referentes ao objeto contratual desde que cumprido os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato.

## **6. CLÁUSULA SEXTA – DOS VALORES**

- 6.1.O valor mensal estimado para o exercício contratual é de R\$ (     ).
- 6.2.O valor total estimado para o exercício contratual será de R\$ (     ).

## **7. CLÁUSULA SÉTIMA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

- 7.1.O pagamento será efetuado no dia 20 do mês subsequente aos serviços prestados, caso essa data seja em finais de semana ou feriados, o pagamento ocorrerá no próximo dia útil vigente.
- 7.2.A CONTRATADA deverá encaminhar ao setor financeiro a nota fiscal com a descrição dos serviços realizados no mês anterior e ao setor de Faturamento, até o dia 3 de cada mês, relatório detalhado dos procedimentos realizados,

quantidades, nome e atendimento, que encaminhará ao gestor para avaliação dos aspectos técnicos qualitativos e o acompanhamento do serviço em relação ao pactuado, após a conferência encaminhar para o aval da Diretoria Técnica, que encaminhará a Diretoria Econômico-financeira para análise quanto aos aspectos financeiros e para aval final e encaminhamento do documento ao financeiro para pagamento.

7.3. Nos pagamentos será retido na fonte o valor correspondente aos tributos, nos termos da legislação específica e demais tributos que recaiam sobre o valor faturado.

7.4. Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.

7.5. Havendo atraso de mais de 3 (três) dias úteis da data acordada, ocorrerá multa equivalente a 2% (dois por cento) calculado sobre o valor não pago e mora diária de atraso de 0,03 (três centésimos de percentual) até a data do efetivo pagamento.

7.6. O pagamento será efetuado mediante a apresentação mensal pela Contratada dos seguintes documentos que serão arquivados pelo Contratante:

- A) Nota Fiscal constando a discriminação detalhada do serviço prestado;
- B) CND - Federal: (Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007);
- C) Prova de regularidade perante o FGTS. Quando isento, deverá o Prestador apresentar justificativa e comprovante;
- D) Cópia de guia de recolhimentos do INSS, acompanhada da folha resumo da GEFIP correspondente. Quando isento, o prestador deverá apresentar justificativa e comprovante, nos termos da instrução normativa RFB N 971/2009.
- E) Relação nominal atualizada de todos os profissionais que trabalham na empresa, prestando serviços diretamente nas dependências do Contratante, se cabível.
- F) Demonstrativos dos pagamentos realizados a todos os empregados (salário, vale transporte e benefícios), acompanhado do respectivo recibo firmado pelo empregado.

## **8. CLÁUSULA OITAVA - DAS CONDIÇÕES PARA O USO DO REFEITÓRIO**

8.1. A CONTRATANTE permitirá à CONTRATADA a utilização do refeitório localizado em suas instalações para alimentação dos funcionários vinculados aos seus prestadores de serviço, desde que o valor integral correspondente às refeições consumidas seja devidamente descontado da respectiva fatura ao final de cada período.

8.1.1. Para tanto, a CONTRATADA se responsabiliza por encaminhar relação nominal dos profissionais que utilizarão o serviço à Coordenação da Unidade de Nutrição da CONTRATANTE e mantê-la sempre atualizada.

8.2. O valor correspondente às refeições poderá ser reajustado a cada seis meses, com base na média cobrada durante o mesmo período de seis meses anteriores.

## **9. CLÁUSULA NONA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

9.1. O contrato terá a duração de 12 (doze) meses, a contar da sua assinatura, podendo ser prorrogado, desde que assim fique acordado entre as partes, limitada a prorrogação a 60 (Sessenta) meses ou até 72 (setenta e dois) meses, em casos excepcionais, devidamente justificados, nos termos do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços de Terceiros e Obras da FUABC e Mantidas.

## **10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO**

10.1. O presente contrato poderá ser alterado por meio de assinatura de termo aditivo, com as devidas justificativas, nos seguintes casos:

10.1.1. Quando houver modificação do projeto das especificações, para melhor adequação técnica aos seus objetivos.

10.1.2. Quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimos ou diminuição quantitativa de seu objeto.

10.1.3. Quando necessária a modificação do regime de execução da obra ou serviço, bem como do modo de fornecimento, em face de verificação técnica da inaplicabilidade dos termos contratuais originários.

10.1.4. Quando necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes.

10.1.5. Para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contrato e a retribuição da administração para justa remuneração da obra, serviço ou fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de

superveniência de fatos imprevisíveis, ou previsíveis da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior e caso fortuito.

- 10.2. A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, e, no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento) para os seus acréscimos.

## **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES**

- 11.1. Pela inexecução parcial do Contrato, a CONTRATANTE poderá, garantido o direito à defesa prévia, aplicar à CONTRATADA, as seguintes penalidades:

- a) Advertência por escrito;
- b) Multa equivalente até 10% sobre o valor mensal estimado no contrato.

- 11.2. Pela inexecução total do objeto do presente Contrato, a CONTRATADA, além de ensejar causa à rescisão imediata do instrumento, pagará multa no valor de 100% (cem por cento) do valor mensal estimado no contrato

- 11.3. A imposição das penalidades aqui previstas, dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerando sua avaliação na situação e circunstância objetiva em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

- 11.4. As sanções previstas nas alíneas **a** e **b** do item 11.1, poderão ser aplicadas concomitantemente.

- 11.5. Da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido à Diretoria Geral/Superintendência da CONTRATANTE.

- 11.6. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do serviço referente ao objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

- 11.7. A imposição de quaisquer das sanções aqui estipuladas, não elidirá o direito da CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar ao hospital, aos seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

- 11.8. A CONTRATANTE tem a prerrogativa de aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

## 12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO

12.1. Haverá rescisão imediata do presente instrumento contratual nos casos de:

12.1.1. Interrupção total na execução dos serviços, por um período superior a 5 (cinco) dias, excetuadas as hipóteses de caso fortuito ou força maior devidamente comprovados.

12.1.2. Extinção, declaração de insolvência, liquidação judicial ou extrajudicial e falência da CONTRATADA.

12.1.3. Cessão, subcontratação ou transferência, total ou parcial dos direitos e deveres relativos ao contrato, sem a prévia e expressa autorização, por escrito, da CONTRATANTE.

12.1.4. Realizar qualquer cobrança ao paciente ou seu representante, ou ainda utilizar paciente em experimentações.

12.2. A CONTRATANTE tem a prerrogativa de rescindir unilateralmente o presente contrato, desde que comunique a CONTRATADA, por escrito, sua intenção com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos casos de:

12.2.1. Conveniência para a CONTRATANTE.

12.2.2. Inadimplemento de qualquer cláusula ou condição do contrato.

12.2.3. Interrupção parcial na execução dos serviços, por um período superior a 5 (cinco) dias, excetuadas as hipóteses de caso fortuito ou força maior devidamente comprovados.

12.2.4. Negligência na organização administrativa e/ou execução dos serviços.

12.3. Dar-se-á automaticamente a rescisão dos contratos decorrentes de obrigações contraídas por meio de Convênios Administrativos ou Contratos de Gestão, no caso de rescisão das respectivas avenças administrativas.

12.4. CONTRATADA, caso desejar rescindir o contrato, deverá comunicar sua intenção, por escrito a CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sob pena de ser obrigada ao pagamento da multa contratual estabelecida no item 11.1, letra b.

## 13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. A CONTRATANTE poderá fiscalizar a execução da prestação de serviço através de preposto devidamente qualificado para tal fim.

13.2. As cláusulas econômico-financeiras e monetárias deste contrato não poderão ser alteradas sem prévia concordância da CONTRATADA.

13.3. Quaisquer tributos ou encargos legais que vierem a ser criados, alterados ou extintos, bem como a superveniência de disposições legais, de comprovada repercussão nos preços contratados, implicarão em negociação para possível revisão do preço do presente Contrato, proporcionalmente, para maior ou menor, conforme o caso.

13.4. A execução contratual será acompanhada diretamente pelo Gestor Médico responsável e Diretoria Técnica.

#### 14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

14.1. Fica eleito o Foro da Cidade de Santo André, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para a discussão de quaisquer questões oriundas da presente Contratação.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que produzam um só fim de direito.

Santo André, de de 2021.

**CONTRATANTE**

**CONTRATADA**

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_.