

TERMO DE REFERÊNCIA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE
ELETRONEUROMIOGRAFIA COM LAUDO, INCLUINDO O FORNECIMENTO DE
EQUIPAMENTO, ELETRODOS E AGULHAS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME.

1. OBJETO

1.1 Prestação de serviço especializado na realização de exame de Eletroneuromiografia com laudo, incluindo o fornecimento de equipamento, eletrodos e agulhas necessários para realização do exame para Fundação do ABC – Ambulatório Médico de Especialidades – AME ITAPEVI, inscrita no CNPJ sob o nº 57.571.275/0028-12, situado na Rua Christino Gonzales, 215, Nova Itapevi, Itapevi, São Paulo, SP, CEP: 06694-040.

2. JUSTIFICATIVA

2.1 Justifica-se a contratação deste serviço por tratar-se de exame fundamental no diagnóstico de doenças neurológicas, reumatológicas e ortopédicas, trazendo benefício à população regional. O exame de eletroneuromiografia está previsto no Contrato de Gestão vigente entre a SES e FUABC - AME Itapevi.

3. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

3.1. A proposta comercial deverá ser apresentada em papel timbrado da empresa participante da coleta de preços, contendo os dados cadastrais e respectivo CNPJ de faturamento, além de conter planilha de preços que indique a quantidade de horas estimadas mensais, com valor unitário da hora, valor estimado mensal e valor global estimado do objeto em questão, de acordo com as especificações técnicas apresentadas no presente Termo de Referência, tendo a validade de no mínimo 60 (sessenta) dias, conforme modelo expresso no Anexo I.

3.2. A proposta deverá ser enviada para o e-mail: contratos@ameitapevi.org.br dentro do prazo estabelecido na publicação.

3.3. A apresentação da proposta está condicionada ao aceite de todas as condições estabelecidas no presente Termo de Referência.

4. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E QUANTIDADES ESTIMADAS

4.1. Abaixo, constam as especificações técnicas e a quantidade estimada de exames solicitados:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE GLOBAL ESTIMADA PARA 12 MESES
Realização de exames de Eletroencefalografia com laudo assinado via certificado digital e fornecimento do equipamento, cabos, eletrodos e agulhas compatíveis, seguindo as normas técnicas do fabricante (ficha técnica).	<p>A quantidade mensal estimada é de 60 (sessenta) exames, considerando:</p> <p>01 exame = 02 membros 02 exames = 04 membros</p> <p>** Os intervalos de agendamento serão definidos em comum acordo entre a Contratante e a Contratada.</p> <p>** É possível a compensação dos exames dentro do trimestre vigente, com prévia autorização da Contratante.</p>	<p>A quantidade anual estimada é de 720 (setecentos e vinte) exames.</p>

5. PRINCIPAIS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 5.1 Executar os serviços em conformidade com o Termo de Referência e Contrato para prestação de serviços médicos na realização de exame de eletroencefalografia com laudo, incluindo o fornecimento de equipamento, eletrodos e agulhas necessários para realização do exame para a FUABC - AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME ITAPEVI, contratando e gerindo profissionais especializados, capacitados e devidamente treinados para o perfeito e regular atendimento da CONTRATANTE.
- 5.2 A CONTRATADA deverá respeitar todos os protocolos internos constituídos pela unidade.
- 5.3 Os serviços serão prestados durante o horário comercial, de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 19h00, mediante datas previamente acordada entre as Partes, no endereço da CONTRATANTE, constante na Rua Christino Gonzales, 215, Nova Itapevi, Itapevi.
- 5.4 Possuir equipe de profissionais habilitados suficientes para as funções as quais foram admitidos (Realização de PROCEDIMENTOS DA ESPECIALIDADE), devendo, tais profissionais, possuir curso superior e especialização comprovada. Possuir CRM registrado no estado de São Paulo com RQE e estar regular junto ao conselho de classe.
- 5.5 A CONTRATADA deverá fornecer o equipamento, cabos, eletrodos, agulhas e demais insumos que devem ser compatíveis com o equipamento e se fizerem necessários para a realização do exame, considerando o uso individual por paciente ou de acordo com as orientações do fabricante.

- 5.6 A execução de todas as fases do exame e manuseio do aparelho é de responsabilidade da CONTRATADA.
- 5.7 A manutenção preventiva, corretiva, calibração e higienização do equipamento será de responsabilidade da CONTRATADA que deverá apresentar a documentação comprobatória.
- 5.8 A equipe profissional da empresa CONTRATADA deverá realizar os procedimentos da especialidade na totalidade, conforme necessidade desta unidade e será fiscalizada pela COORDENADORA MÉDICA da FUABC - AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME ITAPEVI, a qual determinará as rotinas e os serviços que julgar necessários aos planos de trabalho de acordo com as necessidades e legislações pertinentes, devendo ser os mesmos apresentados à CONTRATANTE.
- 5.9 Todos os profissionais da equipe da CONTRATADA deverão aguardar o prazo mínimo de 15 (quinze) minutos de atraso dos pacientes, e realizar o atendimento de acordo com o agendamento.
- 5.10 Em relação a execução dos laudos:
- 5.10.1 O laudo deverá ser entregue em até 3 (três) dias úteis após a realização do exame com assinatura digital, certificada;
 - 5.10.2 Todos os laudos deverão ser assinados por profissional responsável e habilitado para o serviço;
 - 5.10.3 Somente serão pagos os exames efetivamente realizados;
 - 5.10.4 O laudo deve ser completo, baseado na análise dos dados e achados do exame realizado, com parâmetros mínimos de resultado;
- 5.11 A CONTRATADA deverá promover realocações de pessoal entre as equipes, sempre que surgirem impedimentos quanto à capacitação, dentro das especificações do objeto deste Termo de Referência. O descumprimento de cláusulas pertinente ao operacional acarretará multas e Revogação Contratual se assim a CONTRATANTE decidir.
- 5.12 Promover ajustes, sempre que necessários ou requisitados, para alteração de procedimentos e planejamento, de forma a manter a perfeita prestação dos serviços, atendendo a qualidade exigida pela CONTRATANTE.
- 5.13 Apresentar escala mensal fixa, sendo que as alterações de agenda deverão ser formalizadas com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias.
- 5.14 Prestar os serviços observando as melhores práticas e técnicas aplicadas no mercado.

- 5.15 Cumprir todas as normas, regras e leis aplicáveis a execução do objeto do Contrato, inclusive as normas internas da FUABC - AMBULATORIO MEDICO DE ESPECIALIDADES – AME ITAPEVI.
- 5.16 Cumprir integralmente todas as suas obrigações tributárias, fiscais, sociais, previdenciárias, trabalhistas, acidentárias, comerciais e civis.
- 5.17 Indenizar, imediatamente, a CONTRATANTE por quaisquer danos que seus representantes legais, prepostos, empregados ou terceiros credenciados causem, por culpa, dolo, ação ou omissão, a CONTRATANTE ou a terceiros.
- 5.18 Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados nos termos da legislação em vigor;
- 5.19 Selecionar e preparar rigorosamente a equipe profissional que irá prestar os serviços, encaminhando pessoas com funções legalmente registradas conforme a categoria;
- 5.20 Disponibilizar profissionais em quantidade necessária para garantir a operação dos serviços nos regimes contratados, obedecidas às disposições da legislação trabalhista vigente;
- 5.21 Relatar à FUABC - AMBULATORIO MEDICO DE ESPECIALIDADES – AME ITAPEVI qualquer irregularidade observada nos serviços;
- 5.22 Indicar após início dos serviços um responsável à Coordenadora Médica para realizar em conjunto com a FUABC - AMBULATORIO MEDICO DE ESPECIALIDADES – AME ITAPEVI; o acompanhamento técnico das atividades e emissão de nota fiscal, visando à qualidade da prestação do serviço;
- 5.23 Responsabilizar-se civil e/ou criminalmente por danos decorrentes de ação, omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus funcionários e/ou sócios, nessa qualidade, causarem a qualquer pessoa, bens públicos, privados, móveis, imóveis, deste nos termos da Legislação Vigente;
- 5.24 A CONTRATADA deverá estar em condições de prestar os serviços a partir da data da assinatura do Contrato e manter essa condição durante a vigência do contrato, atendendo a demanda destacada nos anexos, incluindo-se eventuais acréscimos ou supressões limitando à 25% (vinte e cinco por cento) do previsto.
- 5.25 Executar os serviços, objeto do contrato, rigorosamente em conformidade com todas as suas condições e normas legais;
- 5.26 Arcar com os encargos fiscais, comerciais, trabalhistas, sociais, previdenciários, acidentários, administrativos e civis, bem como pelos impostos e demais encargos resultantes da execução da prestação de serviços, além de casos de acidentes de trabalho que tenham relação com a consecução do objeto deste instrumento;

- 5.27 Assumir diretamente a obrigação de cumprir com o objeto deste instrumento, não realizando a prestação de serviços através de terceiros;
- 5.28 Garantir, durante a execução do serviço, que o acompanhamento seja realizado pela CONTRATANTE mediante supervisão direta e/ou indireta pela Coordenadora Médica, a qual observará o cumprimento das exigências contratuais;
- 5.29 Assumir que o acompanhamento dos serviços pela CONTRATANTE não lhe eximirá de sua plena responsabilidade perante a instituição, os pacientes e os terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato.
- 5.30 Obriga-se a CONTRATADA a atender toda demanda para realização dos procedimentos da especialidade conforme necessidade da FUABC - AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME ITAPEVI, garantindo a assistência e cobertura ininterruptas pelo período de 12 (doze) meses a contar da assinatura do contrato.
- 5.31 A CONTRATADA compromete-se a repor agendas de Feriados a Critério da Administração da Contratante;
- 5.32 A CONTRATADA, neste ato, DECLARA estar CIENTE de que os recursos utilizados para o pagamento dos serviços ora contratados serão aqueles repassados pelo Estado, em razão do Contrato de Gestão n° SES n° 44800/2019, firmado entre a CONTRATANTE e o Estado, para gestão do AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME ITAPEVI.
- 5.33 No caso de não interesse de renovação do contrato por parte da CONTRATADA, a mesma deverá comunicar a CONTRATANTE, em um prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, ou manter o serviço contratado em funcionamento por igual período, após o vencimento do mesmo.

6 PRINCIPAIS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 6.1 Disponibilizar estrutura física adequada para a prestação de serviços, ora contratados, respeitando as especificações técnicas apresentadas pela CONTRATADA;
- 6.2 Fornecer um técnico de enfermagem para auxílio na sala de exames. Entretanto, a execução de todas as fases do exame e manuseio do aparelho é de responsabilidade da CONTRATADA.
- 6.3 Indicar responsável para fiscalização dos serviços a serem prestados pela CONTRATADA;
- 6.4 Promover os pagamentos avançados pelos serviços efetivamente prestados, nas condições e prazos especificados e ora acordados.

7 DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DO PAGAMENTOS

- 7.1 A FUNDAÇÃO DO ABC – AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME ITAPEVI compromete-se a pagar o preço, irrevogável pelo período de 12 meses, constante da proposta da CONTRATADA, observadas as seguintes condições:
- 7.2 A CONTRATANTE realizará o pagamento de acordo com a quantidade de exames realizados mensalmente, respeitando o limite máximo global estimado, conforme cláusula 4.1, devendo a CONTRATADA encaminhar relatório dos mesmos juntamente com a nota fiscal.
- 7.3 Os Pagamentos serão realizados até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente ao mês de prestação dos serviços, mediante emissão de notas fiscais, após atestação dos serviços realizados no período;
- 7.4 No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente;
- 7.5 A CONTRATADA deverá indicar, com a documentação fiscal, o número da conta corrente e a agência, preferencialmente, do Banco do Brasil, a fim de agilizar o pagamento;
- 7.6 Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.
- 7.7 O pagamento será efetuado mediante a apresentação, pela CONTRATADA, dos seguintes documentos:
- 7.7.1 Nota fiscal constando discriminação detalhada do serviço prestado;
 - 7.7.2 CND válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social e Receita Federal (CND Federal);
 - 7.7.3 Prova de regularidade perante o FGTS (CRF);
 - 7.7.4 Relação dos atendimentos realizados conforme Cláusula 4.1, conferidos pelo faturamento da unidade;
- 7.8 As notas fiscais referentes aos serviços prestados deverão ser entregues em tempo considerável (até o quinto dia útil do mês), para que a CONTRATANTE possa proceder com as análises devidas e o subsequente pagamento dos valores;
- 7.9 A CONTRATANTE procederá a retenção tributária referente aos serviços prestados nas alíquotas legalmente devidas, incidentes sobre o valor destacado em nota fiscal;
- 7.10 O recolhimento de ISS/QN deverá ser recolhido no município de Itapevi;

8 VIGÊNCIA

8.1 O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura e poderá ser prorrogado em até 60 (sessenta) meses, por conveniência da CONTRATANTE, desde que presentes a obtenção de preços e condições mais vantajosas para a CONTRATANTE.

9 DOCUMENTOS HABILITATÓRIOS QUE DEVERÃO SER APRESENTADOS PELA EMPRESA VENCEDORA

9.1 Para habilitação no processo a empresa vencedora deverá apresentar:

- I. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor e última alteração devidamente registrados;
- II. Prova de regularidade com as Fazendas Públicas: I – 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); II – Estadual e III – Municipal (Certidão de tributos mobiliários e imobiliários), conforme o domicílio ou sede da participante, admitida a certidão positiva com efeito de negativa ou outra equivalente na forma da lei;
- III. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo à sede da empresa participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratado;
- IV. Comprovante de inscrição da empresa no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- V. 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;
- VI. 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;
- VII. Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, apresentados na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios;
- VIII. Toda documentação específica, pertinente ao ramo da atividade;
- IX. Prova do Registro nos órgãos competentes, quando couber;
- X. Atestado de Capacidade Técnica, emitido por órgãos públicos ou privados, pertinente ao ramo da atividade da interessada, registrado no órgão competente,

quando necessário, que comprove a prestação dos serviços semelhantes ao objeto desta contratação, sendo obrigatório experiência nos serviços mencionados.

XI. Certificação de órgão competente, quando cabível;

XII. Certidão Certificado de Regularidade do FGTS (CRF);

XIII - Toda documentação específica do Profissional que ira atuar:

- a) Currículo Atualizado;
- b) Diploma de Medicina;
- c) Diploma de Residência Médica e/ou Título de Especialista reconhecido com "RQE" Registro de Qualificação de Especialista;
- d) Carteira de Identidade Médica – CRM/SP;
- e) Cartão SUS CNES;
- f) Cópia do RG;
- g) Cópia do CPF;
- h) Comprovante de Endereço;
- i) Comprovante que possui Certificado digital I-Token ICP;
- j) Certidão de Quitação da Anuidade do CRM/CREMESP; (EMPRESA E MÉDICO)

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esclarecimentos do presente Termo de Referência poderão ser obtidos através do e-mail: contratos@ameitapevi.org.br

10.2 Consta anexo neste Termo de Referência: ANEXO I - Modelo de Proposta.

Andreia Aparecida de Godoi
Gerente Administrativa
Fundação do ABC - Ambulatório Médico de Especialidades
AME ITAPEVI

ANEXO I
MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA
(colocar em papel timbrado)

Cidade de origem, __/__/__

À

FUABC - AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME ITAPEVI

Razão Social: _____, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº _____, domiciliada na _____, nº. _____, CEP _____, na cidade de _____, no Estado de _____, neste ato representada por seu representante legal Sr. _____, Nacionalidade _____, portador da cédula de RG nº. _____, inscrita no CPF do MF sob o nº. _____, inscrita no CRM/SP sob o nº _____, domiciliada no endereço supracitado;

Apresenta os seguintes valores para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ELETRONEUROMIOGRAFIA COM LAUDO, INCLUINDO O FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTO, ELETRODOS E AGULHAS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME** conforme especificado abaixo:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO DO EXAME	VALOR MENSAL ESTIMADO (valor unitário X 60 exames)	VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA 12 MESES (total de 720 exames) (valor mensal x 12 meses)
Realização de exames de Eletromiografia com laudo assinado via certificado digital com fornecimento do equipamento, cabos, eletrodos e agulhas compatíveis, seguindo as normas técnicas do fabricante (ficha técnica).	A quantidade mensal estimada é de 60 (sessenta) exames, considerando: 01 exame = 02 membros 02 exames = 04 membros	R\$	R\$	R\$

VALOR MENSAL ESTIMADO: (numeral e por extenso) _____

VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA 12 MESES: (numeral e por extenso) _____

Número do CRM do médico laudador: _____

Número do RQE do médico laudador: _____

O prazo de validade da proposta é de 60 dias.

Declaro expressamente estarem incluídos no preço todos os impostos, taxas, fretes, seguros, bem como quaisquer outras despesas, diretas e indiretas, incidentes sobre o objeto deste Termo.

A presente proposta de preço está baseada nas condições apresentadas no Termo de Referência da contratação de empresa especializada para a prestação de serviços médicos na realização de exame de eletroneuromiografia com laudo, incluindo o fornecimento de equipamento, eletrodos e agulhas necessários para realização do exame.

Nome, Assinatura do Representante Legal da empresa e CNPJ e Contato e E-mail