

## TERMO DE REFERÊNCIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM ALERGOLOGIA

### 1. OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto a contratação de empresa especializada para a prestação de serviços médicos em Alergologia, para Fundação do ABC - Ambulatório Médico de Especialidades – AME Itapevi, localizado na Rua Christino Gonzales, 215, Nova Itapevi, Itapevi, SP, CEP: 06694-040.

### 2. JUSTIFICATIVA

2.1. A contratação de um alergologista é fundamental para atender a crescente demanda por diagnósticos e tratamentos específicos de doenças alérgicas. O conhecimento técnico em alergologia permitirá uma abordagem especializada, beneficiando diretamente a qualidade de vida dos pacientes e fortalecendo a oferta de serviços especializados à população regional. A especialidade está prevista 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, valor unitário, valor mensal e valor global 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 A.

3.2. A proposta deverá ser enviada para o e-mail: [contratos@ameitapevi.org.br](mailto: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

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

DESCRIÇÃO	QTD. DE HORAS ESTIMADAS
Atendimentos de consulta médica especializada em Alergologia: adultos e infantil.	18 horas semanais distribuídas em 03 dias da semana (alternados), compondo 90 horas mensais (considerando 05 semanas).

## 5. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATADA

- 5.1. Prestar os serviços observando as melhores práticas e técnicas aplicadas no mercado.
- 5.2. Cumprir todas as normas, regras e leis aplicáveis à execução do objeto do Contrato.
- 5.3. Observar estritamente as normas internas dos locais da prestação dos serviços.
- 5.4. Cumprir integralmente todas as suas obrigações tributárias, fiscais, sociais, previdenciárias, trabalhistas, acidentárias, comerciais e civis.
- 5.5. A CONTRATADA prestará o serviço na especialidade de Alergologia por 18 (dezoito) horas semanais distribuídas em 03 dias da semana (alternados), durante o horário comercial, podendo ser executado entre segunda e sexta-feira, das 07h00 às 19h00, mediante acordo com a CONTRATANTE, no endereço de sua Unidade, constante na Rua Christino Gonzales, 215, Nova Itapevi, Itapevi.
- 5.6. A CONTRATADA deverá executar os serviços em conformidade com o presente Termo de Referência e com as cláusulas contratuais, contratando e gerindo profissionais especializados, e devidamente treinados para o perfeito e regular atendimento da CONTRATANTE.
- 5.7. O profissional deve estar habilitado para realizar:
  - Elaboração do histórico de alergias e exames físicos do paciente;
  - Diagnóstico das doenças alérgicas e imunológicas;
  - Solicitação de exames laboratoriais sobre alergia e imunologia;
  - Aplicação de testes de provocação para as doenças alérgicas – Prick Test (teste de puntura)  
Obs.: a aplicação da placa é feita pela enfermagem da Contratante;
  - Realização de testes cutâneos – Patch Test (primeira leitura com 48 horas e segunda leitura com 72 horas, com produção de laudo). O profissional deverá ser habilitado para realizar aplicação, leitura e laudo de Patch Test (se necessário);
  - Dessensibilização a medicamentos;
  - Prevenção de doenças alérgicas;
  - Implementação de estratégias de modificação ambiental para diminuir a exposição aos alérgenos.
- 5.8. A CONTRATADA deverá possuir profissionais habilitados suficientes para as funções as quais foram admitidos (realização de PROCEDIMENTOS DA ESPECIALIDADE), devendo, tais profissionais, possuir curso superior e especialização comprovada. Além disso, também devem possuir CRM registrado no Estado de São Paulo, RQE e estar regular junto ao Conselho de Classe.
- 5.9. A CONTRATADA também deverá comprovar que o profissional médico que irá atuar nas dependências da CONTRATANTE possui especialização comprovada por residência reconhecida pelo MEC ou Título de especialista concedido pela AMB (Associação Médica Brasileira) ou pela Sociedade

Brasileira de ASBAI (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia).

- 5.10. Todos os profissionais disponibilizados pela CONTRATADA deverão estar munidos de Certificado Digital do tipo A3 Token padrão ICP-Brasil e-CPF para assinatura do prontuário eletrônico.
- 5.11. A CONTRATADA deverá cumprir as agendas em datas e horários pré-estabelecidos, realizando o número de consultas agendadas e os procedimentos da especialidade na totalidade, conforme necessidade desta unidade e será fiscalizado pela Coordenadora Médica da CONTRATANTE, 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.
- 5.12. A CONTRATADA deverá apresentar escala mensal fixa com 45 dias de antecedência, sendo que as alterações de agendas deverão ser formalizadas com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.
- 5.13. A CONTRATADA compromete-se a repor agendas de Feriados a Critério da Administração da CONTRATANTE.
- 5.14. A CONTRATADA deverá seguir os protocolos institucionais, o Regimento Interno do Corpo Clínico bem como as orientações estabelecidas pela Coordenação Médica da CONTRATANTE.
- 5.15. A CONTRATADA deverá indicar um responsável para a interlocução entre CONTRATANTE E CONTRATADA.
- 5.16. A CONTRATADA deverá relatar à CONTRATANTE qualquer irregularidade observada nos serviços.
- 5.17. Todos os profissionais da equipe da CONTRATADA deverão aguardar o prazo mínimo de 15 (quinze) minutos de atraso dos pacientes, e atender a totalidade da agenda, conforme o volume diário da demanda de CONSULTAS E PROCEDIMENTOS. Considera-se para fins de atraso os 15 (quinze) minutos que sucedem o horário agendado da consulta, exames e/ou procedimentos.
- 5.18. A CONTRATADA deverá prever mão de obra disponível para o acompanhamento das demandas necessárias e confecção de indicadores de produção, qualidade e segurança.
- 5.19. A CONTRATADA deverá dar suporte ao Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) no fornecimento de esclarecimentos e respostas às queixas dos usuários, com o desenvolvimento de plano de ação para incrementar a satisfação do usuário.
- 5.20. A CONTRATADA deverá dar suporte clínico à confecção de relatórios técnicos, quando necessário.
- 5.21. A CONTRATADA deverá gerenciar a prestação do serviço para o devido cumprimento das consultas, retornos, interconsultas e procedimentos.
- 5.22. A CONTRATADA deverá implantar de forma adequada e em conjunto com o gestor do contrato, a planificação e execução dos serviços, de modo a garantir suporte e atendimento ininterrupto.

- 5.23. A CONTRATADA deverá, em todos os atendimentos, registrar no prontuário eletrônico de cada paciente os procedimentos realizados.
- 5.24. A CONTRATADA deverá comprovar o vínculo formal do profissional com a empresa mediante apresentação de registro CLT, prova de membro de quadro societário ou contrato de prestação de serviços autônomos.
- 5.25. A CONTRATADA deverá manter o cadastro dos profissionais sempre atualizado, com especial atenção à informação da entrada e saída de profissionais, de modo a mantermos atualizado no CNES o nome dos profissionais.
- 5.26. Em caso de férias dos profissionais, a CONTRATADA, deverá comunicar por escrito a CONTRATANTE com prazo de 45 dias de antecedência, com indicação de profissional substituto habilitado que faça parte da empresa e/ou compensação das agendas com antecedência.
- 5.27. Gerenciar os indicadores de produção e qualidade, sempre que necessários ou requisitados, de forma a manter a perfeita prestação dos serviços, atendendo aos requisitos da qualidade com a elaboração, gerenciamento e atualização dos protocolos assistenciais, seguindo o fluxo proposto de aprovação e registro de documentos no setor de Qualidade suprimindo a necessidade exigida pela CONTRATANTE.
- 5.28. Assegurar o cumprimento das metas definidas no contrato de Gestão com a Secretaria Estadual de Saúde, quando cabível.
- 5.29. Realização das análises dos eventos adversos notificados e discussão com o Gerenciamento de Risco, quando necessário.
- 5.30. Suporte a Coordenação Técnica para formulação de relatórios médicos e suporte a perícia nos eventuais processos jurídicos.

## **6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

A Contratante compromete-se a:

- 6.1. Disponibilizar estrutura física adequada para a prestação de serviços ora contratada, respeitando as especificações técnicas apresentadas pela CONTRATADA.
- 6.2. Indicar responsável para fiscalização dos serviços a serem prestados pela CONTRATADA.
- 6.3. Promover os pagamentos avançados pelos serviços efetivamente prestados, nas condições e prazos especificados e ora acordados, desde que atendidas as condições previstas na cláusula de pagamento.

## **7. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

- 7.1. A CONTRATANTE compromete-se a pagar o preço constante da proposta da CONTRATADA, observadas as seguintes condições:
- 7.2. A CONTRATADA deverá apresentar, até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao mês de prestação dos serviços, a CONTRATANTE, documento contendo a relação dos serviços realizados.
- 7.3. A CONTRATANTE, efetuará análise nos documentos apresentados pela CONTRATADA, e aprovará os procedimentos executados e valores correspondentes, solicitando que a CONTRATADA emita a nota fiscal para o devido pagamento.
- 7.4. A CONTRATADA deverá emitir a nota fiscal discriminando detalhadamente os serviços prestados.
- 7.5. Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.
- 7.6. O pagamento será efetuado mediante a apresentação, pela CONTRATADA, dos documentos relacionados abaixo, que serão arquivados pela CONTRATANTE, podendo a CONTRATANTE solicitar outros documentos que se fizerem necessários, de acordo com o contrato firmado entre as Partes:
- a) Cartão CNPJ e Nota Fiscal constando discriminação detalhada do serviço prestado;
  - b) CND válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social;
  - c) Prova de regularidade perante o FGTS;
  - d) CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, emitida pela Justiça do Trabalho.
- 7.7. O pagamento pelos serviços prestados será realizado mensalmente até o décimo quinto dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços, mediante a emissão de nota fiscal e a sua devida atestação pela CONTRATANTE.
- 7.8. Em atendimento ao quanto disposto no art. 53 da Lei Complementar nº 34/2005, o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS/QN) retido na fonte pela Contratante será recolhido em favor do município de Itapevi - SP.

## **8. DOCUMENTOS**

- 8.1. Para habilitação no processo a empresa deverá apresentar:
- I. Comprovante de inscrição da empresa no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
  - II. Registro comercial, no caso de empresa individual;
  - III. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor e última alteração devidamente registrados;

IV. 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.

V. Prova de regularidade do FGTS (CRF: Certificado de Regularidade do FGTS);

VI. 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;

VII. 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;

VIII. 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;

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

X. Toda documentação específica, pertinente ao ramo da atividade;

XI. Prova do Registro nos órgãos competentes, quando couber;

XII. 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 obrigatória experiência nos serviços mencionados.

XIII. Certificação de órgão competente, quando cabível;

XIV. Toda documentação específica do Profissional que irá atuar:

a) Diploma de Medicina;

b) Diploma de Residência Médica e Título de Especialista reconhecido com "RQE" Registro de Qualificação de Especialista;

c) Carteira de Identidade Médica – CRM/SP;

d) Certidão de Quitação da Anuidade do CRM/CREMESP (EMPRESA E MÉDICO).

XV. Em conjunto com a análise da documentação, o profissional fornecido pela empresa será submetido a uma avaliação técnica efetuada pela Coordenação Médica da Unidade, que poderá ser realizada presencialmente ou de forma telepresencial, à critério da CONTRATANTE.

## 9. VIGÊNCIA

9.1. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos, podendo ser prorrogado por igual e sucessivo período, no limite de 60 (sessenta) meses, a exclusivo critério da CONTRATANTE, nos termos e condições permitidos por seu Regulamento de Compras.

## 10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

**Vânia Aranha Zito**  
**Coordenadora Médica**  
Fundação do ABC – Ambulatório Médico de Especialidades - AME ITAPEVI

**ANEXO A**  
**MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

(apresentar em papel timbrado da empresa participante com CNPJ).

Cidade de origem, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

À

**FUNDAÇÃO DO ABC - 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. (a) \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_, portador (a) da cédula de RG nº. \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF do MF sob o nº. \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRM/SP sob o nº \_\_\_\_\_, domiciliado (a) no endereço supracitado.

Apresenta os seguintes valores para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM ALERGOLOGIA**, conforme especificado abaixo:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITARIO DA HORA	VALOR MENSAL ESTIMADO	VALOR GLOBAL ESTIMADO (12 MESES)
Atendimentos de consulta médica especializada em Alergologia: adultos e infantil. O serviço deverá ser prestado por 18 (dezoito) horas semanais distribuídas em 03 dias da semana (alternados).	90 (noventa) horas mensais (considerando 05 semanas).	R\$	R\$	R\$
<b>TOTAL</b>		R\$	R\$	R\$

**VALOR MENSAL:** (numeral e por extenso) \_\_\_\_\_

**VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA 12 MESES:** (numeral e por extenso) \_\_\_\_\_

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 EM ALERGOLOGIA**.

**Nome e Assinatura do Representante Legal da empresa**