

## TERMO DE REFERÊNCIA

OBJETIVANDO A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA A **EMISSÃO DE LAUDOS À DISTÂNCIA PARA EXAMES DE MAPA E HOLTER**, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, A FIM DE ATENDER ÀS NECESSIDADES DO AME PRAIA GRANDE.

### 1 – DAS CONDIÇÕES GERAIS

1. Para a realização do objeto do contrato a empresa CONTRATADA obriga-se a obedecer às seguintes condições:

1.1. O horário de atendimento deverá ocorrer entre segunda à sexta das 07 horas da manhã ás 17 horas e aos sábados das 07:00 horas ás 13:00 horas dependendo da disponibilidade de instalações do ambulatório, mediante abertura de agenda para os profissionais pela Unidade.

1.2. A contratada se compromete a prestar serviços com equipe composta por médicos especialistas em CARDIOLOGIA o conselho da categoria ativo, bem como todos os profissionais obrigatoriamente devem possuir certificado digital, padrão ICP Brasil para atendimento das consultas.

1.3. O responsável técnico pela contratada deve ser médico, e os demais prestadores alocados na Unidade deverão ser médicos especialista em cardiologia.

1.4. O número estimado de exames será de aproximadamente 140 exames mensais.

| EXAMES         | quantidade | Preço sem fornecimento equipamento | Preço com fornecimento equipamento |
|----------------|------------|------------------------------------|------------------------------------|
| MAPA (LAUDO)   | 70         |                                    |                                    |
| HOLTER (LAUDO) | 70         |                                    |                                    |

1.5. Ressalta-se desde já que os números acima especificados poderão variar para um número maior ou menor e serão remunerados de acordo com o realizado;



1.6. Fica a contratante responsável pelas despesas de água, luz, telefonia, e limpeza, bem como reformas de área física.

1.7. As agendas devem respeitar obrigatoriamente o intervalo mínimo de 10 (dez) minutos.

1.8. Os laudos deverão ser entregues em 07 dias úteis, com assinatura digital.

1.9. O contrato terá a duração de 12 meses, podendo ser renovado a critério das partes por no máximo 60 meses.

1.10. A presente cotação se submete integralmente as condições e normas previstas no Regimento Interno de Compras e demais Contratações da Fundação do ABC e Demais Mantidas.

**Ambulatório Médico de Especialidades de Praia Grande**

**AME PRAIA GRANDE**

**ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA**  
**(em papel timbrado da empresa Participante)**

| TIPO DE SERVIÇO / EXAME | QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA | Preço fornecimento sem equipamento | Preço fornecimento com equipamento |
|-------------------------|----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| MAPA (LAUDO)            | 70                         | R\$                                | R\$                                |
| HOLTER (LAUDO)          | 70                         | R\$                                | R\$                                |
| VALOR TOTAL             |                            | R\$                                | R\$                                |

1. Observações:

1.1- Prazo de validade da proposta de ( ) dias, a contar da data de sua apresentação. (No mínimo, 60 (sessenta) dias).

2. Declaração

1.1. 2.1- DECLARAMOS, para os devidos fins, QUE CONSIDERAMOS, NA FORMULAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS todos os custos, OU SEJA, todos os custos necessários para o atendimento do objeto desta coleta de preço tais como: custos com mão de obra, equipamentos, materiais, utensílios e transporte, impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes, seguros, deslocamentos de pessoal, garantia e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre o objeto.

3. Dados da empresa:

Empresa/Razão Social:

Endereço:

CEP:

CNPJ:

Telefone:

E-mail:

Banco:

Agência:

Conta-Corrente:

4. Qualificação do responsável pela assinatura do Contrato:

Nome completo:

CPF:

RG:

, de de 2025.

(Nome completo do declarante (Responsável legal) – Identificação – CPF

### **ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE ANTICORRUPÇÃO**

#### **[logotipo da empresa]**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF/MF n. \_\_\_\_\_, representante legal da empresa (Razão Social da Empresa), estabelecida na \_\_\_\_\_.(endereço completo), inscrita no CNPJ/MF sob n.º \_\_\_\_\_, no uso de minhas atribuições, **DECLARO** que a pessoa jurídica conduz seus negócios de forma a coibir fraudes, corrupção e a prática de quaisquer outros atos lesivos à Administração Pública, direta ou indireta, nacional ou estrangeira, em atendimento à Lei Federal nº 12.846/ 2013 , ao Decreto Estadual nº 60.106/2014, tais como:

- I – Prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a agente público, ou a terceira pessoa a ele relacionada;
- II – Comprovadamente, financiar, custear, patrocinar ou de qualquer modo subvencionar a prática dos atos ilícitos previstos em Lei;
- III – Comprovadamente, utilizar-se de interposta pessoa física ou jurídica para ocultar ou dissimular seus reais interesses ou a identidade dos beneficiários dos atos praticados;
- IV – No tocante a licitações e contratos:
  - a) Frustrar ou fraudar, mediante ajuste, combinação ou qualquer outro expediente, o caráter competitivo de procedimento licitatório público;
  - b) Impedir, perturbar ou fraudar a realização de qualquer ato de procedimento licitatório público;
  - c) Afastar ou procurar afastar licitante, por meio de fraude ou oferecimento de vantagem de qualquer tipo;
  - d) Fraudar licitação pública ou contrato dela decorrente;
  - e) Criar, de modo fraudulento ou irregular, pessoa jurídica para participar de licitação pública ou celebrar contrato administrativo;
  - f) Obter vantagem ou benefício indevido, de modo fraudulento, de modificações ou prorrogações de contratos celebrados com a administração pública, sem autorização em lei, no ato convocatório da licitação pública ou nos respectivos instrumentos contratuais; ou
  - g) Manipular ou fraudar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos celebrados com a administração pública;
- V – Dificultar atividade de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização do sistema financeiro nacional.

[LOCAL] [DATA]

---

Contratada  
Representante Legal

## ANEXO IV – DECLARAÇÃO DO QUADRO SOCIETÁRIO

### [logotipo da empresa]

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF/MF n. \_\_\_\_\_, representante legal da empresa (Razão Social da Empresa), estabelecida na \_\_\_\_\_.(endereço completo), inscrita no CNPJ/MF sob n.º \_\_\_\_\_, **DECLARO**, para todos os fins de direito, sob as penas da lei, não possuir no quadro da Empresa pessoa que figure como dirigente ou sócio cônjuge, companheiro, parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até terceiro grau inclusive de profissionais integrantes de órgãos de deliberação ou direção da Fundação do ABC, exceto o previsto nos parágrafos 3º e 4º do artigo 6º do Regulamento Interno de Compras da Fundação do ABC.

Ainda, declaro que no quadro da empresa não possui sócios que sejam agentes políticos de Poder, membros do Ministério Público, ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade

[LOCAL] [DATA]

---

Contratada  
Representante Legal

## **ANEXO V- DECLARAÇÃO NÃO IMPEDIMENTOS**

**[logotipo da empresa]**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF/MF n. \_\_\_\_\_, representante legal da empresa (Razão Social da Empresa), estabelecida na \_\_\_\_\_.(endereço completo), inscrita no CNPJ/MF sob n.º \_\_\_\_\_, **DECLARO**, para todos os fins de direito, sob as penas da lei, de que inexiste impedimento em contratar com a Fundação do ABC ou com a Administração Pública.

[LOCAL] [DATA]

---

Contratada  
Representante Legal

## **ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE PERFEITAS CONDIÇÕES**

**[logotipo da empresa]**

Declaro, para todos os fins de direito, que de acordo com as especificações fornecidas pela CONTRATANTE, há perfeitas condições para execução completa dos serviços.

[LOCAL] [DATA]

---

Contratada  
Representante Legal

**ANEXO VII- DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO REGULAMENTO DE COMPRAS  
E CONTRATAÇÃO DA FUNDAÇÃO DO ABC (ENVELOPE Nº 1 – PROPOSTA)**

**[logotipo da empresa]**

À FUNDAÇÃO DO ABC

Prezados Senhores,

Pelo presente, informamos que analisamos atentamente o Regulamento de Compras e Contratação da Fundação do ABC – FUABC e manifestamos plena aceitação aos termos e condições previstas no documento, não reputando qualquer vício ou discordância expressa e/ou tácita com as suas condições renunciando expressamente a qualquer discussão acerca de suas cláusulas, e concordando expressamente com o seu conteúdo.

Declaramos outrossim que o sócio/representante que abaixo assina tem plenos poderes para celebrar tal declaração.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

---

Representante legal:

Empresa:

CNPJ:

|  |                   |                                  |                             |
|--|-------------------|----------------------------------|-----------------------------|
|  <p><b>FUNDAÇÃO DO ABC</b><br/>Desde 1967</p> | <b>DECLARAÇÃO</b> | <b>CÓDIGO: FOR.CPC.001</b>       | <b>PÁG.: 1 de 2</b>         |
|  |                   | <b>ELABORADO:<br/>01/02/2023</b> | <b>REVISADO: 00/00/0000</b> |
|  |                   | <b>VIGÊNCIA: NA</b>              | <b>VERSAO: 00</b>           |
|  |                   | <b>CLASSIFICAÇÃO</b>             | <b>DA INFORMAÇÃO:</b>       |
| <b>TÍTULO: DUE DILIGENCE DE FORNECEDORES PARA COMPROMENTIMENTO AOS PRECEITOS ÉTICOS DA FUABC - FORNECEDORES</b>                |                   |                                  |                             |

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DA FUABC.**

A empresa \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_, declara, para os devidos fins legais, estar ciente e de acordo com as normas institucionais, preceitos éticos e de anticorrupção previstos no Código de conduta Ética da Fundação do ABC, comprometendo-se a cumpri-lo fielmente, durante todo o período de vigência do presente contrato, em especial, atender as práticas de antissuborno voltadas aos seus representantes ou por terceiras pessoas a eles relacionadas, independentemente do valor envolvido, não efetuando qualquer tipo de pagamento, dação, doação, presente, entretenimento, transporte, patrocínio, doação benficiante dentre outros que possam ser caracterizados como subornos, propinas ou ainda prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente qualquer vantagem indevida para garantir negócios com as empresas interessadas em adquirir nossos produtos e serviços.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome da Empresa:

CNPJ:  
Procurador Legal:



**TÍTULO: QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE DE COMPLIANCE DE FORNECEDORES**

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR - DADOS CADASTRAIS BÁSICOS**

|               |                     |             |                          |
|---------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| Razão social  | CNPJ ou equivalente |             |                          |
| Nome fantasia |                     |             | Data de constituição / / |
| Endereço      | Número              | Complemento |                          |
| Cidade        | Estado              | CEP         |                          |

**INFORMAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIETÁRIA E GESTÃO DA EMPRESA**

*Apresentar os dados das pessoas físicas e jurídicas que detém participação societária. Se houver alguma pessoa jurídica nesta lista, por favor, indicar os beneficiários finais, até o nível em que haja somente pessoas físicas.*

| Nome/Razão social | CPF/CNPJ | Nacionalidade | % Participação |
|-------------------|----------|---------------|----------------|
|                   |          |               |                |
|                   |          |               |                |
|                   |          |               |                |
|                   |          |               |                |
|                   |          |               |                |

As pessoas listadas nos itens anteriores possuem relação de parentesco com algum colaborador em cargo de confiança – Conselheiro, dirigente, diretor, gerente ou coordenador da Fundação do ABC?

Sim

Não

Em caso afirmativo informar os seguintes dados:

|          |
|----------|
| Nome:    |
| Função:  |
| Unidade: |

**RAMO DE ATIVIDADE**

|   |  |
|---|--|
| 1. Segmento   | <input type="checkbox"/> Indústria<br><input type="checkbox"/> Comércio e Serviços |
| Principais atividades (CONFORME DESCRIÇÃO NO CNAE): | Atividades secundárias:  |

**PORTE**

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 2. Receita bruta anual:  | 3. Nº de empregados:                  |
| <input type="checkbox"/> Até R\$ 60 mil e 1 até empregado (Microempreendedor individual - MEI) | <input type="checkbox"/> Até 19       |
| <input type="checkbox"/> Até R\$ 360 mil (Microempresa)  | <input type="checkbox"/> De 20 a 99   |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 360 mil a R\$ 3,6 milhões (Pequena empresa)                    | <input type="checkbox"/> De 100 a 499 |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 3,6 milhões a R\$ 300 milhões (Média empresa)                  | <input type="checkbox"/> Acima de 500 |
| <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 300 milhões (Grande empresa)                             | Cobertura geográfica:                 |

**POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS**

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Programa de Integridade               | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Em caso positivo, fornecer uma cópia. |   |
| Código de ética                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Em caso positivo, fornecer uma cópia. |   |



**TÍTULO: QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE DE COMPLIANCE DE FORNECEDORES**

|  |   |
|--|---|
| A empresa possui política de recebimento e apuração de denúncias de irregularidades por parte de seus stakeholders (Canal de Denúncias)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Política de seleção e contratação de funcionários  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Prevenção e combate à fraude e corrupção   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Oferta e recebimento de brindes, presentes e hospitalidades  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Política de registros contábeis e financeiros  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Proteção de dados  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Segurança da Informação  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Due diligence de terceiros   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Os funcionários recebem treinamentos sobre Código de Ética e/ou outros temas relacionados com ética, integridade e anticorrupção?        | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Em caso positivo, com qual frequência?   |   |

**SUPORTE E COMPROMETIMENTO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO E LIDERANÇA**

|   |   |
|---|---|
| O fornecedor possui um órgão ou área responsável pela coordenação ou gestão de suas atividades de Compliance (integridade e conformidade)   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |
| Este órgão ou área está subordinado à(o):   | <input type="checkbox"/> Presidência <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Financeiro<br><input type="checkbox"/> Outro: |
| O fornecedor possui canal de denúncias? Caso positivo, identificar o fluxo de tratamento das ocorrências, se é garantida a confidencialidade dos dados e a proteção do anonimato aos denunciantes | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.<br>Resposta:   |
| O fornecedor promove treinamentos periódicos sobre suas normas internas, inclusive a seus empregados e demais públicos pertinentes  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |
| São mantidos registros dos treinamentos, incluindo controle dos participantes e do material utilizado   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |

**QUESTÕES OPERACIONAIS E REPUTACIONAIS**

|  |  |
|--|--|
| O fornecedor possui algum tipo de conflito de interesses que impossibilitaria a prestação de serviços a FUABC?   | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual impedimento: |
| O fornecedor subcontrata algum de seus serviços ou utiliza intermediários?   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| O fornecedor possui controles financeiros, de tesouraria e contábeis adequados, precisos e atualizados?  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| Possui registros contábeis submetidos à auditoria independente (em caso positivo, informa a empresa de auditoria):   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| A empresa, seus acionistas, conselheiros ou diretores estatutários ou quaisquer empresas em seu grupo econômico estão ou estiveram nos últimos 05 (cinco) anos, de qualquer forma, envolvidos em processos administrativos ou judiciais fundados nas legislações abaixo: |  |
| Leis anticorrupção brasileira ou internacionais  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| Lei de improbidade administrativa  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| Lei de licitações  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| Lei de Defesa da Concorrência  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| Processos criminais  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    |
| Em caso de afirmativo à questão anterior, justificar e identificar o andamento do(s) processo(s).  |  |
| Nome da pessoa envolvida   | Justificativa  |
|  | Andamento  |
|  |  |
|  |  |



**TÍTULO: QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE DE COMPLIANCE DE FORNECEDORES**

**PESSOA EXPOSTA POLÍTICAMENTE AO CONFLITO DE INTERESSE**

Algum proprietário, sócio, acionista majoritário, membro do Conselho de Administração, Diretor e/ou representante da empresa enquadraria-se na condição de PEP, conforme definido no § 1º, artigo 1º, da Resolução COAF n.º 40, de 22 de novembro de 2021?

Sim     Não - Em caso positivo, informe quem é a pessoa, a posição ocupada e o órgão do governo:

**DECLARAÇÃO**

Declaro e atesto para os devidos fins que as informações fornecidas anteriormente, bem como os documentos disponibilizados são verdadeiros e não ocultaram quaisquer dados. Se em algum momento as informações ou documentos apresentados neste questionário não representarem mais a realidade, comprometo-me em comunicar imediatamente a Fundação do ABC e fornecer um relatório complementar detalhando referida mudança.

\_\_\_\_\_  
Local (cidade)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

