

## Termo de Referência

### 1. OBJETIVO

- 1.1 O presente Termo de Referência tem por objetivo a contratação de empresa especializada para a realização de exames de Ecodopplercardiograma e Doppler de Carótidas e Vertebrais Bilaterais.

### 2. JUSTIFICATIVA

- 2.1 A contratação de empresa especializada na realização de exames de Ecodopplercardiograma justifica-se pela necessidade de garantir diagnóstico preciso, ágil e seguro para os pacientes atendidos pela unidade.

### 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 o quantitativo e qualitativo com 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 I.
- 3.2 A apresentação da proposta está condicionada ao aceite de todas as condições estabelecidas no presente Termo de Referência

### 4. ESCOPO DO SERVIÇO

- Realização de Ecodopplercardiograma com Doppler Colorido;
- Realização sob demanda de Doppler de Carótidas e Vertebrais Bilaterais;
- Os exames deverão ser realizados duas vezes por semana, em dias e horários previamente estabelecidos com a contratante;

- Em caso de demanda adicional ou urgência, a contratada deverá atender conforme disponibilidade técnica e operacional.

## 5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- Disponibilizar profissional médico especialista em Cardiologia e Ecocardiografia com comprovada habilitação e experiência na realização dos exames descritos;
- Utilizar equipamentos compatíveis com as normas da ANVISA e com qualidade de imagem adequada para emissão de laudos precisos;
- Emitir e entregar as imagens e laudos médicos dos exames realizados em até 24 horas após a execução dos mesmos;
- Em caso de manutenção preventiva ou corretiva do equipamento da unidade, o profissional responsável deverá utilizar equipamento próprio, assegurando a continuidade dos atendimentos conforme cronograma estabelecido;
- Possuir equipe de profissionais habilitados suficientes para as funções às quais foram admitidos (Realização de EXAMES DE ECOCARDIOGRAFIA), devendo, tais profissionais, possuir curso superior e especialização na área objeto deste contrato, obrigatoriamente.
- A empresa Contratada deverá comprovar o vínculo de trabalho do profissional junto a empresa, por meio do quadro societário e/ou contrato de trabalho no regime CLT.
- Não serão permitidos cancelamento de agendas, salvo por superveniência devidamente comprovada;
- Fornecer mão-de-obra suficiente para garantir a operação dos serviços. Qualificação dos Profissionais Quantidade "Mínima" de Profissionais Responsável Técnico Especializado 1 (um) Profissional Habilitado e Especialista, Conforme Demanda de EXAMES DE ECOCARDIOGRAFIA Equipe Profissional Minimamente 1 (Um) Profissional Habilitado e Especialista para suprir a totalidade de EXAMES DE ECOCARDIOGRAFIA
- Tomar as providências relativas aos treinamentos necessários para garantir a execução dos trabalhos dentro dos níveis de qualidade desejados.
- Em eventual ausência de profissional contratado para realizar as EXAMES DE ECOCARDIOGRAFIA deve providenciar obrigatoriamente a reposição da mão-de-obra em até 40 (quarenta) minutos, para cumprir o prazo de atendimento e suprir agenda dos serviços conforme previsto;
- Assegurar que todo profissional que cometer falta disciplinar qualificada como de natureza grave não deverá ser mantido, nem retornar as instalações do Instituto de Infectologia Emílio Ribas;

- A CONTRATADA deverá apresentar relação de equipe profissional que irá atuar na prestação de serviços, devendo ser atualizada sempre que houver mudança ou novo profissional, em tal relação deverá constar o nome completo dos integrantes, número do cadastro no Conselho de acordo Categoria e Cópia, Cópia do Diploma, Cópia do Título de Especialização na área contratada, telefone para contato e preencher ficha de Equipe Obrigatoriamente.
- Toda equipe contratada deverá atuar constantemente com outras equipes e categorias profissionais, formando, assim, uma equipe multidisciplinar harmônica.  
Respeitar o código de Ética da Categoria Profissional, Ética Médica, Enfermagem e demais códigos de ética e profissionais.
- Atender as Comissões instituídas no FUABC - INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, quais sejam: da CIPA, de Padronização de Material Médico Hospitalar e Medicamentos, da CCIH, de Prontuário Médico, além das outras Comissões, Normas e Regulamentos, bem como contribuir para certificação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e demais acreditadoras.

## 6. DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS

6.1 O pagamento será efetuado mediante a apresentação, pela CONTRATADA, dos seguintes documentos, que serão arquivados pela CONTRATANTE:

- Nota Fiscal constando discriminação detalhada do serviço prestado;
- CND Federal válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social;
- Prova de regularidade perante o FGTS.
- CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhista (Quando couber)

6.2 Em nenhuma hipótese serão aceitos títulos via cobrança bancária.

6.3 Os pagamentos deverão ser realizados por meios de depósito. A CONTRATADA deverá indicar, com a documentação fiscal, o número da conta corrente e a agência, a fim de agilizar o pagamento.

6.4 A CONTRATADA deverá indicar no corpo da nota fiscal as exigências contidas na resolução 23/2022, que aprova as alterações as instruções n 1/2020, do Tribunal de contas do Estado de São Paulo, sendo que as notas fiscais deverão obrigatoriamente conter

- a) INDICAÇÃO DA CONTRATANTE: ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE.
- b) CONTRATADA: FUNDAÇÃO DO ABC - INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS II.
- c) Número do Contrato de Gestão: **SEI nº 024.00032955/2025-13**
- d) Discriminação do serviço prestado:
- e)
- f) Número do processo de compras:
- g) Competência da Cobrança:
- h) Dados Bancários:

6.5 Deverão ser enviados os devidos relatórios para conferência e após a conferência dos relatórios, o gestor solicitará a emissão da nota fiscal.

6.6 Em caso de incorreção ou ausência de dados, o pagamento não se procederá, sendo necessária apresentação de retificação.

## 7. VIGÊNCIA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 O prazo de vigência do contrato será de 12 meses, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

7.2 Este contrato será executado sob regime de preço fixo e irredutível, durante os primeiros 12 (doze) meses.

## 8. DAS PENALIDADES

8.1 As penalidades serão propostas pela fiscalização da **CONTRATANTE** e aplicadas, se for o caso, pela autoridade competente, garantindo o contraditório administrativo com defesa prévia;

8.2 Multa de 10% (dez por cento) por inexecução parcial do contrato, sobre a parcela

inexecutada, podendo, a **CONTRATANTE**, autorizar a continuação do mesmo.

8.3 Multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, por inexecução total do mesmo.

8.4 Multa de 10% (dez por cento) do valor do faturamento do mês em que ocorrer a infração, se o serviço prestado estiver em desacordo com as especificações propostas e aceitas pela **CONTRATANTE**;

8.5 Multa de 10% (dez por cento) do valor do faturamento do mês em que ocorrer a infração, se o serviço prestado estiver em desacordo com as especificações propostas e aceitas pela **CONTRATANTE**;

8.6 Multa de 1% (um por cento) por dia de atraso no cumprimento dos prazos estipulados em contrato;

8.7 As multas são independentes entre si, podendo ser aplicadas cumulativamente. A aplicação de uma não exclui a das outras, bem como a das demais penalidades previstas em lei;

8.8 O valor relativo, às multas eventualmente aplicadas, será deduzido de pagamentos que a **CONTRATANTE** efetuar, mediante a emissão de recibo.

## DA RESCISÃO

- O não cumprimento das obrigações contratuais pelas partes ensejará rescisão contratual, sendo lícito a qualquer das partes denunciá-lo a qualquer tempo, com antecedência mínima de (30) trinta dias, sem que caiba a outra parte direito de indenização de qualquer espécie.
- O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente, desde que haja conveniência para a FUABC – INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS mediante autorização escrita e fundamentada da autoridade superior.
- O Contrato poderá ser rescindido por ato unilateral da FUNDAÇÃO DO ABC, em se verificando a ocorrência de descumprimento de cláusulas contratuais, assegurados, no entanto, o contraditório e a ampla defesa.
- Dar-se-á a rescisão automática do contrato caso ocorra à rescisão do Contrato de Gestão firmado entre a Fundação do ABC e o Governo do Estado de São Paulo, ou qualquer outra avença com objeto similar a ser firmado entre as partes.

Dr. Moracir Cetara  
Diretor Técnico

Instituto de Infectologia Emílio Ribas II Baixada Santista  
Rua São Miguel, 760 - Sítio Paecará - Vicente de Carvalho  
Guarujá/SP - CEP 11.460-202 Tel.: (13) 3308-2030

Moracir Cetara  
Diretor Técnico  
CRM: 59896  
MER2 - Baixada Santista



**ANEXO I**

**MODELO DE PROPOSTA**

**(Em papel timbrado da empresa participante)**

**Ao INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS II**

| DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                                                                 | QTD. MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL | VALOR POR 12 MESES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|--------------------|
| <b>Ecodopplercardiograma bidimensional com Doppler colorido</b>                                      | 80          | R\$            | R\$          | R\$                |
| <b>Ecodopplercardiograma Urgência</b><br><u>Realizar o exame em até 24 horas após a solicitação.</u> | 4           | R\$            | R\$          | R\$                |
| <b>USG Doppler de Carótidas e Vertebrais.</b>                                                        | 2           | R\$            | R\$          | R\$                |
| <b>Ecocardiograma Transesofágico com sedação</b>                                                     | 1           | R\$            | R\$          | R\$                |
| <b>VALOR TOTAL</b>                                                                                   |             | R\$            |              |                    |

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

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

Prazo de validade da proposta de 60 dias.

**1. Declaração**

1.1- 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

**2. Dados da empresa:**

Empresa / Razão Social:

Endereço:

CEP: / Telefone:

CNPJ:

E-mail:

Banco: Agência: Conta-Corrente:

**3. Qualificação do responsável pela assinatura do Contrato:**

Nome completo:

CPF:

RG:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025.

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

Obs. Proposta deve ser emitida em papel timbrado da proponente

