



CONCORRÊNCIA SESC/AR/GO Nº 19/01.00035–CC

ANEXO III

MINUTA DE TERMO DE REGISTRO DE PREÇO

Aos ___ dias do mês de _____ de 2018, na sede da Administração Regional do SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO – SESC, estabelecido à Rua 19, nº 260 – Centro, Goiânia, Goiás, inscrito no CNPJ sob o Nº 03.671.444/0001-47, nos termos da Resolução SESC 1.252/2012, conforme julgamento do processo licitatório SESC/AR/GO Nº 19/01.00035 – CC – Registro de Preço, o (a) Sr. (a) _____ RESOLVE registrar o preço de _____, consoante às cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1. Registro de Preços para Serviços de medicina ocupacional para realizar exames clínicos ocupacionais e apresentar diagnóstico de saúde dos servidores, estagiários e jovens aprendizes do Sesc Goiás, conforme abaixo: **(DE ACORDO COM O ESPECIFICADO NA PROPOSTA DE MENOR PREÇO)**.

1.2. A empresa vencedora deverá realizar os exames médicos previstos no PCMSO, conforme NR07 – Norma Regulamentadora e suas alterações legais.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALIDADE DOS PREÇOS

2.1 - O presente Termo de Registro de Preços terá validade, de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do Termo de Registro de Preços, podendo ser prorrogado por igual período desde que os preços se mantenham vantajosos e mediante manifestação das partes.

2.2 O preço proposto, não poderá ser reajustado antes de decorrido 12 (doze) meses de contrato. No caso das prorrogações ultrapassarem os 12 (doze) meses, o reajuste poderá ser feito com base na variação acumulada do IGPM, dos últimos 12 (doze) meses.

2.3 – Durante o prazo de validade deste Termo de Registro de Preços, o SESC/AR/GO não está obrigado a adquirir o item objeto deste termo, podendo até realizar contratações com terceiros sempre que se mostre mais vantajoso para a Entidade esse procedimento.

CLÁUSULA TERCEIRA – PAGAMENTO

3.1 A cada mês de serviço executado o pagamento será realizado pelo SESC/AR/GO por meio de boleto bancário. Não sendo possível sua emissão o pagamento poderá se feito através de crédito em conta corrente da empresa licitante, ambos em até 15 (quinze) dias após a execução e aceite do fornecimento, mediante a apresentação de documento

fiscal, sendo vedada a negociação de faturas ou títulos de crédito com instituições financeiras.

3.2 Deverão ser encaminhados mensalmente, juntamente com as Notas Fiscais e boletos, relatório nominal descritivos, das consultas e a natureza dos exames ocupacionais realizados.

CLÁUSULA QUARTA – REGISTRO DO MENOR PREÇO:

Segue abaixo relação dos itens e fornecedores que registraram o menor preço:

| ITENS | DESCRIÇÃO | QNT. | VENCEDOR | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|-------|--|-------|----------|----------------|-------------|
| 1 | EXAME CLINICO OCUPACIONAL PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 2.000 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 2 | EXAME DE AUDIOMETRIA PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07).PARA AUDIOMETRIA A EMPRESA DEVE SEGUIR O MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR, LOGO AUDIOMETRIA E MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA EMITIDO EM FEV/2013 PELO SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOÁUDIOLOGIA. | 500 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 3 | EXAME ÁCIDO HIPÚRICO PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07) | 50 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 4 | EXAME ÁCIDO METILHIPÚRICO PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07) | 50 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 5 | EXAME ANTI-HCV PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 160 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 6 | EXAME HBSAG(ANTÍGENO AUSTRÁLIA) PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 180 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 7 | AValiação de acuidade visual para a cidade de Goiânia, conforme PCMSO (NR- 07). | 50 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 8 | EXAME DE COPRO CULTURA PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 320 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 9 | EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR- 07). | 160 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 10 | EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 160 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 11 | EXAME MICOLÓGICO DIRETO PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 120 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 12 | EXAME DE GLICEMIA PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 200 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 13 | HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 380 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 14 | EXAME HBSAC(ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 180 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 15 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR- 07). | 280 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 16 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR(ESPIROMETRIA) PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 50 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 17 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

| | | | | | |
|----|--|-----|--|----------|----------|
| 18 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX(PA) PADRÃO OIT(1980) COM DOIS LEITORES HABILITADOS PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 19 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TOTAL PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 280 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 20 | EXAME DE SIFILIS VDRL PARA A CIDADE DE GOIÂNIA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 230 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 21 | EXAME ÁCIDO METILHIPÚRICO PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07) | 05 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 22 | EXAME ANTI-HCV PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 05 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 23 | EXAME HBSAG(ANTÍGENO AUSTRÁLIA) PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 55 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 24 | EXAME DE AUDIOMETRIA PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07).PARA AUDIOMETRIA A EMPRESA DEVE SEGUIR O MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR, LOGO AUDIOMETRIA E MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA EMITIDO EM FEV/2013 PELO SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOÁUDIOLOGIA. | 55 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 25 | AVALIAÇÃO DE ACUIDADE VISUAL PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 24 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 26 | EXAME DE COPROCULTURA PARA A CIDADE DE ITUMBIARA,CONFORME PCMSO (NR-07). | 25 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 27 | EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR- 07). | 16 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 28 | EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO (NR-07). | 16 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 29 | EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07) | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 30 | EXAME MICOLÓGICO DIRETO PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 10 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 31 | EXAME DE GLICEMIA PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 18 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 32 | HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 55 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 33 | EXAME HBSAC(ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 34 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 35 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR(ESPIROMETRIA) PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 04 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 36 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 45 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 37 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX(PA) PADRÃO OIT(1980) COM DOIS LEITORES HABILITADOS PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07) | 15 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 38 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TOTAL PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 40 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 39 | EXAME DE SIFILIS VDRL PARA A CIDADE DE ITUMBIARA, CONFORME PCMSO(NR-07). | 35 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 40 | EXAME ÁCIDO HIPÚRICO PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 45 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 41 | EXAME ÁCIDO METILHIPÚRICO PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 45 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

| | | | | | |
|----|--|-----|--|----------|----------|
| 42 | EXAME ANTI-HCV PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 160 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 43 | EXAME HBSAG(ANTÍGENO AUSTRÁLIA) PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 180 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 44 | EXAME DE AUDIOMETRIA PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR- 07).PARA AUDIOMETRIA A EMPRESA DEVE SEGUIR O MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR, LOGOUDIOMETRIA E MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA EMITIDO EM FEV/2013 PELO SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOÁUDIOLOGIA. | 130 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 45 | AVALIAÇÃO DE ACUIDADE VISUAL PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 46 | EXAME DE COPROCULTURA PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS,CONFORME PCMSO (NR-07). | 280 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 47 | EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 100 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 48 | EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 100 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 49 | EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 410 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 50 | EXAME MICOLÓGICO DIRETO PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR- 07). | 170 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 51 | EXAME DE GLICEMIA PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 80 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 52 | HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 300 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 53 | EXAME HBSAC(ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 100 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 54 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 55 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR(ESPIROMETRIA) PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 45 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 56 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 57 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX(PA) PADRÃO OIT(1980) COM DOIS LEITORES HABILITADOS PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 58 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TOTAL PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 320 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 59 | EXAME DE SIFILIS VDRL PARA A CIDADE DE CALDAS NOVAS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 60 | EXAME ÁCIDO HIPÚRICO PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 07 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 61 | EXAME ÁCIDO METILHIPÚRICO PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 07 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 62 | EXAME ANTI-HCV PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 75 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 63 | EXAME HBSAG(ANTÍGENO AUSTRÁLIA) PARA A CIDADE DE ANAPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 75 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 64 | EXAME DE AUDIOMETRIA PARA A CIDADE DE ANAPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07).PARA AUDIOMETRIA A EMPRESA DEVE SEGUIR O MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR, LOGOUDIOMETRIA E MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA EMITIDO EM FEV/2013 PELO SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOÁUDIOLOGIA. | 80 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

| | | | | | |
|----|--|-----|--|----------|----------|
| 65 | AValiação DE ACUIDADE VISUAL PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO (NR- 07). | 80 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 66 | EXAME DE COPROCULTURA PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 60 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 67 | EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR- 07). | 40 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 68 | EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 40 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 69 | EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL PARA A CIDADE DE ANAPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 190 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 70 | EXAME MICOLÓGICO DIRETO PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 20 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 71 | EXAME DE GLICEMIA PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 72 | HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 90 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 73 | EXAME HBSAC(ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 70 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 74 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR- 07). | 55 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 75 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR(ESPIROMETRIA) PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 05 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 76 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 75 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 77 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX(PA) PADRÃO OIT(1980) COM DOIS LEITORES HABILITADOS PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 18 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 78 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TOTAL PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR- 07). | 75 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 79 | EXAME DE SIFILIS VDRL PARA A CIDADE DE ANÁPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 47 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 80 | EXAME ÁCIDO METILHIPÚRICO PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 03 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 81 | EXAME ÁCIDO HIPÚRICO PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 03 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 82 | EXAME HBSAG(ANTÍGENO AUSTRÁLIA) PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 15 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 83 | EXAME DE AUDIOMETRIA PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07).PARA AUDIOMETRIA A EMPRESA DEVE SEGUIR O MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR, LOGO AUDIOMETRIA E MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA EMITIDO EM FEV/2013 PELO SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOÁUDIOLOGIA. | 06 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 84 | AValiação DE ACUIDADE VISUAL PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 04 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 85 | EXAME DE COPROCULTURA PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 25 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 86 | EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 09 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 87 | EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO (NR-07). | 09 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 88 | EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR- 07) | 55 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 89 | EXAME MICOLÓGICO DIRETO PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 15 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

| | | | | | |
|-----|---|-----|--|----------|----------|
| 90 | EXAME DE GLICEMIA PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 07 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 91 | HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 92 | EXAME HBSAC(ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 18 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 93 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 25 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 94 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR(ESPIROMETRIA) PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 05 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 95 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 18 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 96 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX(PA) PADRÃO OIT(1980) COM DOIS LEITORES HABILITADOS PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07) | 25 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 97 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TOTAL PARA A CIDADE DE PIRENÓPOLIS, CONFORME PCMSO(NR-07). | 25 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 98 | EXAME ÁCIDO HIPÚRICO PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07) | 04 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 99 | EXAME ÁCIDO METILHIPÚRICO PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07) | 04 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 100 | EXAME ANTI-HCV PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO (NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 101 | EXAME HBSAG(ANTÍGENO AUSTRÁLIA) PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO (NR- 07). | 55 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 102 | EXAME DE AUDIOMETRIA PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07).PARA AUDIOMETRIA A EMPRESA DEVE SEGUIR O MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR, LOGOAUDIOMETRIA E MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA EMITIDO EM FEV/2013 PELO SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOÁUDIOLOGIA. | 60 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 103 | AVALIAÇÃO DE ACUIDADE VISUAL PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO (NR-07). | 25 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 104 | EXAME DE COPROCULTURA PARA A CIDADE DE JATAÍ,CONFORME PCMSO (NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 105 | EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 20 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 106 | EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO (NR- 07). | 20 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 107 | EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07) | 150 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 108 | EXAME MICOLÓGICO DIRETO PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 109 | EXAME DE GLICEMIA PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 15 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 110 | HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 40 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 111 | EXAME HBSAC(ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 55 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 112 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 30 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 113 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR(ESPIROMETRIA) PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 04 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 114 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 45 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

| | | | | | |
|-----|--|----|--|----------|----------|
| 115 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX(PA) PADRÃO OIT(1980) COM DOIS LEITORES HABILITADOS PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 40 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 116 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TOTAL PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 45 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 117 | EXAME DE SIFILIS VDRL PARA A CIDADE DE JATAÍ, CONFORME PCMSO(NR-07). | 35 | | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

CLÁUSULA QUINTA – AUTORIZAÇÃO PARA SERVIÇO

5.1 – O SESC/AR/GO - Administração Regional emitirá o “Pedido ao Fornecedor (PAF)”, de acordo com as condições estabelecidas neste Termo de Registro de Preço e de acordo com o Edital, o qual autorizará o fornecimento.

5.2 - Os quantitativos serão solicitados de acordo com a necessidade do Sesc Goiás por e-mail e/ou conforme autorização assinada da Seção de Benefícios, Segurança e Saúde no Trabalho - SAST/DRH.

5.3 – A cada necessidade, em face da oscilação do preço, poderá ser realizada pesquisa para verificar o valor praticado no mercado, naquele momento, o qual será utilizado como parâmetro.

5.4 A CONTRATADA deverá atender e acompanhar a realização de exames clínicos, requisição e análise de exames laboratoriais, exames admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função, de retorno ao trabalho após afastamento por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não. E todos os demais serviços relacionados ao atendimento do médico do trabalho, no âmbito do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO do Sesc;

5.5 Para cada exame médico realizado, a CONTRATADA deverá emitir, Um Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, em quatro (04) vias, sendo a primeira via para a unidade do Sesc, a segunda via para o servidor como seu comprovante de exame, mediante assinatura na primeira via, a terceira via será arquivada junto ao prontuário e a quarta via para ser arquivada na Seção de Saúde e Segurança do Trabalho do Sesc Goiás.

5.6 A CONTRATADA deverá executar serviços de saúde ocupacional, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, conforme NR-7 e suas alterações legais.

5.7 Para os exames de audiometria a CONTRATADA deverá seguir o manual de procedimentos em audiometria tonal limiar, logaudiometria e medidas de imitância acústica emitido em fev/2013 pelo sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia.

5.8 A CONTRATADA deverá informar ao Sesc Goiás, por escrito, o nome do médico coordenador responsável pela execução do objeto desta licitação, assim como os dados da carteira de identidade (número/órgão expedidor/data de expedição), CPF, NIT, endereço residencial, cópia autenticada do diploma de Graduação em Medicina com



registro no Conselho Regional de Medicina - CRM e Certificado de Pós-Graduação ou especialização em Medicina do Trabalho.

5.9 A CONTRATADA deverá promover junto ao contratante, esclarecimentos sobre o programa e palestras, cursos relacionados com a segurança e saúde dos servidores ou outras correlatas de interesse geral, campanhas de prevenção que visem à saúde dos servidores.

5.10 A CONTRATADA deverá realizar serviços especializados em atendimento médico, de 2ª a 6ª feira, em horário comercial, na especialidade de Medicina do Trabalho, objetivando atender ao programa.

5.11 É obrigatório a utilização do Sistema de Gestão Ocupacional (SOC), para isso o Sesc fornecerá um login e senha para consulta e cadastro de informações pertinentes a área.

5.12 Os exames complementares deverão ser realizados, de acordo com os termos especificados na NR-7, assim como seguir a nomenclatura dos exames que constam na Tabela 27 – Procedimentos Diagnósticos, disponível no portal do e-Social (<http://portal.esocial.gov.br>) e outros exames que se fizerem necessários para melhor diagnóstico, conforme solicitação dos médicos examinadores ou fonoaudiólogos.

5.13 Os exames descritos no item 5.12 deverão compreender: avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; exames complementares, de acordo com os termos específicos da Norma Regulamentadora NR-7 e seus anexos; avaliações clínicas em outras especialidades requeridas pelo médico do trabalho, se houver necessidade, e todos os exames complementares decorrentes.

5.14 A CONTRATADA deverá informar no ASO, no campo destinado aos exames complementares, a “Indicação dos Resultados” conforme exigência do eSocial sendo as opções: 1- Normal, 2- Alterado, 3- Estável, 4- Agravamento.

5.15 A CONTRATADA deverá proceder em conjunto com a CONTRATANTE o controle da periodicidade dos exames, observando a NR-7 e demais legislação em vigor, além do previsto no PCMSO.

5.16 Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas, deverão ser registradas pela CONTRATADA em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do Médico Coordenador do PCMSO, devendo ser guardado por período indeterminado, após o desligamento do servidor da empresa.

5.17 Havendo substituição do médico a que se refere ao item 5.16, os arquivos deverão ser transferidos para seu sucessor, conforme NR-7.

5.18 A cada mês, a CONTRATADA deverá emitir relatório dos atendimentos realizados discriminando, por setores, o número e a natureza dos exames médicos e encaminhados junto com a Nota Fiscal, com antecedência mínima de 10 dias úteis da data do vencimento.

5.19 Ao fim dos 12 meses, a CONTRATADA deverá emitir o relatório anual, discriminando, por setores, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados incluindo discussão junto à Instituição e registro em Ata da CIPA, pelo médico responsável pelo programa, conforme item 7.4.6.1 da NR-7.

5.20 A CONTRATADA deverá avaliar em conjunto com a Seção de Saúde e Segurança do Trabalho considerando a legislação em vigor relativa a concessão de benefícios acidentários por NTP - Nexo Técnico Previdenciário – Decreto 6.042/2007, observando a necessidade de laudo médico e dependendo do enquadramento por NTP fornecer os subsídios necessários para auxiliar na descaracterização do enquadramento do mesmo junto ao INSS.

5.21 A CONTRATADA deve realizar em conjunto com a Seção de Saúde e Segurança do Trabalho e Seção de Pessoal a homologação de atestados médicos, quando necessário.

5.22 A CONTRATADA deve realizar atendimento nas localidades onde o Sesc/GO possui Unidades, além da Capital, a saber: Anápolis, Caldas Novas, Pirenópolis, Itumbiara e Jataí. Em todas as localidades relacionadas o atendimento médico deverá ser realizado de 2ª a 6ª feira, em horário comercial.

5.23 A CONTRATADA deve estender o atendimento as cidades onde o Sesc/GO mantiver atuação com a contratação de servidores, além das informadas no item 5.24 deste Termo de Registro de Preço, quando forem requisitados, com antecedência.

5.24 A CONTRATADA deverá fornecer endereço atualizado das clínicas/laboratórios/hospitais nas cidades do interior e nas circunvizinhas, além do nome dos profissionais e número do registro.

5.25 A CONTRATADA deverá fornecer informações sobre o médico emitente do ASO, tanto capital quanto interior, os seguintes dados exigidos pelo eSocial: CPF, NIS (PIS, PASEP ou NIT), CRM e UF de expedição do CRM.

5.26 A CONTRATADA deverá observar a correta indicação de exames complementares, previstos nos Atestados de Saúde Ocupacional – ASO, conforme NR, PCMSO e PPRA.

5.27 Fica entendido que as quantidades indicadas são um mero referencial para formulação da proposta, e as entregas poderão variar de acordo com as necessidades do Sesc Goiás, inexistindo obrigatoriedade de aquisição da totalidade estimada.

CLÁUSULA SEXTA - CLÁUSULA INTEGRANTE

Constituem partes integrantes deste Termo, independentemente de transcrição, as condições estabelecidas no processo licitatório SESC/AR/GO n.º 18/01.00035-CC e seus anexos, inclusive a proposta de menor preço, e os documentos de habilitação apresentados pelo licitante autor do menor preço registrado e pelos documentos dos licitantes que a ele aderiram.

CLÁUSULA SÉTIMA – RENÚNCIA DE DISPOSITIVOS CONTRATUAIS

Nenhuma das disposições deste Termo poderá ser considerada renunciada ou alterada, salvo se for especificamente formalizada através de Instrumento Aditivo. O fato de uma das partes tolerar qualquer falta ou descumprimento de obrigações da outra, não importa em alteração deste Instrumento e nem induz a novação, ficando mantido o direito de se exigir da parte faltosa ou inadimplente, a qualquer tempo, a cessão da falta ou o cumprimento integral de tal obrigação.

CLÁUSULA OITAVA – PENALIDADES POR INEXECUÇÃO

8.1 - Havendo inexecução total ou parcial na execução do objeto deste Termo de Registro de Preços, o fornecedor fica sujeito às seguintes penalidades:

- a) Advertência;
- b) Multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor total do Contrato; e
- c) Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com o Sesc/GO, por um prazo de até 2 (dois) anos, inclusive quando recusar-se a assinar o Contrato ou instrumento equivalente, não mantiver a Proposta Financeira, não entregar amostras, apresentar declaração ou documentos falsos ou por reincidência de penalidade aplicada anteriormente.

8.2 – As multas estabelecidas neste item são independentes e terão aplicação cumulativa e consecutivamente, de acordo com as normas que regeram a licitação, mas somente serão definitivas depois de exaurida a fase de defesa prévia da empresa adjudicada.

8.3 - Quando não pagos em dinheiro pela empresa adjudicada, os valores das multas eventualmente aplicadas serão deduzidos pelo Sesc/GO, dos pagamentos devidos e, quando for o caso, cobrado judicialmente.

8.4 - Quando se tratar de inexecução parcial, o valor da multa será proporcional ao produto que deixou de ser entregue / serviço que deixou de ser executado.

8.5 - Em caso de reincidência por atraso injustificado será a empresa penalizada nos termos do art. 32, da Resolução Sesc nº. 1.252/2012.



CLÁUSULA NONA - FORO

Fica eleito o foro da Comarca da cidade do Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes de seu cumprimento, com renúncia expressa a qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA – DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 - Se durante a vigência do Termo de Registro de Preço houver oscilação do preço praticado no mercado, comprovado através de pesquisa, deverá haver realinhamento, mediante manifestação das partes.

10.2 - Se o licitante não aceitar o realinhamento previsto no subitem 10.1 deixará de ter seu preço registrado, a critério do SESC/AR/GO.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO – SESC
Administração Regional de Goiás

ASSINATURA

EMPRESA: _____

Assinatura do representante

Nome:..... RG:

EMPRESA: _____

Assinatura do representante

Nome:..... RG: