



## 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, LOGOAUDIOMETRIA 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 COPROCULTURA 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, LOGO AUDIOMETRIA 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: .....