



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

Processo nº 6018.2020/0034230-4

**TERMO DE CONTRATO Nº 115/2020/SMS-1/CONTRATOS  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº /0212/2020-SMS.G**

**PROCESSO Nº:** 6018.2020/0034230-4

**CONTRATANTE:** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**CONTRATADA:** NEOFTAL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

**OBJETO DO CONTRATO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA ESPECIALIZADA EM RETINOPATIA DA PREMATURIDADE.

**VALOR DO CONTRATO:** R\$ 982.800,00 (novecentos e oitenta e dois mil e oitocentos reais)

**NOTAS DE EMPENHO:** 70.228/2020 NO VALOR DE R\$ 358.854,62

**DOTAÇÃO A SER ONERADA:** 84.10.10.301.3003.2509.3.3.90.39.00.02

Aos 28 dias do mês de agosto do ano de 2020, a **PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, CNPJ nº 13.864.377/0001-30, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, Senhor **EDSON APARECIDO DOS SANTOS**, nos termos da competência que lhe foi delegada pela Portaria nº 890/2013, doravante designada como **CONTRATANTE** e, de outro a empresa **NEOFTAL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 03.334.235/0001-08, com sede na Rua Oliveira Alves, 500, Apartamento 141, Bairro Ipiranga, São Paulo/SP, CEP: 04.210-061, neste ato representada por seus representantes legais, Senhor **MARCOS ANTONIO MONTE**, portador da Cédula de Identidade nº 11.001.505 SSP/SP e inscrita no CPF sob o nº 077.120.548-19, adiante simplesmente designada **CONTRATADA**, nos termos da autorização contida no Despacho de Homologação de Licitação (032145169), do processo nº 6018.2020/0034230-4, têm entre si, justo e acordado o presente contrato, com fundamento no nos termos do art. 43, VI da Lei Federal nº 8.666/93 e do art. 4º, XXII da Lei Federal nº 10.520/02 e suas alterações posteriores e na conformidade das condições e



cláusulas seguintes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. Constitui objeto do presente instrumento a contratação de empresa para a prestação de serviços de oftalmologia especializada em Retinopatia da Prematuridade (ROP) a ser prestado às crianças recém-nascidas atendidas no âmbito dos hospitais e maternidades conforme detalhamento e especificações técnicas constantes do Anexo I - Termo de Referência do Edital, e que constitui parte integrante deste contrato.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO INÍCIO E LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1. A **CONTRATADA** somente poderá iniciar os serviços após a emissão da Ordem de Início pela **CONTRATANTE** (Secretaria Municipal da Saúde – SMS).

2.2. Para emissão da Ordem de Início a **CONTRATADA** deverá apresentar o cronograma de visitas às maternidades/hospitais designando o nome do(a) oftalmologista que será responsável pelas visitas/tratamentos nas mesmas, em até 05 (cinco) dias da assinatura do contrato.

2.3. O cronograma de visita deverá prever o início dos serviços na semana subsequente à emissão da Ordem de Início.

2.4. O serviço será realizado segundo as diretrizes estipuladas no Anexo I – Termo de Referência, através de visitas semanais em dia fixo definido pela **CONTRATANTE**, realizada pela **CONTRATADA** nos hospitais e maternidades relacionados no Item 5.1, do Anexo I – Termo de Referência.

2.5. Os recém-nascidos nas Casas de Parto de Sapopemba e Monte Azul, que necessitem de avaliação oftalmológica especializada, serão avaliados nos Hospitais de referência, ou seja, no Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouvêa e no Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo), respectivamente.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

3.1. A **CONTRATADA** deverá examinar os RN prematuros nascidos com idade gestacional igual ou menor que 32 semanas de idade gestacional e/ou menos de 1500 g ao nascimento.

3.2. A **CONTRATADA** deverá examinar todos os RNs solicitados pela equipe de Neonatologia com suspeita de outras patologias oftalmológicas.

3.3. Fica estipulada 01 (uma) visita semanal a cada um dos hospitais ou maternidades



especificadas no item 5.1, não podendo exceder a esse número, restando o pagamento a título de visita restrito a 52 visitas por ano, por hospital.

**3.4.** Em cada visita, a contratada deverá realizar diagnóstico oftalmológico de todas as crianças indicadas pelos neonatologistas, principalmente aquelas de risco para o desenvolvimento da Retinopatia da Prematuridade (ROP), casos de reflexo vermelho duvidoso ou suspeita de outras patologias oftalmológicas do período neonatal, assim como o acompanhamento de tratamento ministrado em visitas anteriores, de acordo com o estipulado no Anexo I - Termo de Referência.

**3.5.** Caso seja detectado a necessidade de cirurgia, a mesma deverá ser conduzida no momento de uma das visitas, com agendamento prévio junto à equipe neonatal e anestésica, se necessário;

**3.5.1.** Considerando-se as estatísticas dos serviços prestados nos últimos anos, e as pesquisas que indicam que até 10% dos casos de ROP necessitam de cirurgias para tratamento, a estimativa é de **40 casos de cirurgia/ano**, considerando todos os hospitais envolvidos.

**3.6.** O trabalho das equipes contratadas deverá ser ininterrupto, não havendo, portanto, períodos de férias, licença médica e outros que acarretem a descontinuidade da prestação de serviço.

**3.6.1.** O profissional da equipe deverá ser substituído por outro com mesma qualificação e sua substituição deverá ser submetida à autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde.

**3.7.** Caso não existam RNs para o atendimento Oftalmológico agendado para a semana, caberá à equipe de Neonatologia contatar o profissional e dispensar a visita com antecedência de 24 h da data prevista para a mesma;

**3.7.1.** Em caso de dispensa da visita a mesma não poderá ser cobrada e deverá ser registrada sua dispensa no **(Anexo 1 – B do Edital) ANEXO 2 – Planilhas Semanais de Atendimento Oftalmológico**, com a devida assinatura do Neonatologista chefe do Berçário.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**4.1.** Além das estipulações da Cláusula Terceira, a **CONTRATADA** ainda se obriga a:

**4.1.1.** Executar fielmente os serviços especificados no Anexo I – Termo de Referência, parte integrante deste contrato, através de funcionários devidamente treinados e com bons antecedentes.

**4.1.2.** Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.



**4.1.2.1.** No ato da assinatura do contrato, e dos eventuais termos aditivos, a **CONTRATADA** deverá apresentar os seguintes documentos de habilitação técnica, válidos no momento do ato:

**4.1.2.1.1.** Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Responsável Técnico pelo Serviço;

**4.1.2.1.2.** Comprovante de cadastro do responsável técnico no CREMESP;

**4.1.2.1.3.** Declaração de sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde, em qualquer nível, e no âmbito do Município de São Paulo;

**4.1.2.1.4.** Certificado de Registro do Serviço no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP);

**4.1.2.1.5.** Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária Estadual ou Protocolo de solicitação no ano vigente – VISA;

**4.1.2.1.6.** Licença de Funcionamento expedida pela VISA da Região;

**4.1.2.1.7.** Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, com dados devidamente atualizados;

**4.1.2.1.8.** Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEAS ou a Certidão de validade emitida pelo CNAS, se houver;

**4.1.2.1.9.** Relação da equipe técnica envolvida na prestação dos serviços objeto desta contratação, com a indicação dos profissionais médicos integrantes das equipes que realizam os serviços, devendo todos serem médicos da área de oftalmologia com especialização em retina, apresentado-se cópias:

a) Registro Geral (RG);

b) Cadastro de Pessoa Física (CPF);

c) Diploma médico;

d) Inscrição do Conselho Regional de Medicina (CRM);

e) Título de especialista expedido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO);

f) Especialização em retina, por meio de certificação, conferida pela universidade ou instituição credenciada onde foi ministrado o curso;

g) Experiência em Retinopatia da Prematuridade (ROP) com comprovação por meio de declaração institucional de, no mínimo, 05 (cinco) anos consecutivos e não cumulativos;

h) Para contagem do prazo acima estipulado poderá ser considerada a somatória de períodos de experiência efetiva em diversos hospitais e maternidades, não se admitindo, a sobreposição de datas para fins de contagem desse prazo;

i) Comprovação de aptidão das equipes técnicas para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objetivo do



credenciamento, através da apresentação de atestados fornecidos por pelo menos 03 (três) pessoas de direito público ou privado, atendendo-se aos seguintes requisitos;

j) Termos de responsabilidade técnica perante os órgãos de vigilância sanitária e junto ao CREMESP;

k) Para efeito de comprovação das exigências estabelecidas, somente serão aceitas as licenças e certidões válidas, assim entendidas aquelas cujo prazo de validade esteja vigente na data da sessão pública.

4.1.2.1.10. Deverá apresentar declaração de que possui todos os equipamentos mínimos necessários para a execução dos serviços objeto deste contrato, de acordo com o item 7 do Anexo I - Termo de Referência.

4.1.2.1.11. Apresentar-se com os equipamentos necessários à execução do objeto, em perfeito estado de uso.

4.1.3. Realizar todas as obrigações descritas no Anexo I - Termo de Referência.

4.1.4. Informar o corpo clínico do Hospital, sempre que necessário, sobre os procedimentos adotados e os eventuais cuidados especiais a serem tomados com relação ao paciente atendido, assim como buscar conhecer o histórico médico do paciente.

4.1.5. Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem pacientes para fins de experimentação.

4.1.6. Justificar a pacientes ou a seus representantes, por escrito, as razões técnicas alegadas quanto da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste contrato.

4.1.7. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre os pacientes.

4.1.8. Notificar a **CONTRATANTE** de eventual alteração de seus atos constitutivos ou se sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos.

4.1.9. Sempre que necessário, admitir a execução de atividades de fiscalização, por parte da **CONTRATANTE**, no tocante ao objeto do presente, sem prejuízo de demais outras ações fiscalizatórias porventura decorrentes de norma legal.

4.1.10. Registrar os procedimentos em prontuário médico do recém-nascido, cujo a guarda pertence a maternidade.

4.2. Para efeitos deste contrato, consideram-se profissionais da **CONTRATADA**;

4.2.1. O membro de seu corpo clínico e de profissionais;

4.2.2. O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;

4.2.3. O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, preste serviços à **CONTRATADA** ou seja por esta autorizado a fazê-lo.

4.3. Equiparam-se ao profissional autônomo definido no 4.2.3. empresa, grupo, sociedade



ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

**4.4.** A **CONTRATADA** não poderá cobrar do paciente qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

**4.5.** A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita a paciente ou a seu representante por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do objeto deste contrato.

**4.6.** Sem prejuízo de acompanhamento, fiscalização e normatização suplementares exercidos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS sobre a execução do objeto deste contrato, a **CONTRATADA** reconhece, nos termos da legislação vigente, a prerrogativa de controle e auditoria dos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

**4.7.** Para exercício das atividades de fiscalização e acompanhamento por parte da SMS, poderá esta promover diligências e a questionamentos junto a órgãos técnicos, de modo a dirimir eventuais dúvidas surgidas da execução deste instrumento.

**4.8.** É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a SMS ou ao Ministério da Saúde.

**4.9.** Assegurar que todo profissional que cometa falta disciplinar não seja mantido nas dependências da execução dos serviços, ou em quaisquer outras instalações do **CONTRATANTE**;

**4.10.** Atender de imediato às solicitações do **CONTRATANTE** quanto às substituições de profissionais não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;

#### **CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**5.1.** A **CONTRATANTE**, além das obrigações constantes no Item 8 do Anexo I – Termo de Referência, obriga-se a:

**5.1.1.** Emitir a Ordem de Início dos Serviços, e atestar para o Termo de Recebimento Definitivo do Contrato;

**5.1.2.** Cumprir e exigir o cumprimento das obrigações deste Contrato e das disposições legais que a regem;

**5.1.3.** Realizar o acompanhamento do presente contrato, comunicando à **CONTRATADA** as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas;



- 5.1.4. Proporcionar todas as condições necessárias à boa execução dos serviços contratados, inclusive comunicando à **CONTRATADA**, por escrito e tempestivamente, qualquer mudança de Administração e ou endereço de cobrança;
- 5.1.4.1. Interceder, junto aos hospitais e maternidades atendidos quando e se necessário, para buscar prover a equipe médica da **CONTRATADA** sobre todas as informações necessárias para que essa possa prover o atendimento devido aos pacientes que serão contemplados pelos serviços prestados por obra deste contrato;
- 5.1.4.2. Interceder junto aos hospitais e maternidades atendidos para que adotem os procedimentos necessários relativos à identificação da equipe da **CONTRATADA** e seu acesso às unidades onde deverão ser realizados os trabalhos;
- 5.1.5. Exercer a fiscalização dos serviços, indicando, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual, realizando a supervisão das atividades desenvolvidas pela **CONTRATADA**;
- 5.1.6. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela **CONTRATADA**, podendo solicitar o seu encaminhamento por escrito;
- 5.1.7. Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com o estabelecido no presente contrato;
- 5.1.8. Aplicar as penalidades previstas neste contrato, em caso de descumprimento pela **CONTRATADA** de quaisquer cláusulas estabelecidas;
- 5.1.9. Exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, a comprovação das condições requeridas para a contratação;
- 5.1.10. Indicar e formalizar o(s) responsável(is) pela fiscalização do contrato, a quem competirá o acompanhamento dos serviços, nos termos do Decreto Municipal nº 54.873/2014;
- 5.1.11. Atestar mensalmente a execução e a qualidade dos serviços prestados, indicando qualquer ocorrência havida no período, se for o caso, em processo próprio, onde será juntada a Nota Fiscal Fatura a ser apresentada pela **CONTRATADA**, para fins de pagamento;
- 5.2. A fiscalização dos serviços pelo **CONTRATANTE** não exime, nem diminui a completa responsabilidade da **CONTRATADA**, por qualquer inobservância ou omissão às cláusulas contratuais.
- 5.3. A **CONTRATANTE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar vistoria dos equipamentos e verificar o cumprimento de normas preestabelecidas no edital/contrato.
- 5.4. Caberá à área técnica da Saúde da Criança e do Adolescente:
- 5.4.1. Realizar a gestão técnica do contrato de Serviços de Oftalmologia Especializada em Retinopatia da Prematuridade;
- 5.4.2. Disponibilizar às maternidades, cópia do contrato estabelecido para a prestação do



serviço;

**5.4.3.** Disponibilizar interlocutor para o Programa;

**5.4.4.** Acompanhar o número de avaliações e cirurgias realizadas em cada hospital;

**5.4.5.** Verificar se os relatórios estão sendo atestados pelos fiscais definidos pelas maternidades;

**5.4.6.** Instruir no Processo SEI de pagamento os relatórios e ateste dos serviços realizados;

**5.4.7.** Acompanhar as ações de monitoramento e encaminhamento aos serviços especializados;

**5.4.8.** Informar a **CONTRATADA** com antecedência mínima de 24 horas sobre a desnecessidade de visita semanal a uma ou mais das unidades hospitalares ou maternidades contempladas pelo presente contrato, em razão da eventual inexistência de pacientes a serem examinados, diagnosticados ou tratados.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**6.1.** Não obstante a **CONTRATADA** ser a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à **CONTRATANTE** é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos designados, podendo para isso:

**6.2.** Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de profissional da **CONTRATADA** que estiver sem crachá, que embaraçar ou dificultar a fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente, bem assim a substituição de equipamentos, que não se apresentarem em boas condições de operação ou estiverem em desacordo com as especificações técnicas do Anexo I – Termo de Referência.

**6.3.** Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, descontando o equivalente aos não realizados bem como aqueles não aprovados por inconformidade aos padrões estabelecidos, desde que por motivos imputáveis à **CONTRATADA**, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato;

**6.7.** Encaminhar à **CONTRATADA** o (Anexo 1 – B do Edital) **ANEXO 2 - Planilhas Semanais de Atendimento Oftalmológico** e (Anexo 1 – C do Edital) **ANEXO 3 Planilha Mensal de Atendimento Oftalmológico**, para conhecimento da avaliação e do fator de desconto a ser efetuado no valor a ser faturado pelos serviços prestados.





**CLÁUSULA SÉTIMA – DO PREÇO, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E REAJUSTE**

7.1. O valor total estimado para o período de 12 (doze) meses é de **R\$ 1.034.000,00 (Hum milhão e trinta e quatro mil reais)**, correspondente ao equivalente de **1.092 visitas e 40 tratamentos/cirurgia a laser**, nos pacientes que demandarem.

7.1.2. Fica estipulada 01 (uma) visita semanal a cada um dos hospitais ou maternidades especificadas no Item 5.1 do Anexo I – Termo de Referência, não podendo exceder a esse número, restando o pagamento a título de visita restrito a 52 visitas, por ano, por hospital, conforme quadro abaixo:

	HOSPITAIS / MATERNIDADES	VISITAS	TRATAMENTOS/CIRURGIAS
QUANTIDADES/ANUAL	21	52	40
TOTAL ESTIMADO ANUAL		1.092	40

7.2. Fica estipulado que cada **visita** semanal terá o **valor unitário** de **R\$ 900,00 (novecentos reais)**, devendo o mesmo compreender todos os custos relativos à visita do(a) médico(a) oftalmologista a cada hospital ou maternidade, a avaliação de todos os recém-nascidos (RN) agendados para a semana, bem como os insumos e equipamentos necessários à realização dos mesmos e o transporte da equipe para todos os serviços a serem atendidos.

7.3. O valor de visita acima estipulado compreende não só o atendimento médico efetivado na semana, como também o traslado da equipe e de seus respectivos equipamentos até as unidades atendidas, não sendo admissível o pagamento de qualquer valor adicional em relação ao estipulado, exceto no que tange à necessidade de tratamento através de equipamento munido com *laser*, descrito nesta cláusula.

7.4. A eventual realização de mais de uma visita na semana não representará qualquer custo adicional para a **CONTRATANTE**, exceto no que tange aos valores remuneratórios já previstos para o tratamento a *laser*.

7.5. Caso se verifique a necessidade de **tratamento/cirurgia a laser**, será pago o **valor único** de **R\$ 1.280,00 (um mil, duzentos e oitenta reais)**, por paciente tratado independente se o tratamento for unilateral ou bilateral.

7.5.1. Havendo a necessidade de repetir o tratamento/cirurgia a *laser* para o mesmo paciente, não caberá pagamento adicional por parte da **CONTRATANTE**.

7.5.2. No valor da cláusula 7.5. deste contrato está incorporado o aluguel do próprio equipamento, cuja responsabilidade pela aquisição, transporte, uso e manuseio recai sobre a **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para a **CONTRATANTE**.

7.6. No presente contrato estão inclusos todos os serviços médicos prestados pela equipe, assim como a eventual continuidade de tratamento da Retinopatia da Prematuridade –



ROP – após a desinternação e alta do paciente, sendo responsabilidade da **CONTRATADA** até a alta oftalmológica do paciente.

7.7. Os valores apontados acima correspondem a mera estimativa, de acordo com o número de visitas e o número de tratamentos/cirurgia a *laser* estimados para a **CONTRATADA**, e poderão ser alterados de acordo com a ampliação ou redução do número de atendimentos, precedidos, quando necessários, da emissão dos respectivos empenhos suplementares e formalização de termos aditivos, respeitados os limites legais.

7.8. Todos os custos e despesas necessários à correta execução do ajuste estão inclusos no preço, inclusive os referentes às despesas trabalhistas, previdenciárias, tributos, impostos, taxas, emolumentos, em conformidade com o estatuído no Edital e seus Anexos, constituindo a única remuneração devida pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.

7.9. Para fazer frente às despesas do Contrato, foi emitida a **Nota de Empenho nº 70.228/2020** no valor de **R\$ 358.854,62 (trezentos e cinquenta e oito mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e sessenta e dois centavos)**, onerando a **dotação orçamentária nº 84.10.10.301.3003.2509.3.3.90.39.00.02** do orçamento vigente, respeitado o princípio da anualidade orçamentária, devendo as despesas do exercício subsequente onerar as dotações do orçamento próprio.

7.10. Os preços contratuais serão reajustados, observada a **periodicidade anual** que terá como termo inicial a data de apresentação da proposta, nos termos previstos no Decreto Municipal nº 48.971/07, desde que não ultrapasse o valor praticado no mercado.

7.11. Para fins de reajuste anual, adotar-se-á como índice de reajuste para compensar os efeitos das variações inflacionárias o Índice de Preços ao Consumidor – IPC, apurado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, conforme estabelecido pelo Decreto nº 53.84/2013 e Portaria SF nº 389/2017, tomando-se por base o mês da apresentação das propostas, sendo vedado qualquer novo reajuste no prazo de um ano.

7.12. As hipóteses excepcionais ou de revisão de preços serão tratadas de acordo com a legislação vigente e exigirão detida análise econômica para avaliação de eventual desequilíbrio econômico-financeiro do contrato.

7.13. Fica ressalvada a possibilidade de alteração da metodologia de reajuste, atualização ou compensação financeira desde que sobrevenham normas federais e/ou municipais que as autorizem.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DO PAGAMENTO**

8.1. O prazo de pagamento será de 30 (trinta) dias, a contar da data da entrega de cada nota fiscal ou nota fiscal fatura.

8.1.1. Caso venha ocorrer a necessidade de providências complementares por parte da



**CONTRATADA**, a fluência do prazo será interrompida, reiniciando-se a sua contagem a partir da data em que estas forem cumpridas.

**8.1.2.** Caso venha a ocorrer atraso no pagamento dos valores devidos, por culpa exclusiva da Administração, a **CONTRATADA** terá direito à aplicação de compensação financeira, nos termos da Portaria SF nº 05, de 05/01/2012.

**8.1.3.** Para fins de cálculo da compensação financeira de que trata o item acima, o valor do principal devido será reajustado utilizando-se o índice oficial de remuneração básica da caderneta de poupança e de juros simples no mesmo percentual de juros incidentes sobre a caderneta de poupança para fins de compensação da mora (TR + 0,5% "pro-rata tempore"), observando-se, para tanto, o período correspondente à data prevista para o pagamento e aquela data em que o pagamento efetivamente ocorreu.

**8.1.4.** O pagamento da compensação financeira dependerá de requerimento a ser formalizado pela **CONTRATADA**.

**8.2.** Os pagamentos serão efetuados em conformidade com a execução dos serviços, mediante apresentação da(s) respectiva(s) nota(s) fiscal(is) ou nota(s) fiscal(is)/fatura, bem como de cópia reprográfica da nota de empenho, acompanhada, quando for o caso, do recolhimento do ISSQN – Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza do mês de competência, descontados os eventuais débitos da **CONTRATADA**, inclusive os decorrentes de multas.

**8.2.1.** No caso de prestadores de serviço com sede ou domicílio fora do Município de São Paulo, deverá ser apresentada prova de inscrição no CPOM – Cadastro de Empresas Fora do Município, da Secretaria Municipal de Finanças, nos termos dos artigos 9º-A E 9º-B da Lei Municipal nº 13.701/2003, com redação da Lei Municipal nº 14.042/05 e artigo 68 do Regulamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, aprovado pelo Decreto Municipal nº 50.896/09.

**8.2.2.** Não sendo apresentado o cadastro mencionado no subitem anterior, o valor do ISSQN– Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, incidente sobre a prestação de serviços objeto do presente, será retido na fonte por ocasião de cada pagamento, consoante determina o artigo 9º-A e seus parágrafos 1º e 2º, da Lei Municipal nº 13.701/2003, acrescentados pela Lei Municipal nº 14.042/05, e na conformidade do Regulamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, aprovado pelo Decreto Municipal nº 50.896/09 e da Portaria SF nº 101/05, com as alterações da Portaria SF nº 118/05.

**8.2.3.** O pagamento será efetivado mediante o comparecimento do(a) médico(a) oftalmologista nos serviços de sua responsabilidade nas datas pré-determinadas e registradas no (Anexo 1 – B do Edital) **ANEXO 2 - Planilhas Semanais de Atendimento**



**Oftalmológico** e no (Anexo 1 – C do Edital) **ANEXO 3 - Planilha Mensal de Atendimento Oftalmológico**, as quais deverão ser encaminhadas mensalmente, devidamente preenchidas e assinadas, no formato .PDF, com as devidas assinaturas dos fiscais, para a Secretaria Municipal da Saúde pelos e-mails [ffayres@prefeitura.sp.gov.br](mailto:ffayres@prefeitura.sp.gov.br) e [ligias@prefeitura.sp.gov.br](mailto:ligias@prefeitura.sp.gov.br) ou outra forma de comunicação com esta pactuada, até o 5º dia útil do mês subsequente, e prosseguimento do pagamento, nos prazos estabelecidos;

**8.3.** Na hipótese de existir nota de retificação e/ou nota suplementar de empenho, cópia(s) da(s) mesma(s) deverá(ão) acompanhar os demais documentos.

**8.4.** A **CONTRATADA** deverá apresentar, a cada pedido de pagamento, os documentos a seguir discriminados, para verificação de sua regularidade fiscal perante os órgãos competentes:

- a) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – F.G.T.S., fornecido pela Caixa Econômica Federal;
- b) Certidão Negativa de Débitos relativa às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros – CND – ou outra equivalente na forma da lei;
- c) Certidão negativa de débitos de tributos mobiliários do Município de São Paulo;
- d) Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);
- e) Nota Fiscal ou Nota Fiscal Fatura devidamente atestada;
- f) Folha de Medição dos Serviços;
- g) Relação atualizada dos empregados vinculados à execução contratual;
- h) Folha de frequência dos empregados vinculados à execução contratual;
- i) Folha de pagamento dos empregados vinculados à execução do contrato;
- j) Cópia do Protocolo de envio de arquivos, emitido pela conectividade social (GFIP/SEFIP);
- k) Cópia da Relação dos Trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês anterior ao pedido de pagamento;
- l) Cópia da Guia quitada do INSS (GPS), correspondente ao mês da última fatura vencida;
- m) Cópia da Guia quitada do FGTS (GRF), correspondente ao mês da última fatura vencida.

**8.5.** Serão aceitas como prova de regularidade, certidões positivas com efeito de negativas e certidões positivas que noticiem em seu corpo que os débitos estão judicialmente garantidos ou com sua exigibilidade suspensa.

**8.6.** Por ocasião de cada pagamento, serão feitas as retenções eventualmente devidas em função da legislação tributária.

**8.7.** A não apresentação de certidões negativas de débito, ou na forma prevista no subitem 8.5, não impede o pagamento, porém será objeto de aplicação de penalidade ou rescisão



contratual, conforme o caso.

**8.8.** O pagamento será efetuado por crédito em conta corrente, no BANCO DO BRASIL S/A, conforme estabelecido no Decreto nº 51.197/2010, publicado no DOC do dia 22 de janeiro de 2010.

**8.9.** Fica ressalvada qualquer alteração por parte da Secretaria Municipal de Finanças, quanto às normas referentes ao pagamento de fornecedores.

#### **CLÁUSULA NONA – DO PRAZO CONTRATUAL**

**9.1.** O prazo de vigência do contrato terá duração de **12 (doze) meses**, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por idênticos períodos e nas mesmas condições, desde que haja concordância das partes, observado o prazo limite constante do art. 57, inciso II da Lei Federal 8.666/93.

**9.1.1.** Caso a **CONTRATADA** não tenha interesse na prorrogação do ajuste deverá comunicar este fato por escrito à **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias da data de término do prazo contratual, sob pena de incidência de penalidade contratual.

**9.1.2.** Na ausência de expressa oposição, e observadas as exigências contidas nos incisos I e II do artigo 46 do Decreto Municipal 44.279/2003, o ajuste será prorrogado, mediante despacho da autoridade competente.

**9.2.** A não prorrogação do prazo de vigência contratual, por conveniência da Administração, não gerará à **CONTRATADA** o direito a qualquer espécie de indenização.

**9.3.** Não obstante o prazo estipulado no subitem 9.1, a vigência contratual nos exercícios subsequentes ao da assinatura do contrato estará sujeita à condição resolutiva, consubstanciada na existência de recursos aprovados nas respectivas Leis Orçamentárias de cada exercício, para atender as respectivas despesas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DO CONTRATO E DA RESCISÃO**

**10.1.** O presente contrato é regido pelas disposições da Lei Federal 8.666/93 combinada com a Lei Municipal 13.278/2002, Decreto Municipal 44.279/2003 e demais normas complementares aplicáveis à espécie.

**10.2.** O ajuste poderá ser alterado nas hipóteses previstas no artigo 65 da Lei Federal 8.666/93.

**10.3.** A **CONTRATANTE** se reserva o direito de promover a redução ou acréscimo do percentual de 25% (vinte e cinco por cento), do valor inicial atualizado do contrato, nos termos deste.

**10.4.** Dar-se-á a rescisão do contrato em qualquer dos motivos especificados no artigo 78



da Lei Federal nº 8.666/93, bem assim o referido no parágrafo único do artigo 29 da Lei Municipal nº 13.278/2002, independentemente da notificação ou interpelação judicial.

**10.4.1.** Em caso de rescisão administrativa prevista no artigo 79, inciso I da Lei 8.666/93 ficam reconhecidos os direitos da Administração especificados no mesmo diploma legal.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DA EXECUÇÃO E RECEBIMENTO DOS SERVIÇOS**

**11.1.** A execução dos serviços será feita conforme o ANEXO I - Termo de Referência do Edital da licitação que precedeu este ajuste, e dele faz parte integrante para todos os fins.

**11.2.** A execução dos serviços objeto deste contrato deverá ser atestada pelo responsável pela fiscalização, pela **CONTRATANTE**, atestado esse que deverá acompanhar os documentos para fins de pagamento conforme Cláusula Sétima.

**11.3.** A fiscalização será exercida de acordo com o Decreto Municipal nº 54.873/14, bem como em observância da cláusula sexta deste contrato.

**11.4.** O objeto contratual será recebido consoante as disposições do artigo 73, da Lei Federal nº 8.666/93 e demais normas municipais pertinentes.

**11.5.** O objeto contratual será recebido mensalmente mediante relatório de medição dos serviços executados no mês, emitido pela **CONTRATADA**, sendo tal relatório submetido à fiscalização da **CONTRATANTE**, que, após conferência, atestará se os serviços foram prestados a contento, atestado esse que deverá ser acompanhado de fatura ou nota-fiscal-fatura, bem como da cópia reprográfica da nota de empenho, para fins de pagamento.

**11.6.** Havendo inexecução qualitativa dos serviços, o valor respectivo será descontado da importância mensal devida à **CONTRATADA**, sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis, observados os trâmites legais e os princípios do contraditório e ampla defesa.

**11.6.1.** O recebimento e aceite do objeto pela **CONTRATANTE** não exclui a responsabilidade civil da **CONTRATADA** por vícios de quantidade ou qualidade dos serviços, materiais ou disparidades com as especificações estabelecidas no Anexo I – Termo de Referência, verificadas posteriormente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES**

**12.1** Além das sanções nos artigos 86 e 87, incisos I a IV, da Lei nº 8.666, de 1993; e no art. 7º da Lei nº 10.520, de 17/07/2002 e demais normas pertinentes, o descumprimento de qualquer das obrigações assumidas neste Contrato importará na aplicação das seguintes penalidades:

**12.2** Pela inexecução total do objeto contratual, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor global do contrato;

**12.3** Pelo retardamento da execução dos serviços, multa diária de 1% (um por cento)



sobre o valor mensal estimado do contrato até o 5º dia de atraso, a partir do qual se caracterizará a inexecução total do contrato, com as consequências daí advindas;

**12.4** Pelo não comparecimento à visita semanal no hospital agendado, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor da visita;

**12.5** Pela rescisão do contrato por culpa da **CONTRATADA**, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato;

**12.6** Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto contratual, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o preço mensal;

**12.7** As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.

**12.8.** No caso de aplicação de eventuais penalidades, será observado o procedimento previsto no Capítulo X do Decreto Municipal nº 44.279/03 e na Seção II do Capítulo IV da Lei Federal nº 8.666/93.

**12.9** O prazo para pagamento de multas será de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação da **CONTRATADA**, sendo possível, a critério da **CONTRATANTE**, o desconto das respectivas importâncias do valor eventualmente devido à **CONTRATADA**.

**12.10** O não pagamento de multas no prazo previsto ensejará a inscrição do respectivo débito no CADIN e no Sistema Municipal da Dívida

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA GARANTIA**

**13.1** Em garantia do cumprimento das obrigações contratuais, a **CONTRATADA** deverá apresentar a garantia, no valor de **R\$ 51.700,00 (cinquenta e um mil e setecentos reais)**, correspondente a 5% (cinco por cento) do valor da contratação, em conformidade com o dispositivo no artigo 56 da Lei Federal no 8.666/93.

**13.2.** As garantias e seus reforços responderão por todas as multas que forem impostas à **CONTRATADA** e por todas as importâncias que, a qualquer título, decorrentes da execução do contrato, forem devidas pela **CONTRATADA** à Prefeitura do Município de São Paulo.

**13.3.** Em caso de insuficiência, será a **CONTRATADA** notificada para, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, completar o valor das multas, sob pena de rescisão do contrato.

**13.4** A garantia prestada deverá ser substituída automaticamente pela **CONTRATADA** quando da ocorrência de seu vencimento, independentemente de comunicado da **CONTRATANTE**, de modo a manter ininterruptamente garantido o contrato celebrado, sob pena de incorrer a **CONTRATADA** nas penalidades previstas neste contrato.

**13.5** Por ocasião do encerramento do contrato, o que restar da garantia da execução do contrato e seus reforços serão liberados ou restituídos após a liquidação das multas



aplicadas, ou após a dedução de eventual valor de condenação da **CONTRATADA**.

**13.6** A garantia prestada na modalidade seguro-garantia ou fiança bancária deve explicitar a cobertura integral do contrato, inclusive quanto ao pagamento imediato à Prefeitura do Município de São Paulo em quaisquer das hipóteses previstas nesta Cláusula.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA- DA ANTICORRUPÇÃO**

**14.1.** Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**15.1.** Fica eleito o Foro da Comarca do Município de São Paulo para dirimir as eventuais controvérsias decorrentes do presente ajuste.

E por estarem de acordo, as partes **CONTRATANTES**, foi lavrado o presente instrumento, que lido e achado conforme, é assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

  
**EDSON APARECIDO DOS SANTOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE  
CONTRATANTE

  
**MARCOS ANTONIO MONTE**  
NEOFTAL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.  
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

  
**SUELEN KAZUKO NISHIMUTA**  
ASSESSOR I  
RF: 8778892



*Conf. de  
6018.2020/0034230-4  
quinta 25.8.20*





**ANEXO I  
TERMO DE REFERÊNCIA**

**ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO  
CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
OFTALMOLOGIA ESPECIALIZADA EM RETINOPATIA DA PREMATURIDADE**

**1. APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA**

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma enfermidade vasoproliferativa secundária à vascularização inadequada da retina ainda imatura dos recém-nascidos prematuros. É uma das principais causas de cegueira prevenível na infância. A incidência de cegueira causada por ROP está relacionada ao nível de cuidado neonatal, que inclui a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, acesso e qualidade de atendimento. Da mesma forma que à existência de programas de triagem e tratamento.

Os recém-nascidos abaixo de 1500g de peso e de idade gestacional menor ou igual a 32 semanas estão mais sujeitos a desenvolver a Retinopatia da Prematuridade (ROP), doença que se não diagnosticada e tratada precocemente (laser), ainda no berçário, pode levar à cegueira irreversível.

Segundo a literatura de 20 a 30% dos prematuros apresentaram ROP e cerca de 10% necessitará de tratamento.

Devido à moderna tecnologia na medicina neonatal, a sobrevivência de prematuros aumenta a cada ano, e o oftalmologista que examina estes recém-nascidos deve ter especialização em retina e subspecialização em Retinopatia da Prematuridade.

Os profissionais envolvidos neste atendimento poderão proporcionar um atendimento diferenciado e específico aos recém-nascidos com outras patologias que comprometam o desenvolvimento da visão, podendo ser diagnosticados e encaminhados precocemente para tratamento.

O Município de São Paulo, representado pela Secretaria Municipal da Saúde, através da contratação de empresa especializada que possua Corpo Clínico compatível com as atividades postuladas no presente, vem atuando de forma eficiente no atendimento de RN com diagnóstico de Retinopatia da Prematuridade – ROP, e outras demandas oftalmológicas, por meio da celebração de contrato administrativo, considerando:

- a necessidade de contratar, de forma complementar, serviços de assistência à saúde (artigo 24 da Lei nº 8.080/90), no município de São Paulo;
- o seu interesse em dispor da gama mais ampla possível de serviços de saúde a serem prestados à população, em especial no que tange aos pacientes atendidos nos Hospitais



Municipais e nos Hospitais Conveniados com o Município de São Paulo,  
- a necessidade de dar prosseguimento aos serviços de atendimento aos recém-nascidos com risco para a retinopatia da prematuridade (ROP) nos Hospitais Municipais e nos Hospitais Conveniados ao Município de São Paulo, sem solução de continuidade, e prevenindo assim o déficit visual grave e a cegueira.

Propõe a Licitação dos Serviços especializados de Oftalmologia conforme descritivo abaixo:

### **1 - DO OBJETO**

Contratação de empresa especializada na prestação de oftalmologia especializada em retinopatia da prematuridade.

### **2 - DO OBJETIVO**

- 2.1. Examinar os RN prematuros nascidos com idade gestacional igual ou menor que 32 semanas de idade gestacional e/ou menos de 1500 g ao nascimento.
- 2.2. Examinar todos os RNs solicitados pela equipe de Neonatologia com suspeita de outras patologias oftalmológicas.

### **3 - DOS REQUISITOS PARA A CONTRATAÇÃO**

3.1 As empresas interessadas em participar do presente PREGÃO ELETRÔNICAS deverão possuir como ramo de atividade a atuação na área de saúde, atendendo aos requisitos preceituados neste edital.

3.2 As empresas interessadas em participar do presente PREGÃO ELETRÔNICAS **deverão possuir na sua equipe todos os médicos com:**

3.2.1 Inscrição válida junto ao CREMESP;

3.2.2 Título de especialista expedido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia;

3.2.3 Especialização em retina, por meio de certificação, conferida pela universidade ou instituição credenciada onde foi ministrado o curso;

3.2.3 Experiência em Retinopatia da Prematuridade (ROP) com comprovação por meio de declaração institucional de no mínimo 05 (cinco) anos consecutivos e não cumulativos;

3.2.4 Indicação dos profissionais médicos integrantes das equipes que deverão realizar os serviços, devendo **todos ser médicos da área de oftalmologia com especialização em retina**, apresentando-se cópias de seu RG, C.P.F., inscrição no Conselho Regional de Medicina, diploma médico, comprovação do título de



especialista em oftalmologia expedida pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, e certificado ou declaração da comprovação da especialização em retina.

**3.2.5 Comprovação de aptidão das equipes técnicas para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características**, quantidades e prazos com o objetivo do credenciamento, através da apresentação de atestados fornecidos por pelo menos 03 (três) pessoas de direito público ou privado, atendendo-se aos seguintes requisitos.

3.2.5.1 Título de especialista de oftalmologia expedido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

3.2.5.2 Especialização em retina, por meio de certificação conferida pela universidade ou instituição credenciada onde foi ministrado o curso;

3.2.5.3 Experiência em Retinopatia de prematuridade, com comprovação de, no mínimo, cinco anos de experiência.

3.2.5.4 Para contagem do prazo acima estipulado poderá ser considerada a somatória de períodos de experiência efetiva em várias Maternidades, não se admitindo, a sobreposição de datas para fins de contagem desse prazo.

3.2.6 Deverá apresentar declaração de que **possui todos os equipamentos mínimos necessários** para a execução dos Serviços Objeto desta Licitação, de acordo com o **item 7** deste Termo de Referência.

#### **4 - DO INÍCIO DOS SERVIÇOS**

4.1. A contratada somente poderá iniciar os serviços após a emissão da Ordem de Início pela Contratante (Secretaria Municipal da Saúde – SMS).

4.2. Para emissão da Ordem de Início a Contratada deverá apresentar o cronograma de visitas às maternidades/hospitais designando o nome do oftalmologista que será responsável pelas visitas/tratamentos nas mesmas, em até 05 (cinco) dias da assinatura do contrato.

4.3. O cronograma de visita deverá prever o início dos serviços na semana subsequente à emissão da Ordem de Início.

#### **5 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

5.1. O serviço será realizado segundo as diretrizes estipuladas no presente Termo de Referência através de visitas semanais em dia fixo definido pela Secretaria Municipal da Saúde, realizada pelos contratantes nos hospitais e maternidades dispostos abaixo:

5.2. Os Hospitais Municipais e Hospitais Conveniados ao Município de São Paulo onde serão realizados os serviços:



- 5.2.1. Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Vila Nova Cachoeirinha);
- 5.2.2. Hospital Municipal Vereador José Storopoli (Vila Maria);
- 5.2.3. Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria (Pirituba);
- 5.2.4. Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo);
- 5.2.5. Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto;
- 5.2.6. Hospital Municipal Tide Setúbal;
- 5.2.7. Hospital Municipal Prof. Dr. Waldomiro de Paula;
- 5.2.8. Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouvêa;
- 5.2.9. Hospital Municipal de Cidade Tiradentes;
- 5.2.10. Hospital Municipal Dr. Moyses Deutsch (M'Boi Mirim);
- 5.2.11. Hospital Municipal Carmino Caricchio (Tatuapé);
- 5.2.12. Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara);
- 5.2.13. Hospital do Servidor Público Municipal;
- 5.2.14. Amparo Maternal;
- 5.2.15. Hospital Santo Antônio da Real Beneficência Portuguesa;
- 5.2.16. Hospital Maternidade Infantil Menino Jesus;
- 5.2.17. Hospital Municipal Dr. Gilson de Carvalho (Vila Santa Catarina);
- 5.2.18. Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro;
- 5.2.19. Hospital Municipal e Maternidade Professor Mario Degni.
- 5.2.20. Hospital Municipal da Brasilândia.
- 5.2.21. Hospital Municipal de Parelheiros.
- 5.3 Os recém-nascidos nas Casas de Parto de Sapopemba e Monte Azul, que necessitem de avaliação oftalmológica especializada, serão avaliados nos Hospitais de referência, ou seja, no Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouvêa e no Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo), respectivamente.
- 5.4 A eventual alteração do rol de hospitais e maternidades atendidos após o término do presente certame poderá motivar a alteração dos respectivos instrumentos contratuais celebrados em decorrência deste, por intermédio de Termo Aditivo e com anuência da contratada, respeitando os limites legais vigentes para tanto.
- 5.5 Os Hospitais Municipais Dr. José Soares Hungria (Pirituba), HM da Brasilândia e HM de Parelheiros atualmente estão voltados ao combate à pandemia de coronavírus e com as respectivas maternidades desativadas, mas com o retorno dessas atividades deverão ser incluídos no rol dos hospitais a ser visitados pela equipe de oftalmologistas contratada por este Edital.



## **6 - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

6.1 Fica estipulada 01 (uma) visita semanal a cada um dos hospitais ou maternidades especificadas no item 4.1, não podendo exceder a esse número, restando o pagamento a título de visita restrito a 52 visitas por ano por hospital.

6.2 Em cada visita, a contratada deverá realizar diagnóstico oftalmológico de todas as crianças indicadas pelos neonatologistas, principalmente aquelas de risco para o desenvolvimento da Retinopatia da Prematuridade (ROP), casos de reflexo vermelho duvidoso ou suspeita de outras patologias oftalmológicas do período neonatal, assim como o acompanhamento de tratamento ministrado em visitas anteriores, de acordo com o estipulado neste Termo de Referência.

6.3 Caso seja detectado a necessidade de cirurgia, a mesma deverá ser conduzida no momento de uma das visitas, com agendamento prévio junto à equipe neonatal e anestésica, se necessário;

6.3.1 Considerando-se as estatísticas dos serviços prestados nos últimos anos, e as pesquisas que indicam que até 10% dos casos de ROP necessitam de cirurgias para tratamento e com a inclusão de dois (2) novos hospitais municipais recém-inaugurados, indicamos a estimativa de 40 casos de cirurgia/ano, considerando todos os hospitais envolvidos.

6.4 O trabalho das equipes contratadas deverá ser ininterrupto, não havendo, portanto, períodos de férias, licença médica e outros que acarretem a descontinuidade da prestação de serviço.

6.4.1 O profissional da equipe deverá ser substituído por outro com mesma qualificação e sua substituição deverá ser submetida à autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde.

6.5 Caso não existam RNs para o atendimento Oftalmológico agendado para a semana, caberá à equipe de Neonatologia contatar o profissional e dispensar a visita com antecedência de 24 h da data prevista para a mesma;

6.5.1 Em caso de dispensa da visita a mesma não poderá ser cobrada e deverá ser registrada sua dispensa no **ANEXO 2 – Planilha Semanal de Atendimento Oftalmológico**, com a devida assinatura do Neonatologista chefe do Berçário.

## **7 - DO MATERIAL DE TRABALHO:**

7.1 A empresa deverá possuir equipamento técnico oftalmológico para atender à demanda de avaliações, bem como às cirurgias necessárias recomendadas para tratamento de ROP pela Sociedade de Oftalmopediatria, e outros materiais e equipamentos necessários ao atendimento e tratamento das demais patologias oftalmológicas;



7.2 A empresa será responsável:

7.2.1 Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;

7.2.2 Seguro dos equipamentos;

7.2.3 Fornecimento dos colírios e demais insumos a serem utilizados para os procedimentos nos RNs;

7.2.4 Esterilização de seus instrumentais.

7.3 Equipamentos mínimos para a execução dos serviços de Oftalmologia especializada em retinopatia da prematuridade.

#### 7.3.1 OFTALMOSCÓPIO BINOCULAR INDIRETO

**Descrição/ Características:** Oftalmoscópio Binocular Indireto com cinto frontal e fio, apresentando distância interpupilar com capacidade de ajuste de 48mm a 75mm, dotado de filtros azul e verde; fontes de alimentação de parede/mesa 127V, unidade portátil de alimentação e recarregador 127V; lâmpada de halogênio para reposição; espelho didático; adaptador de voltagem.

#### 7.3.2 LASER DE DIODO

**Descrição/Características:** Laser de Diodo – Fotocoagular de diodo infravermelho, com comprimento de onda de 810 nm; potência mínima de 2.000 mw; fonte de alimentação com saída embutida para oftalmoscópio a laser; chave de emergência; pedal com cabo a prova d'água com sonorizador; cabo de alimentação elétrica com no mínimo 2m de comprimento.

#### 7.3.3 OFTALMOSCÓPIO BINOCULAR INDIRETO A LASER

**Descrição/Características:** Oftalmoscópio binocular Indireto a Laser com cinto frontal e fio, apresentando distância interpupilar com capacidade de ajuste de 48mm a 75mm, dotado de filtros azul e verde; fontes de alimentação de parede/mesa 127V, unidade portátil de alimentação e recarregador 127V; bateria recarregável; fonte de iluminação halógena com lâmpada de halogênio para reposição; ópticas seladas; filtro de segurança fixo e embutido; espelho adaptador de voltagem; maleta para transporte.

#### 7.3.4 LENTE DE VOLK

**Descrição/Características:** Lente de Volk de 28 dioptrias.



**7.3.5 LENTE ASFÉRICA**

**Descrição/Características:** Lente Asférica de 20 dioptrias.

**7.3.6 BLEFAROSTATO**

**Descrição/Características:** Instrumental de uso em oftalmologia, peça única confeccionada em aço inoxidável, tamanho recém-nascido. Esterilizável por calor úmido, seco ou por agentes químicos.

**7.3.7 DEPRESSOR ESCLERAL**

**Descrição/Características:** Instrumental de uso em oftalmologia, tipo dedal, confeccionado em aço inoxidável, tamanho pequeno. Esterilizável por calor úmido, seco ou por agentes químicos.

**8 - DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA:**

8.1 Todas as atividades do oftalmologista deverão ser referenciadas por protocolo clínico internacional referendado pela Sociedade Brasileira de Retina. (Arq bras Oftalmol 2007; 70(5): 875-83);

8.2 Comparecer ao berçário/UTI neonatal das maternidades semanalmente no dia fixado pela agenda aprovada pela equipe técnica da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente de SMS;

8.3 Criar e manter rotina de atendimento para dilatação pupilar, comunicação de exames, registro no prontuário e caderneta da criança, acompanhamento e tratamento com a equipe da maternidade;

8.4 Fornecer e preparar a diluição dos colírios midriáticos, assim como a esterilização do Blefarostato a ser utilizado em cada RN;

8.5 Mapear a retina dos prematuros definidos em protocolo clínico definido;

8.6 Mapear a retina dos RN (recém-nascidos) com infecções congênitas, síndromes ou a pedido devidamente justificado do neonatologia;

8.7 Agendar o tratamento da ROP com anestesista/neonatologista do hospital. O tratamento deverá ser realizado sob anestesia/sedação na própria maternidade e de preferência no berçário/UTI ou centro cirúrgico da maternidade;

8.8 O(s) tratamento(s) a laser será(ão) pago(s) de forma independente do valor



disponibilizado para a remuneração pela visita semanal da equipe;

8.8.1 Caso se constate que a reintervenção é necessária por insuficiência de tratamento realizado na primeira vez, a equipe deverá completar o tratamento sem remuneração adicional;

8.9 Agendar os RN em risco de ROP que tiverem alta do berçário com a enfermeira chefe para retorno no dia da visita de rotina do oftalmologista;

8.10 Acompanhar os RNs (independente de estarem internados ou não) até a alta oftalmológica da ROP;

8.11 Capacitar os neonatologistas das maternidades para realizarem o Teste do Reflexo Vermelho;

8.12 Rever os casos de reflexo vermelho, patologias congênitas, e outros casos oftalmológicos solicitados pelo neonatologista do berçário/UTI neonatal;

8.13 Fornecer relatório, por escrito, para a família do RN do exame realizado contendo esclarecimento e orientação sobre a conduta a ser adotada (alta, tratamento, acompanhamento pós-alta ou encaminhamento dos casos cirúrgicos para os hospitais de referência);

8.14 Nos casos que demandem cirurgia, obter o devido termo de consentimento dos pais ou responsáveis;

8.15 Discutir as dúvidas quanto às rotinas com a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente – Coordenação da Atenção Básica;

8.16 Encaminhar os dados dos recém-nascidos ao Programa Alô Mãe para agendamento de consulta oftalmológica especializada para os recém-nascidos que necessitem de acompanhamento ambulatorial ou procedimento cirúrgico sequencial, tanto os casos em que foi realizado o tratamento cirúrgico, quanto outras afecções oftalmológicas onde este acompanhamento se impõe.

8.17 As visitas deverão ser ininterruptas, não havendo, portanto, períodos de férias, licença médica e outros, que acarretem solução de continuidade à prestação de serviço;

8.18 O transporte para a prestação de serviço às maternidades será de responsabilidade da equipe contratada assim como o material utilizado para diagnóstico e tratamento;

8.19 As visitas de rotina são agendadas previamente, no dia fixado de segunda a sexta.

8.20 O tratamento a laser poderá ser realizado em qualquer dia, mesmo em dia diferente daquele da visita semanal;

8.21 Registrar semanalmente os atendimentos na Ficha de Avaliação Oftalmológica (ANEXO 1);

8.21.1 Esta ficha deverá ser assinada e carimbada pelo médico oftalmologista que realizada cada consulta;





8.21.2 Após a alta oftalmológica, a cópia digitalizada desta ficha será encaminhada para SMS nos e-mails [ffayres@prefeitura.sp.gov.br](mailto:ffayres@prefeitura.sp.gov.br) e [ligias@prefeitura.sp.gov.br](mailto:ligias@prefeitura.sp.gov.br) e o original deverá ser arquivado no prontuário do RN;

8.21.3 Esta deverá ser enviada para SMS em até 7 dias após a alta oftalmológica.

8.22 Registrar os dados no ANEXO 2 – Planilha Semanal de Atendimento Oftalmológico e no ANEXO 3 – Planilha Mensal de Atendimento Oftalmológico e enviar, em formato “PDF”, com as devidas assinaturas eletrônicas dos fiscais, para a Secretaria Municipal da Saúde pelos e-mails [ffayres@prefeitura.sp.gov.br](mailto:ffayres@prefeitura.sp.gov.br) e [ligias@prefeitura.sp.gov.br](mailto:ligias@prefeitura.sp.gov.br) ou outra forma de comunicação com esta pactuada, até o 7º dia útil do mês subsequente, para registro do banco de dados unificado, e prosseguimento do pagamento, nos prazos estabelecidos;

## **9 - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE**

9.1 Indicar o responsável pela gestão do contrato, de acordo com a legislação vigente, a quem competirá à gestão do contrato, solicitando à Contratada, sempre que achar conveniente, informações do seu andamento, bem como pelo recebimento dos serviços;

9.2 Indicar o(s) fiscal(is) do contrato a quem caberá à fiscalização e controle da execução dos serviços;

9.3 Emitir a Ordem de Início dos Serviços, e atestar para o Termo de Recebimento Definitivo do Contrato;

9.4 Esclarecer dúvidas com relação aos serviços a serem prestados;

9.5 Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com o estabelecido no contrato.

## **10 - HOSPITAIS E MATERNIDADES:**

10.1 Prover local e condições adequadas para a realização das atividades;

10.2 Indicar a necessidade de realização da avaliação oftalmológica para todos os bebês de risco conforme definido no item 5.2;

10.4 Fiscalizar a realização dos serviços prestados na maternidade, mediante:

10.4.1 Acompanhamento da realização da visita do oftalmologista à maternidade uma vez por semana;

10.4.2 Acompanhamento da agenda de cirurgias e preparo adequado do RN para procedimento;

10.4.3 Acompanhamento e suporte de anestesiistas e neonatologistas nos procedimentos cirúrgicos e nos pós-cirúrgicos;

10.4.4 Acompanhamento das ações de encaminhamento a outros serviços especializados para acompanhamento ambulatorial da criança;



10.4.5 Avaliação do adequado registro das atividades realizadas em prontuário e fichas de registro de atendimento, bem como entrega do relatório dos procedimentos para os responsáveis da criança;

10.5 Caso não existam RNs para o atendimento Oftalmológico agendado para a semana, caberá à equipe de Neonatologia contatar o profissional e dispensar a visita com antecedência de 24 h da data prevista para a mesma, sendo necessário o registro desta dispensa no ANEXO 2 – Planilha Semanal de Atendimento Oftalmológico, com a devida assinatura do Neonatologista chefe do Berçário.

10.6 Será de responsabilidade do Coordenador da unidade neonatal a assinatura eletrônica do ANEXO 2 – Planilha Semanal de Atendimento Oftalmológico;

10.7 Será de responsabilidade do Coordenador da unidade neonatal e do Diretor Técnico ou Diretor Clínico do Hospital/Maternidade assinar eletronicamente a ANEXO 3 – Planilha Mensal de Atendimento Oftalmológico em conjunto com o Oftalmologista da empresa;

10.8 Devolver à empresa contratada até o 5º dia útil do mês subsequente os relatórios atestados/assinados eletronicamente, para que os mesmos sejam repassados por meio eletrônico para a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente.

## **11 - ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:**

11.1 Realizar a gestão técnica do contrato de Serviços de Oftalmologia Especializada em Retinopatia da Prematuridade;

11.2 Disponibilizar às maternidades, cópia do contrato estabelecido para a prestação do serviço;

11.3 Disponibilizar interlocutor para o Programa;

11.4 Acompanhar o número de avaliações e cirurgias realizadas em cada hospital;

11.5 Verificar se os relatórios estão sendo atestados pelos fiscais definidos pelas maternidades;

11.6 Instruir no Processo SEI de pagamento os relatórios e ateste dos serviços realizados;

11.7 Acompanhar as ações de monitoramento e encaminhamento aos serviços especializados;

## **12 - DIVISÃO DE CONTRATOS**

12.1 Realizar a gestão administrativa do contrato;

12.2 Realizar a instrução de processos de pagamento com a junção dos documentos fiscais da empresa, para os procedimentos relativos ao pagamento dos serviços executados;



### **13 - DOS PREÇOS**

13.1 Fica estipulado que cada visita semanal terá o valor ofertado na proposta da empresa vencedora do certame, devendo o mesmo compreender todos os custos relativos à visita do oftalmologista a cada maternidade, a avaliação de todos os RN agendados para a semana, bem como os insumos e equipamentos necessários à realização dos mesmos e o transporte da equipe para todos os serviços a serem atendidos;

13.2 Caso se verifique a necessidade de tratamento através de laser, será pago o valor único ofertado na proposta da empresa vencedora do certame, por paciente tratado, independente se o tratamento recair sobre apenas um dos olhos ou em ambos, de conformidade com o estipulado nos Itens 5 e 7 do presente Termo de Referência.

13.3 Havendo necessidade de novo tratamento para o mesmo paciente após o inicial, não caberá pagamento adicional por parte de SMS.

13.4 O reajuste de preço contratual será concedido após 01 (um) ano da data-limite para apresentação da proposta, nos termos do Decreto Municipal nº 48.971, de 27 de novembro de 2007, na hipótese de prorrogação contratual, observar-se-ão as normas da Legislação Federal e as da Secretaria de Finanças para concessão de reajuste anual e suas atualizações.

13.5 Os preços do contrato serão reajustados automaticamente e anualmente com base no Índice de Preços ao Consumidor - IPC, apurado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, de acordo com a Portaria SF nº 389 de 18 de Dezembro de 2017.

13.6 Na hipótese de suspensão, extinção ou vedação do uso do índice estabelecido no item anterior, será utilizado o índice oficial que vier a substituí-lo, ou, no caso de não determinação deste, será escolhido índice substituto que melhor venha refletir a variação dos custos desta contratação.

### **14 - DA VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO**

14.1 O Contrato deverá ser celebrado pelo prazo de 12 (doze) meses a contar da data da assinatura, podendo ser prorrogado por igual período, no limite máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos do artigo 57, inciso II da Lei 8666/1993 e suas alterações.

### **15 - DAS PENALIDADES**

15.1 Além das sanções nos artigos 86 e 87, incisos I a IV, da Lei nº 8.666, de 1993; e no art. 7º da Lei nº 10.520, de 17/07/2002 e demais normas pertinentes, o descumprimento de qualquer das obrigações assumidas neste Contrato importará na aplicação das seguintes penalidades:

15.2 Pela inexecução total do objeto contratual, multa de 20% (vinte por cento) sobre o



valor global do contrato;

15.3 Pelo retardamento da execução dos serviços, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor mensal estimado do contrato até o 5º dia de atraso, a partir do qual se caracterizará a inexecução total do contrato, com as consequências daí advindas;

15.4 Pelo não comparecimento à visita semanal no hospital agendado, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor da visita;

15.5 Pela rescisão do contrato por culpa da CONTRATADA, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato;

15.6 Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto contratual, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o preço mensal;

15.7 As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras. 15.8. No caso de aplicação de eventuais penalidades, será observado o procedimento previsto no Capítulo X do Decreto Municipal nº 44.279/03 e na Seção II do Capítulo IV da Lei Federal nº 8.666/93.

15.9 O prazo para pagamento de multas será de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação da CONTRATADA, sendo possível, a critério da CONTRATANTE, o desconto das respectivas importâncias do valor eventualmente devido à CONTRATADA.

15.10 O não pagamento de multas no prazo previsto ensejará a inscrição do respectivo débito no CADIN e no Sistema Municipal da Dívida

## **16 - DA GARANTIA CONTRATUAL**

16.1 Em garantia do cumprimento das obrigações contratuais, a CONTRATADA deverá apresentar a garantia, no valor de R\$ 51.700,00 (cinquenta e um mil e setecentos reais), correspondente a 5% (cinco por cento) do valor da contratação, em conformidade com o dispositivo no artigo 56 da Lei Federal no 8.666/93.

16.2. As garantias e seus reforços responderão por todas as multas que forem impostas à CONTRATADA e por todas as importâncias que, a qualquer título, decorrentes da execução do contrato, forem devidas pela CONTRATADA à Prefeitura do Município de São Paulo.

16.3. Em caso de insuficiência, será a CONTRATADA notificada para, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, completar o valor das multas, sob pena de rescisão do contrato.

16.4 A garantia prestada deverá ser substituída automaticamente pela CONTRATADA quando da ocorrência de seu vencimento, independentemente de comunicado da CONTRATANTE, de modo a manter ininterruptamente garantido o contrato celebrado, sob pena de incorrer a CONTRATADA nas penalidades previstas neste contrato.



16.5 Por ocasião do encerramento do contrato, o que restar da garantia da execução do contrato e seus reforços serão liberados ou restituídos após a liquidação das multas aplicadas, ou após a dedução de eventual valor de condenação da CONTRATADA.

16.6 A garantia prestada na modalidade seguro-garantia ou fiança bancária deve explicitar a cobertura integral do contrato, inclusive quanto ao pagamento imediato à Prefeitura do Município de São Paulo em quaisquer das hipóteses previstas nesta Cláusula.



**ANEXO 1- A do Edital**



**ANEXO 1 - FICHA DE AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA**



Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DNV: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Hospital: \_\_\_\_\_  
 RN de: \_\_\_\_\_  
 End: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Sexo:  F  M Id Gest: \_\_\_ sem. Apgar 5: \_\_\_ Peso ao Nascer: \_\_\_\_\_ g.  
 Indicação:  Peso < 1.500 g.  Idade Gestacional < 32 sem. ou  
 Outros Fatores de Risco para ROP:  VM \_\_\_ dias  CPAP \_\_\_ dias  Oxigênio \_\_\_ dias  Fototerapia \_\_\_ dias  
 Exsanguíneo  Transfusão  HIC grau: \_\_\_  PCA  Meningite  Sepsis   
 Outras indicações:  
 Reflexo Vermelho alterado Suspeita de:  Toxo  Rubéola  CMV  Sífilis  Hidrocefalia  Síndromes Genéticas  
 Outras: \_\_\_\_\_  
 Solicitante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Carimbo

**Avaliação Oftalmológica**

Data Exame: ___/___/20___ Id Gest Corrig: ___ sem		Data Exame: ___/___/20___ Id Gest Corrig: ___ sem	
<b>OLHO DIREITO</b>	<b>OLHO ESQUERDO</b>	<b>OLHO DIREITO</b>	<b>OLHO ESQUERDO</b>
<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis	<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis	<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis	<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis
<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris	<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris	<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris	<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris
Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5	Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5	Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5	Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5
Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Obs.:</b>		<b>Obs.:</b>	
<b>Diagnóstico:</b>		<b>Diagnóstico:</b>	
<b>Conduta:</b>		<b>Conduta:</b>	
Nome: _____		Nome: _____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
Carimbo		Carimbo	
Data Exame: ___/___/20___ Id Gest Corrig: ___ sem		Data Exame: ___/___/20___ Id Gest Corrig: ___ sem	
<b>OLHO DIREITO</b>	<b>OLHO ESQUERDO</b>	<b>OLHO DIREITO</b>	<b>OLHO ESQUERDO</b>
<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis	<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis	<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis	<input type="checkbox"/> Túnica Vasculosa Lentis
<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris	<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris	<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris	<input type="checkbox"/> Engurgitamento de Íris
Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5	Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5	Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5	Estágios: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 5
Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Zonas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pré Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Obs.:</b>		<b>Obs.:</b>	
<b>Diagnóstico:</b>		<b>Diagnóstico:</b>	
<b>Conduta:</b>		<b>Conduta:</b>	
Nome: _____		Nome: _____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
Carimbo		Carimbo	



**"PLANILHA MENSAL DE ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO"**

(deverá ser encaminhada para AT Saúde da Criança e do Adolescente até o 7º dia útil seguinte ao mês de atendimento)  
**Hospital e Maternidade** \_\_\_\_\_

**Mês I ano de atendimento:** \_\_\_\_\_

**RETINOPATIA DA PREMATURIDADE**

	Data da Visita para EXAME	Nº de crianças examinadas		OBSERVAÇÕES
		1ª vez	nº retorno	
1				
2				
3				
4				
5				
	Data do TRATAMENTO	Nome da Mãe		Observações
1				
2				
3				
<b>Outras Atividades:</b>				
	Data	Atividade	Público Alvo	Observações
1				
2				
3				
4				
5				



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

ANEXO 1 – B do Edital  
ANEXO 2

**“PLANILHAS SEMANAIS DE ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO”**

Hospital e Maternidade \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

nº	nome da mãe I RN	C Novo	Retorno	nº prontuário	Indicação				Diagnóstico	Conduta	Intercorrência I Obs
					R O P	RV	inf cg	outro			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

**Tratamento**

nº	nome da mãe RN	data	nº prontuário	Diagnóstico	observação
1					
2					

outras atividades da semana: \_\_\_\_\_

Oftalmologista (nome/assinatura/CRM/carimbo): \_\_\_\_\_

Responsável pela empresa (nome/assinatura/CRM/carimbo): \_\_\_\_\_

Chefe do berçário ou neonatologista (nome/assinatura/CRM/carimbo): \_\_\_\_\_



**ANEXO 1-C do Edital**

nº de visitas no mês = \_\_\_\_ X R\$ 900,00 = \_\_\_\_ (a) TOTAL (a+b) = \_\_\_\_  
nº de tratamentos (laser) no mês = \_\_\_\_ X R\$ 1.280,00 = \_\_\_\_ (b)  
Oftalmologista (nome/assinatura/CRM/carimbo): \_\_\_\_\_  
Responsável pela empresa (nome / assinatura / CRM / carimbo) \_\_\_\_\_  
Chefe do berçário: (nome/assinatura/CRM/carimbo): \_\_\_\_\_  
Diretor Técnico ou Diretor Clínico (nome/assinatura/CRM/carimbo): \_\_\_\_\_

