



**TERMO ADITIVO Nº 02/2021**  
**AO TERMO DE CONTRATO Nº 115/2020/SMS-1/CONTRATOS**

**PROCESSO Nº:** 6018.2020/0034230-4

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

**CONTRATADA:** NEOFTAL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

**OBJETO DO CONTRATO:** Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de oftalmologia especializada em Retinopatia da Prematuridade

**OBJETO DO ADITAMENTO:**

1. Correção do valor total constante no preâmbulo do Termo de Contrato;
2. Prorrogação do ajuste pelo período de 12 (doze) meses, a partir de 28/08/2021;
3. Modificação do item 3.5 da Cláusula Terceira do ajuste.

**VALOR TOTAL ESTIMADO:** R\$ 1.034.000,00 (Um milhão e trinta e quatro mil reais)

**NOTA DE EMPENHO:** 68412/2021 no valor de R\$ 350.411,11

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA Nº:** 84.10.10.301.3003.2.509.3.3.90.39.00.02

Aos 15 dias do mês de Setembro de 2021, na Secretaria Municipal da Saúde, localizada na Rua General Jardim, 36 - 3º andar, compareceram, de um lado, 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, Sr. **EDSON APARECIDO DOS SANTOS**, em face à competência prevista no Decreto Municipal nº 50.689/2009, doravante designado, simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado, a **NEOFTAL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**, inscrita na 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 pelo Senhor **MARCOS ANTÔNIO MONTE**, portador do RG nº 11.001.505 SSP/SP e inscrito no CPF nº 077.120.548-19, doravante designada apenas **CONTRATADA**, resolvem firmar o presente **Termo de Aditamento nº 02/2021**, por força do despacho autorizatório constante em SEI nº 050908826 do processo nº 6018.2020/0034230-4, publicado no DOC/SP de 28/08/2021 – página 96, com fundamento no artigo 57, II, da Lei Federal 8666/93, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:



### CLÁUSULA PRIMEIRA

- 1.1. Fica consignada a retificação do valor total do ajuste, constante no preâmbulo do Termo de Contrato nº 115/2020/SMS-1/CONTRATOS, para fazer constar o valor total de R\$ 1.034.000,00 (Um milhão e trinta e quatro mil reais) e não como constou, nos termos do Despacho de Homologação de Licitação sob SEI nº 032145169 e da Proposta da Empresa sob SEI nº 031927207.

### CLÁUSULA SEGUNDA

- 2.1. Fica consignada a prorrogação do ajuste pelo período de 12 (doze) meses, a partir de 28/08/2021, pelo valor total anual estimado de R\$ 1.034.000,00 (Um milhão e trinta e quatro mil reais).

### CLÁUSULA TERCEIRA

- 3.1. Consigna-se, ainda, a alteração da CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS, item 3.5, do Termo de Contrato, conforme solicitado pela empresa sob SEI nº 043139159 e autorizado pela Área Técnica Gestora sob SEI nº 044139399 e 044156367, conforme nova redação abaixo:

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

[...]

**3.5.** Caso seja detectada a necessidade de **TRATAMENTO**, seja cirúrgico (cirurgia a laser) ou medicamentoso (ranibizumabe intraocular), conforme indicação avaliada pelo médico oftalmologista em consonância com o médico neonatologista, este tratamento deverá ser conduzido 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 tratamento, a estimativa é de **40 casos de tratamento/ano**, considerando os hospitais envolvidos. O tratamento escolhido deve ser de acordo com as devidas indicações bem estabelecidas ao caso.

**3.5.2:** O tratamento medicamentoso pode incluir até três (3) aplicações intraoculares do ranibizumabe, sendo que o valor será pago pelo **tratamento completo na criança, seja em um ou ambos os olhos**, independente do número de aplicações necessárias para que se obtenha o resultado esperado.

[...]



- 3.2. Em decorrência da nova redação da cláusula terceira do ajuste, o **Termo de Referência atualizado**, que passa a ser parte integrante do ajuste, consta no **ANEXO I deste Termo**.

**CLÁUSULA QUARTA**

- 4.1. As despesas decorrentes da presente prorrogação correrão por conta da dotação orçamentária nº 84.10.10.301.3003.2509.3.3.90.39.00.02, tendo sido emitida a Nota de Empenho nº 68412/2021 no valor de R\$ 350.411,11 (trezentos e cinquenta mil e quatrocentos e onze reais e onze centavos), para cobertura das despesas no presente exercício.

**CLÁUSULA QUINTA**

- 5.1. Ficam mantidas e inalteradas as demais Cláusulas do Contrato nº 115/2020/SMS-1/CONTRATOS no que não colidirem com o presente Termo.

E do que ficou convencionado, foi lavrado o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor, que lido e achado conforme entre as partes, vai por elas juntamente com as testemunhas assinadas.

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

  
**MARCOS ANTÔNIO MONTE**  
NEOPTAL SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

  
Edineia F. Oliveira  
COREN-SP 429008 AE  
RF 721387-5

  
Alexandre Ricoy Monteiro  
AGPP- AHM



*Confirma Despacho Autorização -  
5E1 050908826*





**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 subespecialização 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 ELETRÔNICO 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 ELETRÔNICO 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;

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

3.2.5 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.

3.2.6 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.

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





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

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

3.2.6.4 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.

3.2.7 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 Storopolli (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. Hospital Municipal e Maternidade Professor Mario Degni.
- 5.2.19. Hospital Municipal da Brasilândia.
- 5.2.20. 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 e a medicação (ranibizumabe) recomendadas para tratamento da ROP pela Sociedade de Oftalmopediatria, além de 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.

7.3.8 RANIBIZUMABE PARA USO INTRAOCULAR (10mg/ml) Descrição/Características: Medicação para tratamento da ROP por injeção intraocular com apresentação em frasco-ampola 2,3mg (0,23ml), para ser utilizada nos casos especificados em bula.

### **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 realizou 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 e 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 e ammauro@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 anestesistas 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\$ XXX (xxxxxx), 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 - FICHA DE AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA**



Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DNV: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Hospital: \_\_\_\_\_  
 RN de: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 End: \_\_\_\_\_  
 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  Sepses   
**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	



**ANEXO 1 – B do Edital  
ANEXO 2**

**“PLANILHAS SEMANAIS DE ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO”**

**Hospital e Maternidade**

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

nº	nome da mãe I RN	C Novo	Retor nº	nº prontuário	Indicação				Diagnóstico	Conduta	Intercorrência IObs
					ROP	RV	inf cg	outro			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Tratamento		Diagnóstico	observação
nº	nome da mãe RN		
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  
ANEXO 3**

**“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/lano 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				

**Outras Atividades**

S:

Data	Atividade	Público Alvo	Observações
1			
2			
3			
4			
5			



**ANEXO 1-C do Edital**

nº de visitas no mês = \_\_\_\_\_ X R\$ xxxxxx = \_\_\_\_\_ (a) TOTAL (a+b) = \_\_\_\_\_ nº de tratamentos

(laser) no mês = \_\_\_\_\_ X R\$ xxxxxx = \_\_\_\_\_ (b)

Ofthalmologista (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):





ANEXO II  
**MODELO PADRÃO DE PROPOSTA COMERCIAL**  
(uso obrigatório por todas as licitantes)

PREGÃO N.º \_\_\_\_\_ ISMSI2020  
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 6018.2020I \_\_\_\_\_

A empresa \_\_\_\_\_, estabelecida na (endereço completo), telefone, fax e endereço eletrônico, se houver, inscrita no CNPJ/MF sob o nº, neste ato representada pelo \_\_\_\_\_, cargo, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, propõe, em estrito cumprimento ao previsto no Termo de Referência, referente à Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de oftalmologia especializada em retinopatia da prematuridade, conforme abaixo discriminado:

SERVIÇOS OFTALMOLÓGICOS PARA RECÉM-NASCIDOS	QUANTITATIVO ESTIMADO	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL ANUAL (R\$)
VISITA DE AVALIAÇÃO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PACIENTES)	1092		0,00
TRATAMENTO COM FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	40		0,00
<b>TOTAL ANUAL</b>			<b>0,00</b>

OBS: PRAZO CONTRATUAL: 12 meses

A validade desta proposta é de 60 (sessenta) dias corridos, contados da data da abertura da sessão pública de Pregão.

- Para formular sua oferta, a empresa interessada deverá levar em conta todos os custos diretos e indiretos envolvidos na operação necessários ao cumprimento integral das obrigações decorrentes da contratação, considerando inclusive os pisos salariais da categoria, segundo o fixado em acordo ou convenção coletiva de trabalho, bem como os encargos sociais e tributários, devendo da proposta constar declaração expressa neste sentido, de modo que nenhuma outra remuneração seja devida em qualquer hipótese de responsabilidade solidária pelo pagamento de toda e qualquer despesa, direta ou indiretamente relacionada com a prestação dos serviços.
- Conter declaração, sob as penas da lei, de que tem condições de atender o objeto licitado, no prazo assinalado, independentemente dos demais compromissos de prestação de serviços porventura existentes, nos termos e condições estabelecidos no ANEXO I deste Edital, e de que fornecerá, caso necessário à prestação dos serviços, equipamentos, materiais e acessórios de primeira qualidade e de última geração.
- Informar que a proponente obriga-se a cumprir todos os termos do Contrato a ser firmado com a vencedora do certame.
- Informar Nome do banco, o código da agência e o número da conta corrente da empresa, para efeito de pagamento.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(nome e assinatura do representante legal da licitante)

R.G.:

Cargo: