

ANEXO I – TERMO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO

TERMO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO Nº ____/20XX

A Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), por meio de seu representante legal e da equipe de fiscalização designada, considerando o disposto no Edital de Chamamento Público nº (XX)/2025, no respectivo Termo de Referência e demais documentos contratuais, certifica que:

1. EMPRESA CONTRATADA

Razão Social: (Nome da empresa)

CNPJ: (Número do CNPJ)

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE MÓVEL

Tipo de Unidade: (Exemplo: Unidade Móvel Diagnóstico por Imagem)

Placa do Veículo (se aplicável): (Informar)

Número de Série/Identificação (se aplicável): (Informar)

Local de Instalação/Operação Inicial: (Município/UF)

3. CONDIÇÕES VERIFICADAS

Após a vistoria técnica realizada em __/2025, foram inspecionados os seguintes requisitos:

- Condições estruturais, de ambiência e segurança;
- Funcionamento adequado dos equipamentos assistenciais;
- Documentação sanitária vigente (licenças, alvarás, autorizações);
- Condições de higiene, biossegurança e controle sanitário;
- Equipe assistencial presente e completa, conforme dimensionamento aprovado;
- Sistema de abastecimento de insumos, medicamentos, EPIs e materiais operacionais;
- Acessibilidade, climatização e segurança elétrica e hidráulica adequadas;
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) implementado;
- Sistema de manutenção e calibração dos equipamentos em funcionamento.

4. META E CONDIÇÕES OPERACIONAIS

A unidade móvel deverá cumprir, no mínimo, a meta de atendimento/procedimentos estabelecida para o período de atuação, conforme pactuado:

Meta mínima de atendimentos/procedimentos: (Descrever quantitativo e tipo de serviços)

Localidade prevista para execução: (Município/UF)

A unidade somente poderá ser deslocada para outro território quando:

- a) A meta for integralmente atingida;
- b) For constatada a ociosidade dos serviços, mediante justificativa técnica da contratada e validação da fiscalização da AgSUS;
- c) Houver solicitação expressa da AgSUS;

Alterações de localidade e tempo de permanência poderão ser realizadas pela AgSUS, mediante aviso prévio e com base nas necessidades assistenciais identificadas.

5. DECLARAÇÃO DE APTIDÃO

Atestamos que a unidade móvel inspecionada encontra-se APTA PARA INÍCIO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS, estando em conformidade com as exigências técnicas, operacionais e sanitárias previstas no edital, no Termo de Referência e na legislação vigente.

Este Termo permanecerá vigente enquanto perdurarem as condições verificadas na vistoria, podendo ser revogado em caso de descumprimento de obrigações contratuais, sanitárias ou técnicas.

Brasília/DF, ____ de _____ de 20XX.

FISCAL TÉCNICO DESIGNADO

Nome: _____

Matrícula: _____

Cargo/Função: _____

Assinatura: _____

REPRESENTANTE DA AGSUS

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Assinatura: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO DA CONTRATADA

Nome: _____

CPF: _____

Conselho Profissional (se aplicável): _____

Assinatura: _____

LISTA DE CHECAGEM – VISTORIA TÉCNICA – TIPOLOGIA 2 SAÚDE DA MULHER

1. Identificação Geral da Vistoria

Data da Vistoria: ____/____/____

Hora: _____

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____

Local da Vistoria: _____

Representante da Empresa no momento da vistoria _____

Cargo do Representante: _____

CPF: _____

Responsável AgSUS: _____

CPF: _____

2. Documentação Obrigatória

2.1 Placa do Semi-Reboque: _____

2.2 Apresentou documentação obrigatória

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

2.3 Certificado de Responsabilidade Técnica

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

2.4 Plano de manutenção preventiva, corretiva e calibragem de equipamentos (cronograma de manutenção, identificação dos responsáveis técnicos, cópias das certificações, licenças e registros exigidos dos órgãos

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

3. Estrutura Física

3.1 Comprimento mínimo de 11 metros do semi-reboque

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

3.2 Largura externa total de 2,60 metros

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

3.3 Presença de compartimentos laterais retráteis

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

3.4 Veículo devidamente plotado com identidade visual exigida pelo projeto

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

4. Ambiente: Sala de Espera (Estrutura Externa)

4.1 Tenda com no mínimo 100m² com iluminação

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

4.2 Ar-condicionado (18.000 btu) para tenda

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

4.3 Longarina ou cadeira com capacidade para atender no mínimo 60 pessoas

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

4.4 Bebedouro com fornecimento de água potável

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

5. Ambiente: Sala de Acolhimento Pré-Exame

5.1 Ar-condicionado (climatização)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6. Ambiente: Consultório Ginecológico

6.1 Mesa/Cadeira ginecológica

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.2 Cadeira

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.3 Escada com dois degraus

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.4 Colposcópio

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.5 Aparelho de Ultrassom Diagnóstico

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.6 Certificado de calibração e controle de qualidade do Aparelho de Ultrassom

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.7 Mesa auxiliar (40x40x80)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.8 Mesa de trabalho ou bancada (200x60x90)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.9 Armário para insumos (100 a 210 cm de altura e 70 a 110 cm de largura)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.10 Termohigrômetro

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

6.11 Ar-condicionado

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

7. Ambiente: Sala de Mamografia

7.1 Mamógrafo

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

7.2 Certificado de calibração e controle de qualidade do Mamógrafo

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

7.3 Mesa auxiliar (40x40x80)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

7.4 Termohigrômetro

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

7.5 Ar-condicionado

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8. Ambiente: Sala de Pequenos Procedimentos Ambulatoriais

8.1 Mesa Ginecológica

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.2 Escada com dois degraus

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.3 Mesa auxiliar (40x40x80)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.4 Termohigrômetro

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.5 Ar-condicionado

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.6 Dispositivo de Termocoagulação Cervical Criocautério/Cauterizador

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.7 Certificado de calibração e controle de qualidade do Dispositivo de Termocoagulação

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.8 Bisturi Elétrico ou Eletrocautério

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.9 Certificado de calibração e controle de qualidade do Bisturi Elétrico ou Eletrocautério

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

8.10 Pistola para Biópsia Mamária

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

9. Ambiente: Compartimentos Técnicos

9.1 Gerador de energia

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

9.2 Equipamentos de TI e conectividade

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

9.3 Estoque de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

9.4 Central de Material de Esterilização (CME)

Em conformidade: ☐ Sim ☐ Não

Observações: _____

Responsável pela Vistoria Técnica – AgSUS:

Nome: _____ Assinatura: _____

Responsável Técnico da Empresa:

Nome: _____ Assinatura: _____

Local e data

_____, ____ de _____ de 20__

