

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 Cardiologia)

Placa do Veículo (baú/carroceria): (Informar)

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

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

3. CONDIÇÕES VERIFICADAS

Após a vistoria técnica realizada em __/2026, 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, o quantitativo de atendimento/procedimentos estabelecida para o período de atuação, conforme pactuado:

Descrever quantitativo e tipo de serviços a ser prestado:

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: _____