|  |  |
| --- | --- |
| **Ensaio de Proficiência em Microbiologia de Alimentos**  **52ª Rodada – Contagem de Estafilococos Coagulase Positiva em Leite** | **Código do EP**  MIB 52/24 |
| **Data**  **06/05/2024** |

|  |
| --- |
| TERMO DE ACEITE de ENSAIO DE PROFICIÊNCIA |

**Este documento formaliza o fornecimento de serviços para saúde entre o Solicitante, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS e a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – Fiotec**.

1 – CONDIÇÃO PRÉVIA

O Ensaio de Proficiência só poderá ser realizado após a aprovação da solicitação pela Comissão do Programa de Ensaios de Proficiência (CPEP) do INCQS, através do e-mail: [incqs.ep@fiocruz.br](mailto:incqs.ep@fiocruz.br).

Todos os requisitos técnicos para participação no ensaio de proficiência estão descritos no Protocolo da Rodada – MIB 52/24 e suas revisões.

Ao assinar o presente Termo, o Solicitante confirma que está ciente e de acordo com as condições expressas no protocolo acima e firma compromisso no cumprimento de todas as condições.

2 – SERVIÇO

2.1. Local:

O serviço será realizado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS – localizado na Fiocruz - Rio de Janeiro, salvo em condições excepcionais aprovadas pela CPEP.

2.2. Distribuição e recebimento do Item de Ensaio:

As condições de distribuição estão descritas no item 7 e a de recebimento no item 8 do Protocolo da Rodada.

2.3. Entrega de resultado

O serviço fornecido é a avaliação do resultado enviado pelo laboratório e a publicação no Relatório da Rodada conforme definido no item 16 do Protocolo da Rodada, sendo este emitido pelo Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde – INCQS e divulgado na página da internet ([www.incqs.fiocruz.br/ep](http://www.incqs.fiocruz.br/ep)), em acordo com os critérios de confidencialidade constante no item 17 do Protocolo da Rodada.

3 – CLÁUSULA DE RESERVA

O INCQS, por meio da CPEP tratará das questões não previstas neste Termo, as quais devem ser encaminhadas para o e-mail: [incqs.ep@fiocruz.br](mailto:incqs.ep@fiocruz.br)

4 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1. Pelo serviço descrito, o Solicitante pagará ao INCQS, em até 2 dias antes do envio do Item de Ensaio, através da Fiotec a quantia em parcela única, conforme estabelecido na [Portaria Fiocruz](https://www.incqs.fiocruz.br/images/stories/incqs/diretoria/Portaria_132_2024_Presidencia_PRECOS_INCQS.pdf) disponibilizada no site do INCQS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **SERVIÇO** | **VALOR DA TAXA** |
| EP\_RE | Participação em rodada de Ensaios de Proficiência | R$ 750,00 por participação |

4.2. O pagamento deverá ser por depósito em conta corrente da Fiotec, tais como: transferência online, PIX e crédito em conta específica indicada abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BANCO** | **AGÊNCIA** | **CONTA CORRENTE** |
| BRADESCO | 3002 | 0016719-3 |

4.3. O serviço será faturado pela Fiotec:

Fiotec - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

CNPJ: 02.385.669/0001-74

Av. Brasil, 4036 – CEP: 21040-361 – Manguinhos / RJ

Inscrição Est. 77.469.770 – Inscrição Mun. 02.420228

5 – INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo: | | Privado ou Governamental |
| Razão Social: | |  |
| Nome a constar na declaração de participação | | Nome do setor, laboratório ou instituição que constará na declaração |
| CNPJ: | |  |
| Inscrição Estadual: | |  |
| Inscrição Municipal: | |  |
| Endereço: | | Endereço completo, para envio do Item de Ensaio, com o CEP |
| Contato | Nome | Nome do contato à quem será enviado toda a comunicação |
| Telefone | Com DDD |
| E-mail | Preferencialmente 2 e-mails de contato |

***A NF será preenchida automaticamente com os dados do CNPJ constantes na Receita Federal***

6 – DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. Os resultados obtidos na execução dos serviços pertencem ao Solicitante.

6.2. Entretanto, fotos, logos e imagens da Fiocruz ou de qualquer um dos seus Institutos, não podem ser utilizados pelo Solicitante para fins de divulgação, exceto quando houver autorização formal e prévia da Instituição.

6.3. O INCQS não disponibilizará quaisquer informações consideradas como material confidencial pelas Partes.

6.4. Os resultados poderão ser utilizados em trabalhos e publicações pelo INCQS respeitando-se a confidencialidade dos laboratórios.

Declaro que li e aceito as condições anteriormente apresentadas.

Local,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: Responsável Técnico ou Representante Legal

CPF:

(**Pode ser assinado eletronicamente**)