
	TERMO DE REFERÊNCIA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E/OU FORNECIMENTO DE PRODUTO	Código: COM.FR.0009		
		Data da Elaboração: 13/07/2014	Revisão 003	

FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO (OBJETO - Descrever de forma sucinta o serviço/produto a ser contratado e especificar a unidade hospitalar a obter o serviço/produto)

O objeto deste termo de referência é a Locação de espaço físico para fins comerciais, com serviços de lanchonete, refeições, cardápio básico de gênero alimentício, nas dependências da Locadora.

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: 17/06 /2019

Limite para o recebimento das propostas: às 18h:00 min do dia 24 /06/2019

OBS.: O fechamento e negociação das propostas será no primeiro dia subsequente ao limite de recebimento das propostas. As propostas deverão ser entregues somente no e-mail abaixo.

DÚVIDAS: Será permitido esclarecimento de dúvidas até 02 (Dois) dias úteis anteriores à data fixada para limite de recebimento das propostas, somente através dos seguintes contatos:

- E-mail: compras@hejsn.aebes.org.br (Prioridade)
- Hospital Jayme Santos Neves: (27) 3331-7542 / 3331-7543
- Hospital Evangélico de Vila Velha e Maternidade Municipal de Cariacica: (27) 2121-3778 / 2121-3786

2. CRITÉRIO DE JULGAMENTO PARA AQUISIÇÃO:

- () Menor Preço
 () Melhor Técnica
 (X) Melhor Preço e Técnica
 () Outro – Descrever:

3. DADOS DA CONTRATANTE

Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense – AEBES, Mantenedora de uma unidade de saúde própria e gestora de outras duas unidades de saúde, é responsável pela gestão de mais de 650 leitos e aproximadamente 3.000 (Três mil) funcionários diretos. As três unidades de saúde são:

- **Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves (HEJSN):** Av. Paulo Pereira Gomes, s/n, Morada de Laranjeiras – Serra – ES. CEP: 29.166-828; CNPJ 28.127.926/0002-42
- **Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV):** Rua Vênus s/n – Bairro Alecrim – Vila Velha – ES – CEP: 29.118-060; CNPJ 28.127.926/0001-61
- **Maternidade Municipal de Cariacica (MMC):** Rua Antônio Leandro da Silva, 145, Alto Laje, Cariacica/ES - CEP 29.151-035;

4. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Descrever: Informar detalhadamente todas as especificações do serviço/produto necessários. Caso seja necessário a contratação de ambos os casos, especificar no item 4.1 Serviço e no 4.2 Produtos.

Fornecer ao público cardápio básico, sendo vetado a comercialização de bebidas alcoólicas ou cigarros;

Os alimentos e bebidas utilizados na Lanchonete, para comercialização, deverão ser de primeira qualidade e seu preparo deverá estar de acordo com as normas sanitárias de higiene, aparência e paladar.

O horário de funcionamento da Lanchonete deverá ser minimamente das 6h as 20h, de segunda a domingo, incluindo feriados;

A Locatária deverá equipar o local cedido pela Locadora com maquinário, móveis e utensílios apropriados para o funcionamento da lanchonete sendo de sua responsabilidade as reposições, manutenções preventivas e corretivas dos mesmos;

A Locatária deverá encaminhar à Locadora um cronograma de manutenção preventiva assim como os relatórios de cumprimento deste cronograma. Deverá encaminhar ainda relatórios de manutenções corretivas e melhorias estruturais que vierem a ser realizadas;

A contratação dos colaboradores, necessários para o serviço, assim como o fornecimento de uniformes e equipamentos necessários para manipulação dos alimentos deverá ser de responsabilidade da Locatária;

A Locatária deverá manter em local de fácil visualização a tabela de preços dos produtos a venda;

A Locatária deverá realizar limpeza local diária de pisos, paredes, utensílios e equipamentos fornecendo todo material necessário para a realização deste serviço;

A Locatária deverá cumprir os quesitos de boas práticas da Portaria nº 1428/93 do MS;

A Locatária deverá preceder à autorização da Locadora quaisquer benfeitorias estruturais que desejar realizar no ambiente, cabendo a Locatária todo custeio de materiais e mão de obra para realização da mesma;

A Locatária deverá realizar inventário físico de todos os equipamentos e utensílios de sua propriedade, utilizados na execução do objeto do contrato, em até 7 dias após a instalação dos mesmos, e encaminhar à Locadora o inventário realizado;

7. FORMA DE REMUNERAÇÃO

- **Importante:** Os pagamentos serão condicionados a depósito bancário, sendo realizado conforme proposta apresentada pelo fornecedor/prestador e/ou acordo firmado em contrato com ambas as partes.

Pagamento mensal mínimo de R\$ 10.492,61 com reajuste anual de acordo com o índice de IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) acumulado no período;

8. A VIGÊNCIA DO CONTRATO

60 (sessenta) meses condicionado à renovação do contrato de Gestão. (Caso seja contrato de adesão deve ser enviado o contrato juntamente com o orçamento)

Importante: Nos casos específicos de contratação com o Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves, deverá ser observada a vigência do Contrato de Operacionalização do referido Hospital com a SESA – Secretaria de Saúde do Espírito Santo. Caso o mesmo seja rescindido durante a vigência do contrato, não haverá penalidades contratuais para nenhuma das partes em caso de rescisão.



FICHA DE REGISTRO DO PRESTADOR DE SERVIÇO



Razão Social:

Nome Fantasia:

Endereço:

CEP:

Cidade:

UF:

Tel.:

E-mail:

Representante(s) legal(s) do Contrato Social:

Tel:

Tempo previsto para realização do trabalho:

Previsão de Início do Trabalho:

Nº Total de funcionários:

Quantos atuarão na AEBES:

Nº de Sócios:

Quantos atuarão na AEBES:

1. Descrição sumária das atividades:

2. Setores de atuação:

3. Listar os materiais a serem utilizados (máquinas, equipamentos, dosímetros, ferramentas e outros) e produtos químicos:

4. Definir os momentos de ruídos, odor intenso, necessidade de Paralisação ou outro fator que podem intervir na rotina diária dos empregados da AEBES:

5. Informar quais os equipamentos de proteção individual - EPI's serão utilizados, com respectivo Nº do Certificado de Aprovação – CA do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE

6. Indicar um empregado para compor a CIPA, conforme NR 05 - Contratantes e Contratadas, participando das reuniões mensais (no caso de tempo de serviço superior a seis meses). _____

7. Observações: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Prestador de Serviço _____