

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

Contratação de empresa especializada em locação de 04 aparelhos de sonar para o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: **06 / 05 / 2019**

Limite para o recebimento das propostas: às 18 h:00min do dia **25 / 05 / 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) 3331-7541 / 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

- Aluguel de 04 aparelhos de sonar;
- Transdutor de alta sensibilidade;
- Display de LCD com iluminação de fundo;

- Frequência do ultrassom de 2MHz;
- Ultrassom de baixa intensidade: <10mW/cm²;
- Faixa de medida do BCF: 50~240bpm;
- Resolução do BCF de 1 bpm;
- Precisão do BCF de ±1bpm;
- Acompanhar bateria recarregável e carregador bivolt.

5. QUALIFICAÇÃO DA EMPRESA

5.1. Documentação obrigatória para habilitação:

A empresa deve estar devidamente habilitada, consoante a legislação regulamentar, para a prestação do serviço para o qual poderá ser contratada. Devendo fornecer sempre que solicitado, as certidões de:

- Certidão Negativa de débito Estadual;
- Certidão negativa de débito emitida pela Secretaria de Fazenda do município no qual a empresa estiver sediada;
- Certidão Negativa de Débitos relativos aos tributos federais e dívida ativa da União;
- Certidão Negativa de débitos Trabalhistas emitida pelo site do Ministério do Trabalho e Emprego;
- Certidão de Regularidade do FGTS.
- Alvará de funcionamento e demais alvarás obrigatórios em relação ao ramo de atividade desenvolvida. (Exemplos: Alvará de vigilância sanitária e corpo de bombeiro);
- Certidão de regularidade técnica (CRT), se houver imposição legal para o ramo de atividade;
- Anotação de responsabilidade técnica (ART), se houver imposição legal para o ramo de atividade;
- Contrato social e alterações;
- Carta de Exclusividade se for o caso.

5.2. Documentação Específica exigida do serviço/produto:

- Licenças: Sanitária, Ambiental, Anvisa e o responsável técnico registro CREA.
- **Importante:** Caso o serviço a ser prestado tenha necessidade de alocar pessoa(s) na CONTRATANTE, será solicitado a apresentação da documentação exigida pelo SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) descrita no Anexo II – [Solicitação de documentos a terceiros, após análise do Anexo I – Ficha de Registro do Prestador de Serviços](#) referente ao Manual de terceiros, o qual é parte integrante do presente documento. O Anexo II será enviado pelo SESMT caso necessário.
- **Importante:** Nas contratações que envolverem a prestação de serviços, serão retidos na fonte os tributos federais.

6. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA E FORMA DE REMUNERAÇÃO

- No serviço da contratada, deverão estar previstos:
 - 1 – Manter o equipamento em perfeitas condições de uso.
 - 2 – Em caso de problema nos equipamentos a CONTRATANTE fará contato com a CONTRATADA, via e-mail através da equipe de Engenharia Clínica. A CONTRATADA tem até 48 h para atender o chamado.
 - 3 – Apresentar Ordem de serviço para todas as atividades executada na CONTRATANTE, assinadas pelo técnico executante.
 - 4 – Apresentar relatórios técnicos sempre que constatado irregularidades.
 - 5 – Identificar, uniformizar todo e qualquer funcionário que necessite adentrar nas dependências da CONTRATANTE.
 - 6 – Havendo alguma eventualidade com os equipamentos locados, a empresa contratada deverá apresentar prazo para disponibilização de um novo equipamento, sendo este inferior a 24 horas.
 - 7 – Realizar os serviços conforme preceitua o objeto deste contrato, nos locais e condições que melhor atenderem as necessidades e convenientes da CONTRATANTE.
 - 8 – Responsabilizar-se por todos os riscos e despesas decorrentes da contratação de funcionários utilizados na execução do presente contrato, bem como responsabilizando quanto ao comportamento e

eficiência deles.

9 – Reparar, dentro dos prazos e condições determinadas pela CONTRATADA, todas as falhas constadas nos serviços objeto deste contrato. Havendo necessidades visitas ou corretivas com necessidade de manutenção, despesas aéreas, translados aeroporto / hospital, diárias de hotéis e refeições, será de responsabilidade da CONTRATADA, devendo a CONTRATANTE informa com no mínimo de 07 dias de antecedência caso necessidade de visita.

10 – Manter sigilo das informações das amostras analisadas.

11 – Em caso de problema com peças nos equipamento, fica por conta da CONTRATADA todas as despesas de troca dos itens necessários.

12 – A CONTRATADA deverá apresentar laudos de manutenções preventivas, calibração e teste de segurança elétrica, conforme cronograma pré estabelecido por ambas as partes.

- **Importante:** Não é permitida a contratada a subcontratação total ou parcial do objeto deste contrato, bem como sua cessão ou transferência, total ou parcial.
- **Importante:** É expressamente vedado a qualquer das partes desconto ou cobrança de duplicata através de rede bancária ou de terceiros, bem como a cessão de crédito dos valores objetos deste contrato ou sua dação em garantia.

7. FORMA DE REMUNERAÇÃO

- **Importante:** Os pagamentos serão condicionados à apresentação mensal da Nota Fiscal dos serviços executados/produtos entregues, **acrescida das certidões negativas (Conforme item 5.1), que comprovem a regularidade fiscal da CONTRATADA, sendo pago em até 15 (quinze) dias após a data de emissão da nota fiscal.**
- Em caso de descumprimento das obrigações, a CONTRATANTE se reserva no direito de emitir notificação de descumprimento das normas internas e/ou contratuais, e, havendo reincidência desta, caberá imposição de glosa, iniciando em 05%(cinco por cento), e de forma progressiva aumentará mais 5% (cinco por cento), até o limite de 20% (vinte por cento) do valor mensal do contrato. O contrato poderá ser rescindido sem qualquer ônus pela CONTRATANTE após a reincidência de glosas.

8. A VIGÊNCIA DO CONTRATO

12(doze) meses. **(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_____ |