AEBES	**BRIEFING PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E/OU FORNECIMENTO DE PRODUTO**	Código: COM.FR.0007	
		Data da Elaboração: 13/07/2014	Revisão 001 15/10/2015

FINALIDADE DO PROCESSO: CONTRATAR Empresa especializada em manipulação de Nutrição Parenteral (NPT) adulto e infantil

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: 29/08/2016

Limite para o recebimento das propostas: às 9h:00 min do dia 01/09/2016.

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@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;

Importante: Este processo é prioritariamente para o **Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves (HEJSN)**, podendo se estender para as demais Unidades, caso haja o interesse de ambas as partes.

4. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Conforme a RDC 272/98 ANVISA/MS entende-se por Nutrição Parenteral a solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas. Dessa forma a empresa vencedora do processo licitatório deverá fornecer obrigatoriamente, NPT manipulada de acordo com a prescrição médica, garantindo sua condição estéril e apirogênica. O custo de cada NPT variará de acordo com a tabela de preços abaixo, considerando-se a menor unidade utilizada na manipulação das bolsas de NPT.

Nutrição Parenteral Adulto		
Produto	Valor	Unidade
Até 500mL de Aminoácidos 10%		mL
De 501mL a 600mL de Aminoácidos 10%		mL
De 601mL a 700mL de Aminoácidos 10%		mL
De 701mL a 800mL de Aminoácidos 10%		mL
De 801mL a 900mL de Aminoácidos 10%		mL
De 901mL a 1000mL de Aminoácidos 10%		mL
De 1001mL a 1100mL de Aminoácidos 10%		mL
De 1101mL a 1200mL de Aminoácidos 10%		mL
Oligoelementos Adulto		ampola
Oligoelementos Pediátrico		ampola
Cerne -12		mL
Polivitamínico Frutovitam		ampola
Glycophós		ampola 20mL
Complexo B		ampola
Sulfato de Zinco		ampola 5mL
Glutamina (Dipeptiven)		mL
Lipídio LCT/MCT 20%		mL
Lipídio 20% (Smoflipid)		mL
Bolsa EVA 150mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 500mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 1000mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 2000mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 3000mL + saco fotoprotetor		Unidade
Taxa de preparo		Unidade

Importante: bolsas que possuem fotoproteção não será necessário o fornecimento de sacos fotoprotetores.

Nutrição Parenteral Adulto - Nefropata		
Produto	Valor Cobrado	Unidade
Até 500mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 501mL a 600mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 601mL a 700mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 701mL a 800mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 801mL a 900mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 901mL a 1000mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 1001mL a 1100mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 1101mL a 1200mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 1201mL a 1300mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
De 1301mL a 1400mL de Aminoácidos 10% específicos para nefropata		mL
Oligoelementos Adulto		ampola
Oligoelementos Pediátrico		ampola
Cerne -12		mL
PolivitamínicoFrutovitam		ampola
Glycophós		ampola 20mL
Complexo B		ampola
Sulfato de Zinco		ampola 5mL
Glutamina (Dipeptiven)		mL
Lipídio LCT/MCT 20%		mL
Lipídio 20% (Smoflipid)		mL
Bolsa EVA 150mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 500mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 1000mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 2000mL + saco fotoprotetor		Unidade
Bolsa EVA 3000mL + saco fotoprotetor		Unidade
Taxa de preparo		Unidade

Nutrição Parenteral Adulto - Hepatopata		
Produto	Valor Cobrado	Unidade
Até 500mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 501mL a 600mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 601mL a 700mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 701mL a 800mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 801mL a 900mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 901mL a 1000mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 1001mL a 1100mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 1101mL a 1200mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 1201mL a 1300mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
De 1301mL a 1400mL de Aminoácidos 10% específicos para hepatopata		mL
Oligoelementos Adulto		ampola
Oligoelementos Pediátrico		ampola

Cerne -12		mL
PolivitamínicoFrutovitam		ampola
Glycophós		ampola 20mL
Complexo B		ampola
Sulfato de Zinco		ampola 5mL
Glutamina (Dipeptiven)		mL
Lipídio LCT/MCT 20%		mL
Lipídio 20% (Smoflipid)		mL
Bolsa EVA trilaminar 150mL		Unidade
Bolsa EVA trilaminar 500mL		Unidade
Bolsa EVA trilaminar 1000mL		Unidade
Bolsa EVA trilaminar 2000mL		Unidade
Bolsa EVA trilaminar 3000mL		Unidade
Taxa de preparo		Unidade

Nutrição Parenteral Infantil		
Produto	Valor cobrado	Unidade
Até 50mL de Aminoácidos 10%		mL
De 51mL a 100mL de Aminoácidos 10%		mL
De 101mL a 150mL de Aminoácidos 10%		mL
De 151mL a 200mL de Aminoácidos 10%		mL
De 201mL a 250mL de Aminoácidos 10%		mL
De 251mL a 300mL de Aminoácidos 10%		mL
De 301mL a 350mL de Aminoácidos 10%		mL
De 351mL a 400mL de Aminoácidos 10%		mL
De 401mL a 450mL de Aminoácidos 10%		mL
De 451mL a 500mL de Aminoácidos 10%		mL
De 501mL a 550mL de Aminoácidos 10%		mL
De 551mL a 600mL de Aminoácidos 10%		mL
De 601mL a 550mL de Aminoácidos 10%		mL
De 651mL a 700mL de Aminoácidos 10%		mL
Oligoelementos Adulto		ampola
Oligoelementos Pediátrico		ampola
Cerne -12		ampola
PolivitamínicoFrutovitam		ampola
Glycophós		ampola 20mL
Complexo B		ampola
Sulfato de Zinco		ampola 5mL
Glutamina (Dipeptiven)		mL
Lipídio LCT/MCT 20%		mL
Lipídio 20% (Smoflipid)		mL
Bolsa EVA trilaminar 150mL		Unidade

Bolsa EVA trilaminar 500mL		Unidade
Bolsa EVA trilaminar 1000mL		Unidade
Bolsa EVA trilaminar 2000mL		Unidade
Bolsa EVA trilaminar 3000mL		Unidade
Taxa de preparo		Unidade

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;
- Apresentação da Carta de Referência emitida por duas empresas atestando a capacidade técnica nos casos em que se aplicar;
- Carta de Exclusividade se for o caso.

5.2. Documentação Específica exigida do serviço/produto:

- Contrato Social e suas alterações: Cópias da Carteira de Identidade, CPF, do profissional que vier a desenvolver atividade no âmbito do Hospital com a finalidade de cumprir com o objeto desse contrato;
- Certidões de regularidade fiscal que comprovem *status negativo* junto à Receita Federal, Instituto Nacional de Seguridade Social, Secretaria Municipal de Finanças de Vila Velha, neste Estado do Espírito Santo ou da sede da CONTRATADA;
- Certidões negativas de débitos Estaduais e Municipais; Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, Certidão de Dívida Ativa da União, Certidão de Débitos junto ao INSS e Certificado de Regularidade.
- **Importante:** Nas contratações que envolverem a prestação de serviços, serão retidos na fonte os tributos federais.

6. OBRIGAÇÕES DA EMPRESA VENCEDORA E FORMA DE REMUNERAÇÃO

- Enviar diariamente à CONTRATANTE, relatório com a produção diário por paciente e fórmula manipulada;
- Enviar mensalmente à CONTRATRANTE as análises microbiológicas das amostras diárias de NPT;
- Manipular as NPT mediante prescrição médica a ser enviada diariamente pela CONTRATANTE (exclusivamente Farmácia) até às 10h30min, por meio de e-mail ou fax.
- A empresa vencedora deverá realizar a entrega das MPT manipulada até no máximo 16h00min;
- **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. ESTIMATIVA CONSUMO

Serão fornecidas mensalmente, em média, 240 bolsas de NPT infantil e 40 bolsas de NPT adulto, estando este quantitativo sujeito às alterações para mais ou para menos, conforme o perfil de pacientes, sem ônus à AEBES.

8. FORMA DE REMUNERAÇÃO

Os pagamentos serão realizados 30 dias após a emissão da Nota Fiscal com as evidências do fornecimento, como relatório diário de produção por paciente e fórmula e envio mensal laudo de análises microbiológicas realizadas nas amostras de NPT manipuladas no mês referente ao pagamento.

9. A VIGÊNCIA DO CONTRATO

12(doze) meses.

Importante: Especificamente para contratação de produtos/serviços para 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 haverão penalidades contratuais para nenhuma das partes.

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_____