
	BRIEFING PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E/OU FORNECIMENTO DE PRODUTO	Código: COM.FR.0009		
		Data da Elaboração: 13/07/2014	Revisão 000	

FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO *Contratação de empresa especializada no fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) em consignação, para realização de Cirurgias eletivas, urgência e emergência. Com disponibilização de equipe técnica de apoio e equipamentos em regime de comodato sem nenhum custo para o Hospital Estadual Dr Jayme Santos Neves.*

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: 08/11/2017

Limite para o recebimento das propostas: às 23h:59 min do dia 17/11/2017

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;

4. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

4.1. Produtos

CIRURGIA VASCULAR		Qtde Mensal
COD SUS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	
0702040380	FIO GUIA DIRIGIVEL 0,018	05
0702040380	FIO GUIA DIRIGIVEL 0,014	05
0702040398	GUIA E FILTRO P/ VEIA CAVA REMOVIVEL	02
NEUROLOGIA		
COD SUS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	
0702010227	CLIP TEMPORÁRIO	10
0702010235	CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIRURGIA	10
ORTOPEDIA		
COD SUS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	
FORA DA TABELA SUS	MICRO PLACA RECONSTRUÇÃO 1,5MM	05
FORA DA TABELA SUS	MICRO PLACA RETA DCP 2,7MM	05
FORA DA TABELA SUS	MICRO PLACA L 2,0MM	05
FORA DA TABELA SUS	FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO(KIT)	02
FORA DA TABELA SUS	CONECTOR BARRA BARRA (COMPONENTE FIXADOR TUBO A TUDO REPOSICAO)	10
FORA DA TABELA SUS	CONECTOR BARRA PINO(COMPONENTE FIXADOR TUBO A TUDO REPOSICAO)	10
FORA DA TABELA SUS	CONECTOR BARRA PARA FIXADOR(COMPONENTE FIXADOR TUBO A TUDO REPOSICAO)	10
0702030384	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR (KIT ELIZAROV)	01
0702030805	PINO DE SHANTZ	20
0702030660	PARAFUSO CORTICAL 1,5 MM	10
0702030678	PARAFUSO CORTICAL 2,0 MM	10
0702030686	PARAFUSO CORTICAL 2,7 MM	10
0702030953	PLACA EM L 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	10
0702030988	PLACA EM T 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	10
0702031070	PLACA SEMITUBULAR 2,7 MM (INCLUI PARAFUSOS)	10
0702031305	PLACA 1/3 TUBULAR 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	02
0702031313	PLACA EM L 1,5MM (INCLUI PARAFUSOS)	02
0702031330	PLCA EM T 2,0MM (INCLUI PARAFUSOS)	02
0702031356	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 2,0MM (INCLUI PARAFUSOS)	02
0702031364	MINI PLACA EM T OU L	05
0702050199	FIO MALEAVEL DE CERCLAGEM, DE TITANIO, P/ COLUNA, METAFISE E DIAFISE TAMANHO 0,6	10
0702050199	FIO MALEAVEL DE CERCLAGEM, DE TITANIO, P/ COLUNA, METAFISE E DIAFISE TAMANHO 0,8	10
0702050199	FIO MALEAVEL DE CERCLAGEM, DE TITANIO, P/ COLUNA, METAFISE E DIAFISE TAMANHO 1,0	10

4.2 – Serviços:

Fornecer ao Cirurgião apoio técnico no manejo, utilização e descarte dos OPMEs, de forma integral em dias letivos e horário comercial, e sobreaviso noturnos, finais de semana e feriados.

Habilitação exigida: Instrumentação Cirúrgica;

A empresa deverá disponibilizar:

4.2.1 Ferramentas e equipamentos para execução dos serviços tais como:

- *cx furadeira*
- *cx retirada de fixador externo*
- *perfurador a baterial M7-150*

4.2.2 Equipamentos necessários para o desempenho das funções e equipamentos de proteção individual para os funcionários que exercerem suas atividades conforme as normas vigentes.

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:

- 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:

- **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

- *Fornecer OPME devidamente registrada na ANVISA;*
- *Abastecer estoque consignável a quantidade mínima permitida pela instituição*
- *Emitir Nota Fiscal para cada procedimento com utilização do OPME em até 48 horas após a solicitação de reposição, identificando na Nota Fiscal o lote e validade e código SUS, quando este for compatível com a tabela SIGTAP.*
- *Informar lote dos materiais utilizados após o ato cirúrgico a Central de OPME, a fim de garantir a confirmação de uso nas caixas e rastreabilidade do produto.*
- **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. *O pagamento do contrato, se dará através de análises de relatórios que evidenciem a utilização do produto faturado, sendo A nota fiscal deverá ser emitida num prazo de até 3 dias contados a partir da solicitação de reposição/faturamento. Notas Fiscais emitidas do dia 01 ao dia 15, o pagamento será no dia 05 do mês subsequente. Notas Fiscais emitidas do dia 16 ao último dia do mês (30 ou 31) o pagamento será no dia 20 do mês subsequente.*

- **8. A VIGÊNCIA DO CONTRATO**

1 ano (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 _____