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

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ALUGUEL DE EQUIPAMENTO DE  
07 BIPAPS**

**1. IMPORTANTE:**

Data da Publicação: 12/12/2017

1. Limite para o recebimento das propostas: 15 dias após a publicação

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](mailto: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**

Modos de Ventilação: CPAP, S, S/T, T, PC + a função AVAPS  
 Intervalo de pressão: IPAP 4 a 30 cm H2O  
 EPAP 4 a 25 cm H2O  
 CPAP 4 a 20 cm H2O  
 Define pressão fixa: Sim

Define Pressão Automática: Não  
Volume Corrente: 200 à 1500 ml  
Frequência Respiratória: 0 a 30 RPM  
Inspiração com tempo controlado: 3.0 à 5.0 segs  
Rampa: 0 a 45 min. (incrementos de 5 min.)  
Alívio de pressão: Bi-Flex  
Compensa vazamento: Sim  
Voltagem: 100 V – 240 V (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:

- 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

- 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 48 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 da

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 CONTRADADA 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.**

## **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:

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 \_\_\_\_\_