
	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 para o fornecimento de tiras teste para Teste Laboratorial Remoto (TRL) ou Teste Laboratorial Portátil (TLP), bem como os equipamentos para o grupo AEBES

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: 30/05/2016

Limite para o recebimento das propostas: às 15:00 h: 00 min do dia 01 / 06 /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, são 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

Prestação de serviço de fornecimento de tiras teste para Teste Laboratorial Remoto (TRL) ou Teste Laboratorial

Portátil (TLP).

- O abastecimento será realizado a cada 10 dias, ou conforme demanda programada;
- Os pedidos serão entregues nas respectivas unidades, conforme os pedidos realizados:
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
Estando o Hospital Evangélico de Vila Velha, apto a receber para a Maternidade Municipal de Cariacica (MMC).
- Os aparelhos para a realização do TRL deverão ser de fácil manuseio, calibração e entendimento.
- Deverá ser fornecido solução controle para realização de teste mensal dos aparelhos, avaliando se o mesmo apresenta variações glicêmicas.
- Faz-se necessário o fornecimento de baterias para os aparelhos.
- Deverá ser fornecido o quantitativo de aparelhos em processo de comodato necessários para a verificação glicêmicas dos pacientes da instituição, bem como suporte técnico para qualquer eventualidade.

HOSPITAL JAYME	UTI GERAL	UTI NEO	UTI/CTQ	UIS	PID	AMBUL ATÓRIO	APARELH OS PARA BACK-UP	
QUANTIDADE	10	10	5	45	4	2	10	86
HOSPITAL EVANGÉLICO	UTIS/UADC (LEITOS FECHADOS)	2º ANDAR	4º ANDAR	5º ANDAR	URG E EMERG	AMBUL ATÓRIO	APARELH OS PARA BACK-UP	86
QUANTIDADE	52	8	5	5	4	2	10	
MATERNIDA DE	CC	ENFER MARIA A	ENFERMA RIA B	ACOLHIME NTO			PAPAREL HOS PARA BACK-UP	8
QUANTIDADE	1	2	2	1			2	

- Fornecer aparelhos para de back-up caso necessário ou troca, ficando estes sob a guarda da Engenharia Clínica.

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:

- Apresentação da Carta de Referência emitida por duas empresas atestando a capacidade técnica nos casos em que se aplicar;
- *Descrever: Informar todos os certificados, diplomas e/ou comprovantes necessários para prestação do serviço ou aquisição do 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

- Estima-se um consumo mensal total de 16.000 unidades de tiras por mês, para atender a prescrição médica.
- A empresa deverá entregar os produtos no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas após o recebimento do pedido de compra enviado pelo Setor de compras contratante
- *Deverá ser fornecido o quantitativo de aparelhos necessários para a verificação glicêmicas dos pacientes da instituição, bem como suporte técnico para qualquer eventualidade.*
- *Fornecer solução controle para realização de teste mensal dos aparelhos, avaliando se o mesmo apresenta variações glicêmicas e baterias reserva.*
- *Apresentar programa com fornecimento de dados que possibilitem a impressão dos resultados para comparação com o protocolo glicêmico da instituição.*
- *Informar qualquer eventualidade que ocorra quanto ao cancelamento, suspensão e uso dos equipamentos fornecidos.*
- Informar antecipadamente sobre um possível desabastecimento, para não colocar em risco a integridade do serviço prestado ao paciente.
- **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:		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:			
<hr/> <hr/>			
2. Setores de atuação:			
<hr/>			
3. Listar os materiais a serem utilizados (máquinas, equipamentos, dosímetros, ferramentas e outros) e produtos químicos:			
<hr/> <hr/>			
4. Definir os momentos de ruídos, odor intenso, necessidade de Paralisação ou outro fator que podem intervir na rotina diária dos empregados da AEBES:			
<hr/> <hr/>			
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			
<hr/> <hr/>			
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 _____