**FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO: O objeto do presente documento é a contratação de empresa para fornecimento de equipos de infusão de dieta enteral e cessão gratuita, em regime de comodato, de 120 Bombas de Infusão, disponibilizados nas dependências do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.**

**1. IMPORTANTE:**

Data da Publicação: 25 /01 /2018

Limite para o recebimento das propostas: às23 h:59 min do dia 16/02/2018

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**

Especificação dos produtos e previsão de consumo mensal:

Fornecimento de equipos de infusão de dieta enteral e cessão gratuita, em regime de comodato, de 120 Bombas de Infusão, disponibilizados nas dependências do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

As Bombas de Infusão devem atender as normas de certificação NBR 60601-1.

## 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:

- **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

- **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**

5 anos. ***(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.

| AEBES | **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_____