**FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO: O objeto do presente documento é a contratação de empresa para fornecimento de módulos simbiótico e espessante alimentar ao Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.**

**1. IMPORTANTE:**

Data da Publicação: 02 /02/2018

Limite para o recebimento das propostas: às 23 h:59min do dia 09/02/2018

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:

**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**

*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.

| 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_____