FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO

CONTRATAÇÃO DE OPERADORA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - PLANO DE SAÚDE PARA **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.

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: 28 /06/2018

Limite para o recebimento das propostas: às 17h:00 min do dia 10 / 07 / 2018

OBS.: Prazo prorrogado de recebimento de propostas até dia 17/07/2018, para maior abrangência de fornecedores. 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.

- **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

4. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

4.1 – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

TIPOS DE PLANO – de acordo com o estabelecido pela ANS.

1 - Cobertura Ambulatorial

2 - Cobertura Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia

4.2 ABRÂNGENCIA

- Atendimento ambulatorial e hospitalar nos municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra.

4.3 HOSPITAIS CREDENCIADOS

- Listar os hospitais, clínicas e locais de atendimento credenciado por município.

4.4 TRANSPORTE DE PACIENTES

O Plano Ambulatorial deve fornecer ambulância para os atendimentos inter-hospitalar (transferência para hospital SUS) de urgência quando o atendimento progredir para internação após as 12 primeiras horas.

4.5 – BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

- Cônjuge;
- Companheiro, mediante certidão de união estável;
- Filho(a) adotivo ou não até 18 anos (incompletos), se universitários até 24 anos (incompletos), sempre solteiros;
- Menor que por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do titular;

4.6 – ACOMODAÇÃO

- Enfermaria.

4.7 – DA CARÊNCIA

A partir de 30 vidas haverá isenção total de carência, conforme regra ANS.

Consultas	30 dias
Exames básicos de diagnóstico	30 dias
Exames intermediários	90 dias
Exames especiais e de alta complexidade	180 dias
Doenças pré-existentes	720 dias

4.8 – FAIXA ETÁRIA

Apresentar proposta contendo custo com dois tipos de faixa etária:

1 - Custo linear – 0 a 100 anos;

2 - Duas faixas etárias sendo de 00 a 43 anos e 44 anos em diante ou custo linear.

Faixa etária dos empregados (potencial):

Faixa etária	Quantidade de empregados
00 a 43 anos	1499
44 anos em diante	286
Total	1785

*** Quadro de empregados em 28/06/2018**

NOTA: A empresa custeia com 25% do valor da mensalidade somente para o empregado.

4.9 – PLANO PARA DEMITIDOS E APOSENTADOS

Garantir aos demitidos e aposentados sem justa causa conforme Lei 279 o direito a permanecer no plano de saúde por um 1/3 do tempo que contribuiu para o benefício, sendo o prazo mínimo de 06 meses e máximo de 02 anos. Aposentados com mais de 10 anos de contribuição poderá permanecer por tempo indeterminado. Os boletos dos demitidos e aposentados será emitido com o valor integral da mensalidade e enviado para o endereço do titular.

4.10 – DA SINESTRALIDADE

Apresentar e discutir mensalmente, junto com a empresa relatório de sinistralidade contendo:

- Maiores usuários;
- Maiores prestadores;
- Implantar ações para conter o uso;
- Sugestão de ações para diminuir a sinistralidade.

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:

- A empresa deve estar devidamente habilitada, regularizada junto a ANS, consoante a legislação regulamentar, para a prestação do serviço.
- **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

- Cumprir integralmente as exigências para a modalidade de plano coletivo empresarial previstas na Lei Federal nº 9.656/98.
- **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	HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES

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_____