FINALIDADE DA CONTRATAÇÃO: Serviço de polimento e impermeabilização de granito, com média de 300m²

1. IMPORTANTE:

Data da Publicação: 18/10/2019

Limite para o recebimento das propostas: às 23 h: 59 min do dia 24/10/2019

OBS.: O fechamento e negociação das propostas será no primeiro dia subsequente ao limite de recebimento das propostas. As propostas deverão ser entregues juntamente com os documentos de qualificação 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
(X) Visita Técnica **obrigatória** aos fornecedores classificados como críticos: **insumos de manipulados** – 100% destes; **Mat/Med e saneantes** – aqueles de maior prevalência de compra e **Fornecedores de serviços** – 100% dos que impactam diretamente na segurança do paciente.
( ) 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

1. Serviço de polimento e impermeabilização de granito, com limpeza e verificação e adequação dos rejuntes do piso, caso necessário.
2. Serviço a ser realizado no período noturno.
3. Utilizar produtos inodoros ou mínimo cheiro e com secagem rápida e que possa ser utilizado em área hospitalar
4. Aplicar 06 demãos de produto nas áreas a serem impermeabilizadas
5. Empresa especializada em impermeabilização de granito
6. Informar na proposta de prazo para realização com cronograma de cada área.
7. A aplicação deve ser realizada por profissionais treinados e capacitados em relação às normas brasileiras e às técnicas de aplicação da impermeabilização.
8. Informar qual tempo necessário para manutenção, após o tratamento.
9. Será enviado layout das áreas para o orçamento.

Descrever: Informar detalhadamente todas as especificações do serviço/produto necessárias. Caso seja necessário a contratação de ambos os casos, especificar no item 4.1 Serviço e no 4.2 Produtos.

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:

Descrever: Informar todos os certificados, diplomas e/ou comprovantes necessários para prestação do serviço ou aquisição do produto. *Produto com registro para uso em toda área hospitalar*

Se necessário, cumprir o manual de terceiros

- **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

- Informar antecipadamente quais produtos serão utilizado para validação da SCIH
- Fazer isolamento da área a ser impermeabilizada, com sinalização correta, impedindo aumento de partícula para outros locais e limpeza total no final de cada estágio do serviço.
- Todos equipamentos, químico e ferramental será de responsabilidade da contratada
- Utilizar equipamento de baixo ruído.
- Todo o serviço de mão de obra e produtos para a execução, ficará a cargo da contratada.
- Qualquer dano ao patrimônio durante a realização do serviço, será de responsabilidade da contratada.
- Profissionais capacitados para cuidados na aplicação, à segurança do trabalhador, não só com trabalho em ambientes confinados, e segurança no manuseio do produto

- **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, **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	**BRIEFING PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E/OU FORNECIMENTO DE PRODUTO**	Código: COM.FR.0007	
		Data da Elaboração: 13/07/2014	Revisão 003 13/03/2019

AEBES	**FICHA DE REGISTRO DO PRESTADOR DE SERVIÇO**	AEBES
Razão Social:		

Documento de Referência: Política de Compras

AEBES	**BRIEFING PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E/OU FORNECIMENTO DE PRODUTO**	Código: COM.FR.0007	
		Data da Elaboração: 13/07/2014	Revisão 003 13/03/2019

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_____