

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. A presente Coleta de Preços tem por objeto a contratação de empresa especializada no fornecimento de Dieta Enteral para os pacientes do Complexo Hospitalar Municipal de São Caetano do Sul, Unidades de Saúde e pacientes com prescrição domiciliar, de acordo com este termo.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. A presente contratação se faz necessária em virtude de demanda recorrente e usual no âmbito hospitalar. As dietas são essenciais para casos em que pacientes necessitam de complemento nutricional e não conseguem suprir através da alimentação tradicional. Há também pacientes em âmbito domiciliar que fazem o uso destas dietas de forma permanente, suprindo a alimentação comum.

3. DO PRAZO DE CONTRATAÇÃO

3.1. A presente contratação será pelo período de 12 (doze) meses consecutivos, podendo ser prorrogado até o limite de 60(sessenta) meses, a critério da CONTRATANTE.

4. DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

4.1. A CONTRATADA se obriga a fornecer as dietas nutricionais semanalmente de acordo com o pedido da CONTRATANTE, o qual deverá ser realizado com no mínimo 24 horas de antecedência;

4.2. Submeter-se a todos os regulamentos em vigor, principalmente aos de ordem sanitárias;

4.3. Os pedidos serão feitos de modo parcial, conforme a demanda das unidades.

4.4. A data de vencimento das dietas deverá ser de no mínimo 01 (um) ano.

4.5. A entrega deverá ser realizada em horário comercial de segunda à sexta (das 08h00 às 16h30) no Centro de Distribuição que está localizado na rua do Níquel, 251, Bairro Prosperidade, São Caetano do Sul.

5. DOS PAGAMENTOS

5.1. A CONTRATANTE compromete-se em pagar preço conforme Proposta Comercial da CONTRATADA.

5.2. O pagamento será efetuado desde que tenha sido executado de acordo com o Contrato e devidamente atestado pelo gestor responsável, mediante a apresentação das Certidões de regularidade com as Fazendas Públicas: I - Federal (CND - Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007); II - Estadual (Certidão da Procuradoria Geral do Estado e Certidão Negativa de Débitos Tributários Não Inscritos da Secretaria da Fazenda Estadual) e III - Municipal (Certidão de Tributos Mobiliários), conforme o domicílio ou sede da CONTRATADA, admitida a certidão positiva com efeito de negativa ou outra equivalente na forma da lei;

5.3. O CHMSCS deverá pagar, mensalmente, à CONTRATADA pela prestação dos serviços efetivamente prestados e atestados, exclusivamente através de depósito em conta corrente;

5.4. A CONTRATADA deverá indicar na documentação fiscal o número de sua conta corrente, agência e banco a fim de que possa o CHMSCS efetuar o pagamento através de depósito bancário;

5.5. O pagamento dos serviços será realizado no dia 20 (vinte) do mês subsequente ao mês do fornecimento ou no primeiro dia útil seguinte, desde que a nota fiscal seja entregue a CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente ou dia útil anterior.

5.6. A CONTRATANTE não se responsabiliza pelos custos com insumos, transporte, taxa de manipulação e outros que se fizerem necessários;

5.7. Em nenhuma hipótese serão aceitos títulos via cobrança bancária;

5.8. Dos pagamentos, será retido na fonte, o valor correspondente ao Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, nos termos da legislação específica e demais tributos que recaiam sobre o valor faturado.

5.9. A CONTRATADA, neste ato, declara estar ciente de que os recursos utilizados para o pagamento dos serviços ora contratados serão aqueles repassados pela Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul, em razão do Contrato de Gestão nº88/19, firmado entre a CONTRATANTE e a Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul, para a gestão do Complexo Hospitalar Municipal e Unidades de Saúde de São Caetano do Sul.

5.10. A CONTRATANTE compromete-se em pagar o preço irreajustável constante da proposta da CONTRATADA, desde que não ocorram atrasos e/ou paralisação dos repasses pela Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul para a CONTRATANTE, relativo ao custeio do objeto do Contrato de Gestão nº 88/19.

5.11. No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente, salvo quando não decorram de atrasos e/ou paralisação dos repasses pela Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul para a CONTRATANTE, em consonância com o disposto nas cláusulas 5.9 e 5.10 deste Termo.

6. DO DESCRIPTIVO E DAS ESPECIFICAÇÕES DAS DIETAS E QUANTIDADES ESTIMADAS

ITEM	PRODUTO	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS	UN	QTD. ESTIM. MENSAL	QTD. ESTIM. ANUAL
1	SUPLEMENTO ALIMENTAR LÍQUIDO PARA CICATRIZAÇÃO	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL OU ENTERAL, LÍQUIDO, ULTRAPROTEICO, NORMOCALÓRICO PARA UPP E MELHORA DA CICATRIZAÇÃO, COM ARGININA, MÍNIMO DE 1,5 G/ML, MINERAIS E VITAMINAS A, C, E, SELÊNIO, COBRE, ZINCO, EM SABORES VARIADOS. FRASCO COM 200 ML.	FR	16	192
2	MÓDULO DE PROBIÓTICOS	SUPLEMENTO NUTRICIONAL PARA USO ORAL OU ENTERAL, EM PÓ, COM MIX DE PROBIÓTICOS QUE AUXILIAM NA RECOMPOSIÇÃO DA FLORA INTESTINAL, EM SACHÊ COM 2 G.	UN	240	2880
3	FIBRA PREBIÓTICA	FIBRA PREBIÓTICA OLIGOSSACARÍDEO, ATUA COMO REGULADOR DE FLORA INTESTINAL. SACHÊ COM 5 A 10 G.	UN	11	132
4	DIETA ENTERAL OLIGOMÉRICA HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA	DIETA ENTERAL OLIGOMÉRICA HIPERCALÓRICA, HIPERPROTEICA PARA PACIENTES COM DISTÚRBIOS DISABSORTIVOS, SÍNDROME DO INTESTINO CURTO E PANCREATITE, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1.5 KCAL/ML, COM 48 A 69% DE CHO SENDO ESTE EM SUA MAIOR PARTE COMPOSTO DE MALTODEXTRINA; 15 A 18% DE PTN, SENDO ESTA EM SUA TOTALIDADE COMPOSTA DE PROTEÍNAS DE AVB; 30 A 35% DE LIP COMPOSTO POR NO MÍNIMO 50% DE TCM; PODENDO OU NÃO CONTER FIBRAS EM SUA COMPOSIÇÃO, ISENTE DE GLÚTEN E LACTOSE. SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM HERMETICAMENTE FECHADA, COM CONEXÃO OU ADAPTADOR PARA SISTEMA FECHADO, CONTENDO 1000 ML. VALIDADE MÍNIMA 01 ANO.	L	75	900
5	MÓDULO DE PROTEÍNA – COM LACTOSE	MÓDULO DE PROTEÍNA DE AVB PARA NUTRIÇÃO ORAL OU ENTERAL, COMPOSTO POR 100% DE PROTEÍNA DO SORO DO LEITE, DISPERSÍVEL EM ÁGUA. LATA DE ATÉ 300 G. VALIDADE MÍNIMA 01 ANO.	LT	4	48
6	DIETA ENTERAL HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA PARA DIABETES MELLITUS	DIETA ENTERAL POLIMÉRICA HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA PARA PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTROLE GLICEMICO OU PORTADORES DE DM TIPO 1 OU 2; COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1.5 KCAL/ML, COM 33 A 38% DE CHO ISENTE DE SACAROSE; 20 A 25% DE PTN, SENDO ESTA EM SUA MAIOR PARTE COMPOSTA DE PROTEÍNAS DE AVB; 44 A 46% DE LIP COMPOSTO POR MIX DE ÓLEOS VEGETAIS; PODENDO OU NÃO CONTER FIBRAS EM SUA COMPOSIÇÃO, ISENTE DE GLÚTEN E BAIXA EM LACTOSE. SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM HERMETICAMENTE FECHADA, COM CONEXÃO OU ADAPTADOR PARA SISTEMA FECHADO, CONTENDO 1000 ML. VALIDADE MÍNIMA 01 ANO.	L	275	3300

7	SUPELMETO ORAL PARA DIABÉTICOS	SUPLEMENTO ORAL NORMOCALÓRICO PARA PACIENTES COM DESCONTROLE GLICÊMICO, DM TIPO 1 OU 2, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1,0 KCAL/ML, COMPOSTO POR 34 A 47% DE CHO ISENTO DE SACAROSE, 18 A 20% DE PTN SENDO ESTA EM SUA MAIOR PARTE COMPOSTA POR PROTEÍNAS DE AVB, 33 A 48% DE LIP. SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM MÍNIMA DE 200 ML, COM SABORES DIVERSOS. VALIDADE MÍNIMA 01 ANO.	UN	180	2160
8	SUPLEMENTO ORAL HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL OU ENTERAL, LÍQUIDO, HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO PARA PACIENTES COM INGETSÃO ALIMENTAR INSUFICIENTE. MÍNIMO DE 1,5 KCAL/ML, COMPOSTO POR 33 A 57% DE CHO, MÍNIMO DE 15% DE PROTEÍNAS DE AVB, 28 A 40% DE LIP. ISENTO DE GLÚTEN E BAIXA EM LACTOSE. SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM FECHADA EM FRASCO OU TETRA PACK DE 200 ML, COM SABORES DIVERSOS. VALIDADE MÍNIMA 01 ANO.	UN	360	4320
9	DIETA ENTERAL HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA	DIETA ENTERAL POLIMÉRICA HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA, COM DENSIDADE CALÓRICA DE 1.5 KCAL/ML, COM 35 A 50% DE CHO; 20 A 25% DE PTN (MÍNIMO DE 75 G/LITRO); 30 A 35% DE LIPÍDEOS . COMPOSTO POR MIX DE ÓLEOS VEGETAIS; SEM FIBRAS EM SUA COMPOSIÇÃO, ISENTO DE GLÚTEN E BAIXA EM LACTOSE. SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM HERMETICAMENTE FECHADA, COM CONEXÃO OU ADAPTADOR PARA SISTEMA FECHADO, CONTENDO 1000 ML. VALIDADE MÍNIMA 01 ANO.	L	700	8400
10	DIETA POLIMÉRICA HIPERCALORICA NORMOPROTEICA 1,5KCAL	ALIMENTO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL, NUTRICIONALMENTE COMPLETO, POLIMÉRICO, HIPERCALÓRICO (1,5 KCAL/ML), NORMOPROTEICA, COM ADEQUADO PERfil LIPÍDICO, ISENTO DE SACAROSE, LACTOSE E GLÚTEN, COM ADIÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS E QUE ATENDA A IDR EM NUTRIENTES ESSENCIAIS EM VOLUME INFERIOR A 1000ML. APRESENTAÇÃO EM EMBALAGEM TETRA PACK 1000ML	L	1920	23040
11	DIETA ENTERAL NORMOCALÓRICA E NORMOPROTEICA ISENTA DE LACTOSE	DIETA ENTERAL NORMOCALÓRICA (1,0 A 1,2 KCAL/ML) E NORMOPROTEICA (40 A 45 G/LITRO) COM 100% DE PROTEINA DE SOJA. ISENTA DE GLÚTEN E LACTOSE. EMBALAGEM TETRA SQUARE DE 1000 ML OU SISTEMA FECHADO CONTENDO 1000 ML. VALIDADE MÍNIMA 1 ANO.	L	15	180

(Os itens serão avaliados pelo valor unitário e levando em consideração o estimado anual)