

TERMO DE REFERÊNCIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ALERGOLOGIA

1 - OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto a contratação de empresa especializada para a prestação de serviços médicos de Alergologia, para Fundação do ABC - Ambulatório Médico de Especialidades – AME Itapevi, localizado na Rua Christino Gonzales, 215, Nova Itapevi, Itapevi, SP, CEP: 06694-040.

2 - JUSTIFICATIVA

2.1. Justifica-se a contratação deste serviço por tratar-se de especialidade fundamental no diagnóstico de doenças alérgicas, trazendo benefício à população regional. A especialidade está prevista no Contrato de Gestão vigente entre a SES e FUABC - AME Itapevi.

3 - APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

3.1. A proposta comercial deverá ser apresentada em papel timbrado da empresa participante da coleta de preços, contendo os dados cadastrais e respectivo CNPJ de faturamento, além de conter planilha de preços que indique a quantidade de horas estimadas mensais, com valor unitário da hora, valor estimado mensal e valor global estimado do objeto em questão, de acordo com as especificações técnicas apresentadas no presente Termo de Referência, tendo a validade de no mínimo 60 (sessenta) dias, conforme modelo expresso no Anexo I.

3.2. A proposta deverá ser enviada para o e-mail: contratos@ameitapevi.org.br dentro do prazo estabelecido na publicação.

3.3. A apresentação da proposta está condicionada ao aceite de todas as condições estabelecidas no presente Termo de Referência.

4 – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E QUANTIDADES ESTIMADAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

4.1. Abaixo, constam as especificações técnicas e a quantidade estimada de atendimentos solicitados:

| DESCRIÇÃO | QTD. DE HORAS ESTIMADAS |
|---|---|
| 12 horas semanais para atendimentos de Consulta médica Especializada em Alergologia, adulto e infantil, sendo o intervalo entre as consultas de 20 minutos ou a critério da Contratante. Profissional habilitado para realizar aplicação, leitura e laudo de prick teste durante a consulta (se necessária a realização) Profissional habilitado para realizar teste alérgico (primeira e segunda leituras e laudo de teste alérgico durante a consulta). Obs.: a aplicação da placa é feita pela enfermagem da Contratante. | 12 horas semanais, sendo 60 horas mensais, (considerando 5 semanas) |

5 - PRINCIPAIS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1 Executar os serviços em conformidade com o Termo de Referência e Contrato para prestação de serviços médicos em Alergologia para a FUABC - AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME ITAPEVI, contratando e gerindo profissionais especializados, capacitados e devidamente treinados para o perfeito e regular atendimento da CONTRATANTE.

5.2. A CONTRATADA prestará serviço de 12 (doze) horas semanais durante o horário comercial, podendo ser executado entre segunda e sexta-feira, das 07h00 às 19h00, mediante acordo com a CONTRATANTE, no endereço da CONTRATANTE, constante na Rua Christino Gonzales, 215, Nova Itapevi, Itapevi.

5.3. A CONTRATADA deverá possuir profissionais habilitados suficientes para as funções as quais foram admitidos (Realização de PROCEDIMENTOS DA ESPECIALIDADE), devendo, tais profissionais, possuir curso superior e especialização comprovada. Possuir CRM registrado no estado de São Paulo e RQE e estar regular junto ao conselho de classe.

5.4. A CONTRATADA deverá realizar os procedimentos da especialidade na totalidade, conforme necessidade desta unidade e será fiscalizado pela coordenadora médica da CONTRATANTE, a qual determinará as rotinas e os serviços que julgar necessários aos planos de trabalho de acordo com as necessidades e legislações pertinentes, devendo ser os mesmos apresentados à CONTRATANTE.

5.5. Promover ajustes, sempre que necessários ou requisitados, para alteração de procedimentos e planejamento, de forma a manter a perfeita prestação dos serviços, atendendo a qualidade e necessidade exigida pela CONTRATANTE.

5.6. Apresentar escala mensal fixa, sendo que as alterações de agenda deverão ser formalizadas com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias.

5.7. Prestar os serviços observando as melhores práticas e técnicas aplicadas no mercado.

5.8. Cumprir todas as normas, regras e leis aplicáveis a execução do objeto do Contrato, inclusive as normas internas da CONTRATANTE.

5.9. Cumprir integralmente todas as suas obrigações tributárias, fiscais, sociais, previdenciárias, trabalhistas, acidentárias, comerciais e civis.

5.10. Indenizar, imediatamente, a CONTRATANTE por quaisquer danos que seus representantes legais, prepostos, empregados ou terceiros credenciados causem, por culpa, dolo, ação ou omissão, a CONTRATANTE ou a terceiros.

5.11. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados nos termos da legislação em vigor.

5.12. Relatar à CONTRATANTE qualquer irregularidade observada nos serviços.

5.13. Indicar após início dos serviços um responsável à Coordenadora Médica para realizar em conjunto com a CONTRATANTE o acompanhamento técnico das atividades e emissão de nota fiscal, visando à qualidade da prestação do serviço.

5.14. Responsabilizar-se civil e/ou criminalmente por danos decorrentes de ação, omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus funcionários e/ou sócios, nessa qualidade, causarem a qualquer pessoa, bens públicos, privados, móveis, imóveis, deste nos termos da Legislação Vigente.

5.15. A CONTRATADA deverá estar em condições de prestar os serviços a partir da data da assinatura do Contrato e manter essa condição durante a vigência do contrato, atendendo a demanda destacada nos anexos, incluindo-se eventuais acréscimos ou supressões limitando à 25% (vinte e cinco por cento) do previsto.

5.16. Executar os serviços, objeto do contrato, rigorosamente em conformidade com todas as suas condições e normas legais.

5.17. Arcar com os encargos fiscais, comerciais, trabalhistas, sociais, previdenciários, acidentários, administrativos e civis, bem como pelos impostos e demais encargos resultantes da execução da prestação de serviços, além de casos de acidentes de trabalho que tenham relação com a consecução do objeto deste instrumento.

5.18. Assumir diretamente a obrigação de cumprir com o objeto deste instrumento, não realizando a prestação de serviços através de terceiros.

5.19. Garantir, durante a execução do serviço, que o acompanhamento seja realizado pela CONTRATANTE mediante supervisão direta e/ou indireta pela Coordenadora Médica, a qual observará o cumprimento das exigências contratuais.

5.20. Assumir que o acompanhamento dos serviços pela CONTRATANTE não lhe eximirá de sua plena responsabilidade perante a instituição, os pacientes e os terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato.

5.21. A CONTRATADA compromete-se a repor agendas de Feriados a Critério da Administração da Unidade.

5.22. A CONTRATADA, neste ato, DECLARA estar CIENTE de que os recursos utilizados para o pagamento dos serviços ora contratados serão aqueles repassados pelo Estado, em razão do Contrato de Gestão nº SES nº 44800/2019, firmado entre a CONTRATANTE e o Estado, para gestão do AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME ITAPEVI.

5.23. No caso de não interesse de renovação do contrato por parte da CONTRATADA, a mesma deverá comunicar a CONTRATANTE, em um prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, ou manter o serviço contratado em funcionamento por igual período, após o vencimento do mesmo.

5.24. A CONTRATADA manterá completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados, materiais, pormenores, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações que venha ter conhecimento ou acesso, ou que venha a ser confiado em razão deste contrato, sendo eles de interesse do CONTRATANTE, não podendo, sob qualquer pretexto, divulgar, revelar, reproduzir, utilizar ou deles dar conhecimentos a terceiros a esta contratação, sob pena da lei.

5.25. A CONTRATADA não utilizará na execução do objeto do presente contrato, quaisquer funcionários, administradores ou ocupantes de cargos de direção da Fundação do ABC e de suas mantidas.

5.26. Todos os profissionais disponibilizados pela CONTRATADA deverão estar munidos de Certificado Digital do tipo A3 Token padrão ICP-Brasil e-CPF para assinatura do prontuário eletrônico.

6 - PRINCIPAIS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

6.1 Disponibilizar os materiais e estrutura física adequada para a prestação de serviços, ora contratada, respeitando as especificações técnicas apresentadas pela CONTRATADA;

6.2 Disponibilizar os insumos e equipamentos necessários para a prestação do serviço.

6.3 Indicar responsável para fiscalização dos serviços a serem prestados pela CONTRATADA;

6.4 Promover os pagamentos avançados pelos serviços efetivamente prestados, nas condições e prazos especificados e ora acordados.

7 - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS

7.1. A FUNDAÇÃO DO ABC – AMBULATORIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME ITAPEVI compromete-se a pagar o preço, irrevogável pelo período de 12 meses, constante da proposta da CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

7.2. A CONTRATANTE realizará o pagamento de acordo com a quantidade de horas realizadas mensalmente, respeitando o limite máximo global estimado, conforme cláusula 4.1, devendo a CONTRATADA encaminhar relatório dos mesmos juntamente com a nota fiscal.

7.3. Os pagamentos serão realizados até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente ao mês de prestação dos serviços, mediante emissão de notas fiscais, após atestação dos serviços realizados no período.

7.4. No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente.

7.5. A CONTRATADA deverá indicar, com a documentação fiscal, o número da conta corrente e a agência, preferencialmente, do Banco do Brasil, a fim de agilizar o pagamento.

7.6. Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.

7.7. O pagamento será efetuado mediante a apresentação, pela CONTRATADA, dos seguintes documentos:

7.7.1. Nota fiscal constando discriminação detalhada do serviço prestado.

7.7.2. CND válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social e Receita Federal (CND Federal).

7.7.3. Prova de regularidade perante o FGTS (CRF).

7.7.4. Relação dos atendimentos realizados conforme Cláusula 4.1, conferidos pelo faturamento da unidade.

7.8. As notas fiscais referentes aos serviços prestados deverão ser entregues em tempo considerável (até o quinto dia útil do mês), para que a CONTRATANTE possa proceder com as análises devidas e o subsequente pagamento dos valores.

7.9. A CONTRATANTE procederá à retenção tributária referente aos serviços prestados nas alíquotas legalmente devidas, incidentes sobre o valor destacado em nota fiscal.

7.10. O recolhimento de ISS/QN deverá ser recolhido no município de Itapevi.

8 - VIGÊNCIA

8.1. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura e poderá ser prorrogado em até 60 (sessenta) meses, por conveniência da CONTRATANTE, desde que presentes a obtenção de preços e condições mais vantajosas para a CONTRATANTE.

8.2 Durante a vigência dos 12 (doze) primeiros meses de contrato, os preços permanecerão fixos e irrevogáveis.

9- DOCUMENTOS HABILITATÓRIOS QUE DEVERÃO SER APRESENTADOS PELA EMPRESA VENCEDORA

9.1- Para habilitação no processo a empresa vencedora deverá apresentar:

- I. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor e última alteração devidamente registrados;
- II. Prova de regularidade com as Fazendas Públicas: I – Federal (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 e III – Municipal (Certidão de tributos mobiliários e imobiliários), conforme o domicílio ou sede da participante, admitida a certidão positiva com efeito de negativa ou outra equivalente na forma da lei;
- III. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo à sede da empresa participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratado;
- IV. Comprovante de inscrição da empresa no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- V. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei Federal nº 12.440/11;
- VI. Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, emitida no período de até 30 (trinta) dias anteriores à data fixada para a entrega dos envelopes;
- VII. Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, apresentados na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios;
- VIII. Toda documentação específica, pertinente ao ramo da atividade;

- IX. Prova do Registro nos órgãos competentes, quando couber;
- X. Atestado de Capacidade Técnica, emitido por órgãos públicos ou privados, pertinente ao ramo da atividade da interessada, registrado no órgão competente, quando necessário, que comprove a prestação dos serviços semelhantes ao objeto desta contratação, sendo obrigatório experiência nos serviços mencionados.
- XI. Certificação de órgão competente, quando cabível;
- XII. Certidão Certificado de Regularidade do FGTS (CRF);
- XIII - Toda documentação específica do Profissional que ira atuar:
- a) Currículo Atualizado;
 - b) Diploma de Medicina;
 - c) Diploma de Residência Médica e/ou Título de Especialista reconhecido com "RQE" Registro de Qualificação de Especialista;
 - d) Carteira de Identidade Médica – CRM/SP;
 - e) Cartão SUS CNES;
 - f) Cópia do RG;
 - g) Cópia do CPF;
 - h) Comprovante de Endereço;
 - i) Comprovante que possui Certificado digital I-Token ICP;
 - j) Certidão de Quitação da Anuidade do CRM/CREMESP; (EMPRESA E MÉDICO)

10 - DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esclarecimentos do presente Termo de Referência poderão ser obtidos através do e-mail: contratos@ameitapevi.org.br

10.2 Consta anexo neste Termo de Referência: ANEXO I - Modelo de Proposta.

Andreia Aparecida de Godoi
Gerente Administrativa
Fundação do ABC - Ambulatório Médico de Especialidades
AME ITAPEVI

**ANEXO I
MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL**

(apresentar em papel timbrado da empresa participante com CNPJ).

Cidade de origem, __/__/__

À

FUNDAÇÃO DO ABC - AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES - AME ITAPEVI

Razão Social: _____, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº _____, domiciliada na _____, nº. __, CEP _____, na cidade de _____, no Estado de _____, neste ato representada por seu representante legal Sr. _____, Nacionalidade _____, portador da cédula de RG nº. _____, inscrita no CPF do MF sob o nº. _____, inscrita no CRM/SP sob o nº _____, domiciliada no endereço supracitado.

Apresenta os seguintes valores para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ALERGOLOGIA**, conforme especificado abaixo:

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE DE HORAS ESTIMADAS | VALOR UNITÁRIO DA HORA | VALOR ESTIMADO MENSAL (unit x 60 horas) | VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA 12 MESES (valor mensal x 12) |
|---|---|------------------------|---|---|
| <p>12 horas semanais para atendimentos de Consulta médica Especializada em Alergologia, adulto e infantil, sendo o intervalo entre as consultas de 20 minutos ou a critério da Contratante.</p> <p>Profissional habilitado para realizar aplicação, leitura e laudo de prick teste durante a consulta (se necessária a realização)</p> <p>Profissional habilitado para realizar teste alérgico (primeira e segunda leituras e laudo de teste alérgico durante a consulta). Obs.: a aplicação da placa é feita pela enfermagem da Contratante.</p> | <p>12 horas semanais, sendo 60 horas mensais (considerando 5 semanas)</p> | R\$ | R\$ | R\$ |

VALOR MENSAL ESTIMADO: (numeral e por extenso) _____

VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA 12 MESES: (numeral e por extenso) _____

Número do CRM do médico: _____

Número do RQE do médico: _____

O prazo de validade da proposta é de 60 dias.

Declaro expressamente estarem incluídos no preço todos os impostos, taxas, fretes, seguros, bem como quaisquer outras despesas, diretas e indiretas, incidentes sobre o objeto deste Termo.

A presente proposta de preço está baseada nas condições apresentadas no Termo de Referência da contratação de empresa especializada para a prestação de serviços médicos em alergologia.

Nome, Assinatura do Representante Legal da empresa e CNPJ e Contato e E-mail