

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GRÁFICOS PARA CONFECÇÃO DE IMPRESSOS A FUNDAÇÃO DO ABC – HOSPITAL DA MULHER MARIA JOSÉ DOS SANTOS STEIN.

1. OBJETO

- 1.1 - O presente termo tem por objeto a contratação de empresa especializada em fornecimento de Serviços Gráficos para a Fundação do ABC – Hospital da Mulher Maria José dos Santos Stein, em conformidade com a descrição dos impressos relacionados no Anexo II;
- 1.2 – Além dos Impressos previstos no Anexo II, poderá a CONTRATANTE solicitar eventuais novos impressos, resguardando-se o direito de preferência da CONTRATADA para atender a tais solicitações, desde que financeiramente viável para a CONTRATANTE;
- 1.3 – Na hipótese prevista no item anterior não configura direito à exclusividade de fornecimento dos impressos que não constem no Anexo II, ficando a critério da CONTRATANTE selecionar o fornecedor de acordo com seu Regulamento interno de Compras.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

- 2.1 – A presente aquisição visa suprir a necessidade de provisionamento de itens minimizando os custos em nosso estoque, objetivando a economicidade ao Hospital da Mulher Maria José dos Santos Stein.

3. REGIME DE CONTRATAÇÃO

- 3.1 - A presente contratação deverá ser para o período de 12 (doze) meses.

4. DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

- 4.1 – A CONTRATANTE informará à CONTRATADA a quantidade a ser fornecida, especificando detalhadamente quais impressos deverão ser atendidos por entrega;
- 4.2 – A CONTRATADA deverá entregar os Impressos na sede da CONTRATANTE situada a Rua América do Sul, nº 285 Parque Novo Oratório – Santo André/SP; O pedido, dentro do prazo pré-estabelecido de até no máximo 07 (sete) dias úteis.
- 4.3 – A empresa CONTRATADA obriga-se a atender prontamente às solicitações da CONTRATANTE, assim que recebido o pedido, dentro do prazo pré-estabelecido de até no máximo 07 (sete) dias úteis.

- 4.4 – Serão aceitas entregas parciais das quantidades solicitadas, desde que não ultrapassem o prazo estabelecido;
- 4.5 – A empresa CONTRATADA deverá fornecer os produtos listados no Anexo II, sem qualquer obrigatoriedade de quantidade mínima mensal;
- 4.6 – A empresa CONTRATADA deverá se obrigar a exercer rigoroso controle de qualidade sobre os impressos fornecidos;
- 4.7 – A empresa CONTRATADA deverá realizar a substituição dos impressos na hipótese de ser constatada irregularidade de impressão dos produtos fornecidos;
- 4.8 – A CONTRATADA deverá entregar os materiais de acordo com as especificações indicadas na proposta e em conformidade ao Anexo II.

5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 5.1 – Todos os impressos a serem fornecidos pela CONTRATADA, terão Garantia de Qualidade, assegurada dentro dos padrões de qualidade do mercado, reservando-se ao CONTRATANTE o direito de solicitar a troca dos produtos recebidos que considerar fora do padrão de qualidade contratado, requerido ou aceitável no seu recebimento.
 - 5.1.1 – A CONTRATANTE deverá recusar o recebimento de produtos caso constata a existência de qualquer irregularidade no que tange as especificações dos impressos contratados de acordo com a sua proposta, efetuando a devolução à CONTRATADA para que esta o substitua, o que será feito sem qualquer ônus adicional para a CONTRATANTE.

Atenciosamente,

ANEXO II

DESCRIPTIVO E DEMANDA ESTIMADA MENSAL DE FORNECIMENTO

ITEM	NOSSO CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS IMPRESSOS	UNID/ BLOCO C/ 100	ESTIMATIVA CONSUMO MENSAL
			UN	01
1	950625	AGENDA - 346 HM	BL	08
2	950494	ANOTACAO / EVOLUCAO ENFERMAGEM - 01_0494_DIRMED	BL	09
3	950192	AUTORIZACAO DE REFEICAO - 01_0192_DIRADM	BL	01
4	950467	AVISO DE CIRURGIA - 01_0467_DIRENF	UN	65
5	950632	CERTIFICADO DOS PAIS PARTICIPATIVOS - HM	BL	03
6	950444	CHECK LIST CENTRO CIRURGICO - 01_0444_DIRMED	BL	03
7	950615	CHECK LIST DE ALTA - 295 HM	BL	03
8	950617	CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA - 203 HM	BL	08
9	950190	COMPROVANTE REALIZACAO TESTE DO PEZINHO - 190 IMPHM	BL	02
10	950622	CONSULTA UBS - 133 HM	BL	03
11	950616	CONTROLE DIARIO DE ENFERMAGEM MATERNIDADE - 259 HM	BL	03
12	950432	CONTROLE ESTERILIZACAO ROUPAS E INSTRUMENTOS - 01_0432_DIRENF	BL	01
13	950626	CONTROLE GLICEMICO - 115 HM	BL	01
14	950611	CONTROLE INTERNO DE OBITO - 118 HM	BL	18
15	950501	DECLARACAO / ATESTADO - 01_0501_DIRMED	UN	01
16	950620	ETIQUETA DE ANATOMO PATOLOGICA - 124 HM	BL	05
17	950510	EVOLUCAO ALOJAMENTO CONJUNTO - 01_0510_DIRMED	BL	21
18	950504	EVOLUCAO CLINICA - 01_0504_DIRMED	BL	04
19	950523	EVOLUCAO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS - 01_0523_DIRMED	BL	07
20	950571	EVOLUCAO FISIOTERAPIA - 01_0571_DIRMED	BL	05
21	950605	EVOLUCAO MEDICA DIARIA - 01_0524_DIRMED	BL	05
22	950550	EVOLUCAO MEDICA DO PUERPERIO 01_0536_DIRMED	BL	05
23	950536	FICHA ADMISIONAL - 01_0536_DIRMED	BL	03
24	950509	FICHA ANESTESIA - 01_0509_DIRMED	BL	32
25	950285	FICHA DE ACOLHIMENTO CLASSIFICAO DE RISCO - 285 IMPHM	BL	07
26	950500	FICHA DE ENCAMINHAMENTO - 01_0500_DIRMED	BL	01
27	950552	FICHA DE LIBERACAO DE ANTIMICROBIANOS - 01_0552_DIRMED	BL	04
28	950512	FICHA DO RN - 01_0512_DIRENF	BL	01
29	950502	FICHA MASTOLOGIA - 01_0502_DIRMED	FL	170
30	950608	FOLDER POAM	BL	03
31	000454	FOLHA DE DEBITO - 248 IMPHM	BL	01
32	950610	GUIA DE RECOLHIMENTO CADAVER - 199 HM	BL	02
33	950439	HISTORICO DE ENFERMAGEM - 01_0439_DIRENF	BL	03
34	950487	HISTORICO DE ENFERMAGEM PA 01-0487 DIRENF	BL	05
35	950486	HISTORICO DE ENFERMAGEM UTI NEONATAL - 01_0486_DIRENF	BL	01
36	950535	HISTORICO PRE NATAL - 01_0535_DIRMED	UN	2.800
37	000446	IDENTIFICACAO DE SORO 01_0436_DIRADM		

Rua América do Sul, 285, Parque Novo Oratório.
Santo André - SP. CEP: 09270-410. Tel. (11) 4478-5000.
www.hospitaldamulher.org.br



38	950316	LAUDO P/ SOLICITACAO DE INTERNACAO - 01_0316_DIRAPOIO	BL	07
39	950271	LAUDO TESTES RAPIDOS 217IMPHM	BL	07
40	950505	LICENCA GESTANTE	BL	03
41	950308	MARCAÇÃO DE CONSULTAS EXAMES - 01_0308_DIRAPOIO	BL	15
42	950631	NOTIFICACAO DE EVENTOS - 177 HM	UN	02
43	950541	NOTIFICACAO DE LAQUEADURA E VASECTOMIA - 01_0541_DIRMED	BL	01
44	950106	ORDEM DE SERVICO MANUTENCAO - 01_0106_DIRADM	BL	07
45	950530	PASTA DE PAPELÃO EM L TIMBRADA COR PALHA	UN	04
46	000692	PASTA PARA PROCESSO 180GR ROSA (PLASTIFICADA)	UN	02
47	000759	PASTA PARA PROCESSO 180GR VERDE (PLASTIFICADA)	UN	42
48	950001	PESQUISA OPINIAO INTERNADOS - 01_0017_SUPERIN	BL	01
49	950618	PLANILHA DE VACINA - 213 HM	BL	01
50	950484	PLANO CUIDADOS CENTRO DE PARTO - 01_0484_DIRENF	BL	03
51	950489	PLANO CUIDADOS CLINICA E MATERNIDADE - 01_0489_DIRENF	BL	17
52	950488	PLANO CUIDADOS PA - 01_0488_DIRENF	BL	03
53	950457	PLANO CUIDADOS PERIOPERATORIO - 01_0457_DIRENF	BL	04
54	950492	PLANO CUIDADOS RN - 01_0492_DIRENF	BL	13
55	950491	PLANO CUIDADOS UTI ADULTO - 01_0491_DIRENF	BL	01
56	950490	PLANO CUIDADOS UTI NEO - 01_0490_DIRENF	BL	10
57	950508	PRESCRICAO MEDICA - 01_0508_DIRMED	BL	34
58	950627	PRESCRICAO MEDICA CCO - 204 HM	BL	03
59	950628	PRESCRICAO MEDICA CESARIA - 310 HM	BL	07
60	950629	PRESCRICAO MEDICA NORMAL - 352 HM	BL	06
61	950624	PROTOCOLO DE RETIRADA DE EXAME - 151 HM	BL	02
62	950326	PROTOCOLO DE VISITAS E ACOMPANHANTES - 01_0326_DIRAPOIO	BL	04
63	950302	QUESTIONARIO MAMOGRAFIA - 01_0302_DIRAPOIO	BL	03
64	950503	RECEITUARIO - 01_0503_DIREMD	BL	60
65	950465	RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL - 01_0465_DIRENF	BL	03
66	950633	RECEITUARIO GO - 309 HM	BL	03
67	950630	RECEITUARIO NEONATOLOGIA - 208 HM	BL	03
68	950107	RECEITUARIO SETOR RESTRITO - 01_0107_DIRADM	BL	04
69	950612	REGISTRO DE TRANSFERENCIA INTERNO ADULTO - 305 HM	BL	05
70	950613	REGISTRO DE TRANSFERENCIA INTERNO RN - 306 HM	BL	03
71	950332	REQUISICAO DE MAMOGRAFIA - Nº 332	BL	01
72	950100	REQUISICAO FARMACIA PEQUENO - 01_0100_DIRADM	BL	13
73	950600	RESULTADO DE MAMOGRAFIA_01_0388_DIRAPO1	BL	03
74	950309	SADT - 01_0309_DIRAPOIO	BL	70
75	950621	SADT ORELHA - 264 HM	BL	01
76	950496	SADT PRE - OPERATORIO - 01_0496_DIRENF	BL	02
77	950623	SOLICITACAO DE ANATOMO PATOLOGICO - 176 HM	BL	01
78	950619	SOLICITACAO DE COMPLEMENTO DE MATERNIDADE - 140 HM	BL	01
79	950303	SOLICITACAO DE DIETA - 01_0303_DIRENF	BL	02
80	950614	TERMO DE CONSETIMENTO ANESTESICO - 167 HM	BL	02