ANEXO - I

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – DO OBJETO

1.1 – O presente Termo de Referência tem por objeto a contratação de empresa prestadora de serviços de H*ome Care*, para o paciente Ronaldo Duarte Guiraldelo, portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) – Doença Neurônio Motor – (CID 10 G 12.2), conforme Ordem Judicial n° 1018/2017/MND, pelo período de 12 (doze) meses, conforme especificações constantes neste instrumento.

2 – DA JUSTIFICATIVA

2.1 – A contratação tem como finalidade cumprir a decisão judicial objeto do MANDADO DE INTIMAÇÃO N° 1018/2017/MND, que concedeu tutela de urgência, de natureza antecipada e caráter antecedente ao pedido do paciente Ronaldo Duarte Guiraldelo, no prazo de cinco dias, sob pena de incorrer em multa diária de R$ 500,00 (quinhentos reais) e em crime de desobediência.

3 – DA ESPECIFICAÇÃO, QUANTITATIVO E DO PREÇO ESTIMADO

ITEM	QUANT.	UND.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNITÁRIO	SUBTOTAL
01	365	DIÁRIA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOME CARE EM ATENDIMENTO À ORDEM JUDICIAL Nº 1018/2017/MND. COMPREENDENDO **SERVIÇOS DE:** TÉCNICO DE ENFERMAGEM 24 HORAS, VISITA DE ENFERMEIRO SEMANAL, FISIOTERAPIA DIÁRIA, FONOAUDIOLOGIA 3 VEZES POR SEMANA, NUTRICIONISTA MENSAL, VISITA MÉDICA SEMANAL, SUPERVISÃO POR TELEFONE 24 HORAS; **EQUIPAMENTOS:** MALETA DE URGÊNCIA, KITS SINAIS VITAIS, MONITOR MULTIPARÂMETROS, ASPIRADOR PORTÁTIL, SUPORTE DE SORO, GLICOSÍMETRO, CAMA HOSPITALAR ELÉTRICA, COLCHÃO PNEUMÁTICO, CADEIRA HIGIÊNICA, KIR VIAS AÉREAS (NEBULIZADOR, AMBU E PERIF), VNI-BIPAP RESPIRONIC (PERIF), CONCENTRATOR 10/MIN., NOBREAK,	R$ 927,00	R$ 338.355,00

			CILINDRO DE OXIGÊNIO (RECARGA A PARTE); **INSUMOS:** LUVAS DE PROCEDIMENTO (100 PARES/MÊS), LUVAS ESTÉREIS (900 UNID./MÊS), GAZE COMUM 3.000 UND./MÊS, GAZE ESTÉRIL 30 PCT./MÊS, SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 12 (900 UND./MÊS), SERINGA 20ML (90 UND./MÊS), EQUIPO COMUM PARA DIETA 60 UND./MÊS), FRASCO DIETA 500ML (60 UND./MÊS), MÁSCARA COMUM (15 UND./MÊS), POLIFIX 02 VIAS (15 UND./MÊS), FRALDA TAMANHO M (240 UND./MÊS), FIXADOR TQT (30 UND./MÊS), MICROPORE TAM. 5CM X 10M (02 UND./MÊS), CÂNULA TQT (01 UND./MÊS), SONDA FOLEY Nº 12 (01 UND./MÊS), ÁLCOOL 70% COM 01L (02 UND./MÊS), ÁLCOOL GEL COM 500ML (02 UND./MÊS), PAPEL TOALHA (04 PCT./MÊS), SACO DE LIXO (60 UND./MÊS). **MEDICAMENTOS DE USO TÓPICO:** DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA, INCLUSO NA DIÁRIA.		
PREÇO TOTAL: R$ 338.355,00					

3.1 – O preço total estimado pelo Fundo Municipal de Saúde para o objeto da licitação é de **R$ 338.355,00 (trezentos e trinta e oito mil e trezentos e cinquenta e cinco reais)**.

4 – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1 – A prestação dos serviços será realizada nas condições estabelecidas no presente termo, no edital e seus anexos e no termo de contrato, seguindo os parâmetros de qualidade, com emprego de ferramental apropriado, e dispondo de infraestrutura e de equipe qualificada suficientes a perfeita execução do objeto contratado.

4.2 – A prestação dos serviços deverá ser realizada no domicílio do paciente, situado à Rua Ilka Vieira de Matos, nº 02, Grotão, Comendador Levy Gasparian/RJ.

4.3 – O início da prestação dos serviços deverá ocorrer imediatamente após a assinatura do termo de contrato, e a fiscalização adotará junto a empresa vencedora, oportunamente, todas as providências necessárias.

5 – DO RECEBIMENTO

5.1 – O recebimento ocorrerá em duas etapas:

a) Recebimento Provisório: O objeto será recebido provisoriamente na data da entrega da fatura/nota fiscal referente aos serviços prestados;

b) Recebimento Definitivo: No prazo de 05 (cinco) dias úteis, após o recebimento provisório, a fiscalização avaliará as características do objeto que, estando em conformidade com as especificações exigidas, fará o recebimento definitivo atestando a respectiva fatura/nota fiscal.

5.2 – O recebimento provisório ou definitivo pelo Fundo Municipal de Saúde não exclui a responsabilidade civil da empresa vencedora pela solidez e segurança do serviço, nem ético-profissional pela perfeita execução do objeto contratado, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo edital.

5.3 – A empresa vencedora é obrigada a reparar, corrigir, remover ou substituir, as suas expensas, no todo ou em parte, o objeto do contrato, incluindo seus empregados em serviço, se verificar vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou que a impeçam.

6 – DO PAGAMENTO

6.1 – O pagamento deverá ser realizado em 30 (trinta) dias, mediante apresentação da fatura/nota fiscal, atestada pelos fiscais do contrato, acompanhada do Certificado de Regularidade do FGTS, da Certidão Negativa de Débitos do INSS, da Certidão Negativa de Débitos do Município e do contrato assinado e publicado, após autuação da mesma no Protocolo do Município.

7 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1 – A despesa correrá pelo código de despesa **30.030.000.10.301.0026.2.074 – 3.3.90.39.00 – Ficha 271**, do orçamento vigente do Fundo Municipal de Saúde.

Giselle Vital Gobbi da Gama Cruz
Secretária Municipal de Saúde