



ANEXO - I

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – DO OBJETO

1.1 – O presente Termo de Referência tem por objeto o registro de preços para prestação de serviços de transporte de pacientes em ambulância tipo "D" (ambulância de suporte avançado - UTI Móvel Terrestre), adulto, infantil e neonatal, com equipe composta por motorista, médico e enfermeiro, para remoções intermunicipais, pelo período de 12 (doze) meses.

2 – DA JUSTIFICATIVA

2.1 – A contratação tem como finalidade garantir o transporte de pacientes em estado grave, prestando assistência de alta complexidade para remoções intermunicipais, uma vez que o Município não dispõe de veículo UTI móvel terrestre.

3 – DA QUANTIDADE, ESPECIFICAÇÃO E DO PREÇO ESTIMADO

ITEM	QUANT.	UND.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNITÁRIO	SUBTOTAL
1.1	10.000	KM	AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO "TIPO D", ADULTO, EQUIPE COMPOSTA POR MOTORISTA, MÉDICO E ENFERMEIRO, SISTEMA DE ATENDIMENTO 24 HORAS, DEVIDAMENTE EQUIPADA CONFORME LEGISLAÇÃO, PARA REMOÇÕES INTERMUNICIPAIS	R\$ 17,00	R\$ 170.000,00
1.2	5.000	KM	AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO "TIPO D", INFANTIL, EQUIPE COMPOSTA POR MOTORISTA, MÉDICO E ENFERMEIRO, SISTEMA DE ATENDIMENTO 24 HORAS, DEVIDAMENTE EQUIPADA CONFORME LEGISLAÇÃO, PARA REMOÇÕES INTERMUNICIPAIS	R\$ 20,00	R\$ 100.000,00
1.3	5.000	KM	AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO "TIPO D", NEONATAL, EQUIPE COMPOSTA POR MOTORISTA, MÉDICO E ENFERMEIRO, SISTEMA DE ATENDIMENTO 24 HORAS, DEVIDAMENTE EQUIPADA CONFORME LEGISLAÇÃO, PARA REMOÇÕES INTERMUNICIPAIS	R\$ 21,00	R\$ 105.000,00
1.4	67	HORA	HORA PARADA DA AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO "TIPO D", ADULTO, EQUIPE COMPOSTA POR MOTORISTA, MÉDICO E ENFERMEIRO, SISTEMA DE ATENDIMENTO 24 HORAS, DEVIDAMENTE EQUIPADA CONFORME LEGISLAÇÃO, PARA REMOÇÕES IN-	R\$ 140,00	R\$ 9.380,00



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE COMENDADOR LEVY GASPARIAN**
Rua Euclides Dantas Werneck, nº 06, Centro,
Comendador Levy Gasparian/RJ - CEP: 25.870-000
CNPJ: 11.813.986/0001-95 – Insc. Estadual: isenta
Tel: (24) 2254-1100 ***** Fax: (24) 2254-1049

			TERMUNICIPAIS		
1.5	33	HORA	HORA PARADA DA AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO "TIPO D", INFANTIL, EQUIPE COMPOSTA POR MOTORISTA, MÉDICO E ENFERMEIRO, SISTEMA DE ATENDIMENTO 24 HORAS, DEVIDAMENTE EQUIPADA CONFORME LEGISLAÇÃO, PARA REMOÇÕES INTERMUNICIPAIS	R\$ 225,00	R\$ 7.425,00
1.6	33	HORA	HORA PARADA DA AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO "TIPO D", NEONATAL, EQUIPE COMPOSTA POR MOTORISTA, MÉDICO E ENFERMEIRO, SISTEMA DE ATENDIMENTO 24 HORAS, DEVIDAMENTE EQUIPADA CONFORME LEGISLAÇÃO, PARA REMOÇÕES INTERMUNICIPAIS	R\$ 225,00	R\$ 7.425,00
PREÇO TOTAL: R\$ 399.230,00					

3.1 – O preço total estimado pelo Fundo Municipal de Saúde para o objeto da licitação é de R\$ 399.230,00 (trezentos e noventa e nove mil e duzentos e trinta 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 na ata de registro de preços, 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 – Os serviços serão executados conforme a necessidade, mediante solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, através de "Ordem de Serviço", constando o nome do paciente, a Unidade de Saúde de origem e a Unidade de Saúde de destino, dia e horário, assinaturas identificadas das partes.

4.3 – A empresa vencedora deverá prestar os serviços de segunda a domingo, inclusive feriados, com sistema de atendimento 24 (vinte e quatro) horas por dia.

4.4 – A empresa vencedora deverá atender a demanda programada quando houver a possibilidade de agendamento, e a demanda imediata quando houver urgência, comparecendo no local indicado no prazo máximo de 01h (uma hora).

4.4.1 – Não será admitida a alegação de impossibilidade de atendimento de chamadas sobre qualquer pretexto ainda que superveniente.

4.5 – Como 0 (zero) quilômetro, para fins de cálculo da distância a ser percorrida pelo veículo, será considerada a base da empresa, de onde o veículo se deslocará até o local do atendimento.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE COMENDADOR LEVY GASPARIAN**
Rua Euclides Dantas Werneck, nº 06, Centro,
Comendador Levy Gasparian/RJ - CEP: 25.870-000
CNPJ: 11.813.986/0001-95 – Insc. Estadual: isenta
Tel: (24) 2254-1100 ***** Fax: (24) 2254-1049

4.6 – Fica definido em 90 (noventa) quilômetros a distância máxima entre a base da empresa prestadora dos serviços e o Município de Comendador Levy Gasparian/RJ.

4.7 – A tripulação deverá ser formada por no mínimo, 03 (três) pessoas, sendo obrigatória a presença de 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) motorista.

4.8 – As ambulâncias deverão atender à Portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, seja na especificação, destinação, materiais, equipamentos e medicamentos disponíveis para o uso durante a remoção e, ainda, com relação à tripulação necessária e sua habilitação e qualificação. Deverão atender, também, a ABNT-NBR 14561/2000, de julho de 2000 e COFEN 375/2011.

4.9 – O veículo deverá se apresentar, em perfeitas condições de uso, limpo, abastecido e lavado, com todos os materiais, medicamentos e equipamentos, conduzido por motorista devidamente habilitado para o transporte a ser realizado e, com toda a tripulação específica e qualificada na forma regulada.

4.9.1 – Entende-se como veículo em boas condições de uso, quando todos os seus equipamentos, componentes e peças, se encontram sem desgaste excessivo, dentro dos limites de tolerância/utilização prescritos pelos fabricantes e/ou pela legislação.

4.10 – Hora parada de ambulância

4.10.1 – Para os casos em que a ambulância necessite ficar parada, visando o atendimento do objeto da licitação, a hora parada poderá ser cobrada somente a partir da primeira hora de espera.

4.11 – O início da prestação dos serviços deverá ocorrer **imediatamente** após a assinatura da ata de registro de preços, 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 despesas, no todo ou em parte, o objeto da contratação, incluindo seus empregados em serviço, se verificar vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou que a impeçam.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE COMENDADOR LEVY GASPARIAN**
Rua Euclides Dantas Werneck, nº 06, Centro,
Comendador Levy Gasparian/RJ - CEP: 25.870-000
CNPJ: 11.813.986/0001-95 – Insc. Estadual: isenta
Tel: (24) 2254-1100 ***** Fax: (24) 2254-1049

6 – DO PAGAMENTO

6.1 – O pagamento deverá ser realizado em 30 (trinta) dias, mediante apresentação da fatura/nota fiscal, atestada pelos fiscais da ata, acompanhada dos registros dos transportes realizados, do Certificado de Regularidade do FGTS, da Certidão Negativa de Débitos do INSS, da Certidão Negativa de Débitos do Município e da Ata de Registro de Preços assinada e publicada, 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.

Elaine de Abreu Stelmann
Secretária Municipal de Saúde