



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA  
CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

R: Ver Gabriel Francisco, 370 - Centro Tel (19) 3567-1286  
e-mail: saúde@santacruzdaconceicao.sp.gov.br

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. OBJETO**

**1.1** Registro de Preço de quilômetros para transporte de pacientes em UTI móvel e semi- UTI para atender ao Departamento Municipal de Saúde, utilizando ambulâncias de suporte avançado – UTI móvel, com médico, enfermeiro e condutor socorrista, dotada de equipamentos e materiais para transferência de pacientes e, de ambulâncias de suporte básico, com condutor socorrista, com equipe médica e enfermagem, dotada de equipamentos e materiais para transferência de pacientes.

**2.DA JUSTIFICATIVA**

**2.1** Justifica-se pela necessidade de transporte e locomoção dos pacientes, garantindo, assim, integridade, pois trata-se de um serviço essencial, contínuo e ininterrupto, não podendo, portanto, sofrer descontinuidade. A contratação por meio da locação se torna mais vantajosa pelo fator econômico, já que a empresa vencedora do certame disponibilizará veículos com Médico, Enfermeiro e Condutor Socorrista, dotadas de equipamentos médicos e materiais, ficando ainda responsável pela manutenção e substituição destes, quando necessário, mais encargos trabalhistas, seguro e outros que venham a surgir, garantindo, assim, a boa continuidade e fluidez nos serviços.

**3. DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**3.1** Os veículos, ambulâncias UTI móvel e de ambulâncias de suporte básico dotadas de equipamentos médicos e materiais deverão estar à disposição, para transferência de pacientes para outros hospitais, clínicas e demais locais em qualquer lugar do estado do São Paulo, sempre que solicitado pelo CONTRATANTE, seguindo as normas e legislação vigentes, da seguinte forma:



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA  
CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

R: Ver Gabriel Francisco, 370 - Centro Tel (19) 3567-1286  
e-mail: saúde@santacruzdaconceicao.sp.gov.br

- a) Ambulância Básica: por acionamento; a qual deverá atender a solicitação dentro do prazo de 1:00 hora
- b) Ambulâncias UTI móvel: por acionamento; a qual deverá atender a solicitação dentro do prazo de 00:30 hora
- c) Até 72 (setenta e duas) horas após a realização do serviço deve ser encaminhado ao Departamento de Saúde relatório contendo informações e valores do respectivo transporte realizado, cabe destacar que toda e qualquer remoção deve ser realizada mediante a solicitação prévia pela Diretora do Departamento Municipal de Saúde.

#### **4. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

**4.1** Apresentar atestado(s) de capacidade técnica ou contrato de prestação de serviços fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome da empresa, que comprove(m) sua aptidão para o desempenho das atividades previstas no termo de referência;

**4.1.1** Cartão de CNPJ;

**4.1.2.** Certidão de registro de pessoa jurídica, dentro do prazo de validade, na entidade profissional competente – Conselho Regional de Medicina (CRM) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

**4.1.3** Licença de Funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária, da sede da licitante.

**4.1.4** Declaração de que possui motorista e, se vencedora, no ato de assinatura do contrato, apresentará a Carteira Nacional de Habilitação do(s) condutor(es), com averbação da condição de transporte de emergência.

**4.1.5** Declaração de que a empresa possui apólice de seguro contra acidentes pessoais de passageiros, danos materiais e morais para terceiros e que, se vencedora, apresentará no ato de assinatura do contrato.

**4.1.6** Declaração de que a(s) ambulância(s) utilizada(s) na prestação dos serviços conta com equipamentos médicos para a respectiva função, estando a(s) mesma(s), tanto interna como externamente, em conformidade com as portarias



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA  
CONCEIÇÃO  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

R: Ver Gabriel Francisco, 370 - Centro Tel (19) 3567-1286  
e-mail: saúde@santacruzdaconceicao.sp.gov.br

CVS 9/94, GM/MS 2.048/02 e GM 814/01 e demais dispositivos normativos aplicáveis e que a licitante possui disponibilidade de veículo para a execução dos serviços.

**5.FORMA DE PAGAMENTO:**

**5.1** O pagamento das despesas decorrentes da presente licitação será efetuado pelo município em até 30 (trinta) dias, contados da data da emissão de nota fiscal/fatura da prestação de serviços, na forma de Boleto ou Ordem Bancária em conta corrente indicada pela contratada, mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais/Faturas, com os devidos atestes do responsável pelo acompanhamento.

**5.2** Todas as Notas Fiscais emitidas deverão ser eletrônicas e enviadas para o e-mail **nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br** para contabilização e pagamento.

**6. GESTOR/RESPONSÁVEL**

**6.1** Será designada como gestora do presente contrato a Senhora Simone Knorre, Diretora do Departamento Municipal de Saúde de Santa Cruz da Conceição.

**SIMONE KNORRE**  
**DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE**