



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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:

a) Ambulância Básica: por acionamento; a qual deverá atender a solicitação dentro do prazo de 1:00 hora



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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 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.



PREFEITURA MUNICIPAL SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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 Boletão 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.

Santa Cruz da Conceição, 13 de novembro de 2024.

SIMONE KNORRE
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE