**TERMO DE REFERÊNCIA**

1. **DESCRIÇÃO DO OBJETO**

 Revisão padrão de peças e serviços 10.000 KM do veículo GM ONIX / ONIX PLUS 1.0 TAT LTZ, placa SER7C61, ano/modelo 23/24, lotado na Secretaria Municipal de Saúde, exigida pela fabricante para garantia dos mesmos.

 **RESPONSÁVEL PELO TERMO DE REFERÊNCIA**

A confecção do presente Termo de Referência é de responsabilidade do servidor EVANDRO ANTONIO SANTI, da Secretaria Municipal de Saúde, cujo contatos para esclarecimentos seguem:

**E-mail:** **adm.saude@pmsas.pr.gov.br**

**Telefone: 46 3563 8000**

1. **CRITÉRIOS DE JULGAMENTO**

Solicitamos o critério de julgamento POR LOTE, haja visto que os serviços necessitam ser prestados por uma única empresa.

1. **SOLICITAÇÃO DE PROSPECTO OU AMOSTRAS**

Não se aplica.

1. **DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA**

**DOCUMENTOS TÉCNICOS DA EMPRESA PARA HABILITAÇÃO:**

Não se aplica.

**DOCUMENTOS TÉCNICOS PARA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA:**

Não se aplica.

1. **PRAZO DE ENTREGA E VIGÊNCIA**

Os serviços deverão ser prestados no **prazo máximo de 1 (um) dia**, de acordo com o cronograma de atividades da Secretaria Municipal de Saúde.

Os serviços deverão ser prestados de acordo com as solicitações, pelo período de **12 (doze) meses**, que será sua vigência.

Os serviços serão recebidos provisoriamente pelo responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência.

Os serviços poderão ser rejeitados no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste termo de referência, devendo ser adequados no prazo máximo de **1 (um) dia**, a contar da notificação da contratada, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

1. **LOCAL E FORMA DE ENTREGA**

Os serviços desta solicitação deverão ser entregues sem ônus de prestação de acordo com as solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, na sede da empresa prestadora.

1. **FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO E ACOMPANHAMENTO**

O recebimento dos serviços, fiscalização e acompanhamento da execução do contrato será efetuado pelo servidor abaixo indicado, a fim de verificar a conformidade dele com as especificações técnicas dispostas no mesmo.

**Fiscal: JOÃO MARIA DE SOUZA BOENO**

**Telefone: 46 3563 8000**

A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade do fornecedor, ainda que resultem de condições técnicas, vícios redibitórios ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior, e na ocorrência desta, não implica na responsabilidade da administração e de seus agentes e prepostos.

1. **ESCLARECIMENTOS TÉCNICOS**

Os esclarecimentos referentes aos documentos solicitados, dos serviços e demais especificações serão efetuadas pelo servidor abaixo indicado:

**Esclarecimentos: CAMILA REGINA RODRIGUES**

**E-mail: adm.saude@pmsas.pr.gov.br**

**Telefone: 46 3563 8000**

1. **OBSERVAÇÕES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**
* Os serviços deverão estar em conformidade com as normas e condições vigentes.
* A contratada deverá responsabilizar-se e arcar por quaisquer taxas ou emolumentos concernentes ao objeto da presente licitação, bem como demais custos, encargos inerentes e necessários para a completa execução das obrigações assumidas.
* A contratada deverá manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
1. **DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E VALOR ESTIMADO**

A cobertura das despesas necessárias aos serviços correrá à conta dos recursos específicos consignados a Secretaria Municipal de Saúde, constantes no Orçamento Geral do Munícipio e ainda possível a utilização de recursos de receita livre, que estarão detalhados no Parecer Contábil do processo licitatório.

O valor estimado (global) da presente contratação é de **R$ 1.394,72 (Hum Mil trezentos e noventa quatro reais e setenta dois Centavos).**

Os valores estimados supracitados não implicam em previsão de crédito em favor da contratada, que somente fará jus aos valores após a prestação dos serviços.

 O valor estimado da contratação e os respectivos valores máximos foram apurados de acordo com a comparação de valores praticados na média nacional em regime celetista, média a nível estadual, e planilha de custos com base na convenção coletiva de trabalho da categoria realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

1. **DESCRIÇÃO DETALHADA DO OBJETO, QUANTITATIVOS E VALOR**

As especificações técnicas dos serviços constantes neste termo de referência são apenas requisitos mínimos de qualidade indispensáveis para o fornecimento do produto contratado, não apresentando qualquer menção a marcas e mão de obra específica.

|  |
| --- |
| LOTE 001  |
| **Item** | **Produto/Serviço** | **Código produto/****serviço** | **Quantidade** | **Unidade** | **Preço Unitário** | **Preço máximo total** |
| **1** | SERVIÇO DE REVISÃO DE 10.000KM, do veículo ONIX PLUS 1.0 TAT LTZ, placa SER7C61, ano/modelo 23/24:CARTAO DE HIGIENIZAC VEDADOR BUJAO ONIX CRUZE FILTRO AR COND. EQUINOX/CRU/ON FILTRO DE OLEO PROTETOR CARTER MONTANA LIMPA AR CONDICIONADO LIMPA BICOS FLEX DESENGRIPANTE RADFLU OPTIKLEEN LIMPA PARA-BRISA OLEO ACD 5W30 DEXOS1 GEN |  | 1 | SERV | R$ 1.394,72 | R$ 1.394,72 |
| **TOTAL** | **R$ 1.394,72** |

1. **ANEXOS**

Em anexo estão os documentos necessários para subsidiarem o processo licitatório para contratação dos referidos serviços.

* Orçamentos e Pesquisas de Mercado;
* Documentação da empresa.
1. **GESTÃO E AUTORIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| Estou ciente que fui indicado como **FISCAL** responsável pelos contratos oriundos deste presente Termo de Referência.**JOÃO MARIA DE SOUZA BOENO** |
| Este Termo de Referência é exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde. Saliento que são de nossa total **RESPONSABILIDADE**, todas as informações fornecidas, tais como descritivo técnico e justificativa da real necessidade da contratação dos itens mencionados, bem como a realização e conferência dos orçamentos. No qual as mesmas serão dispostas ao Departamento de Licitações para realização de processo licitatório.  |
|  |
| **CAMILA REGINA RODRIGUES****SECRETÁRIA DE SAÚDE** | **EVANDRO ANTONIO SANTI****Responsável pelo Termo de Referência** |