**TERMO DE REFERÊNCIA**

1. **DESCRIÇÃO DO OBJETO**

Contratação de Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas para serviços médicos em regime de plantão noturno ou diurno, no Núcleo Integrado de Saúde (NIS I), conforme o chamamento 08/2023.

* 1. Detalhamento do objeto:

|  |
| --- |
| **Lote: 1 - Lote 001** |
| Item | Código do produto/Serviço | Nome do produto/serviço | Quantidade | Unidade | Valor estimado | Preço máximo total |
| 1 |  | Plantão para serviço de médico GENERALISTA, diurno/noturno de segunda a sexta-feira. | 3.000 | Horas | R$ 100,00 | R$ 300.000,00 |
| **TOTAL** | **300.000,00** |

1. **JUSTIFICATIVA/MOTIVAÇÃO DO ATO**

Justifica-se a contratação deste serviço de consultas para atender aos plantões noturnos/diurnos no NIS I – Núcleo Integrado de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, considerando, que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo um direita social constitucionalmente previsto; amparo legal dado pelo inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal.

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos, oferecendo os serviços de saúde adequados.

Para que haja o preenchimento de vagas para o cargo de médico generalista para realizar plantões noturnos no NIS I – Núcleo Integrado de Saúde, para que possa ter atendimento à população que trabalha durante o dia em um horário alternativo, bem como, para atendimento de Urgência e Emergência.

1. **FISCAL DA CONTRATAÇÃO**
	1. 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.

**NOME DO SERVIDOR**: DARIÉLI BREMBATTI

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

**Telefone:** 46 99121-1478

* 1. 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. **DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA**
	1. Documentos Técnicos Da Empresa Para Habilitação:
* Solicitamos cópia do Registro da entidade Profissional de Classe junto ao CRM-PR;
	1. Documentos Técnicos Para Aceitação Da Proposta:

Não se aplica.

1. **ORÇAMENTO ESTIMADO – COMPOSIÇÃO DOS PREÇOS**
	1. A cobertura das despesas necessárias à aquisição dos produtos 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.
	2. O valor estimado (global) da presente contratação é de **R$ 300.000,00(Trezentos mil reais),** ao ano.
	3. 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.
2. **ESPECÍFICAÇÕES TÉCNICAS PERTINENTES**

Não se aplica.

1. **OBSERVAÇÕES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**
* Cumprir carga horária de trabalho conforme escala entregue pela Secretaria de Saúde;
* Utilizar o Ponto Biométrico para registro de horário de trabalho;
* Fazer uso do sistema informatizado do Município (winsaúde), para registro de atendimentos realizados, prescrições, prontuários etc, inclusive prescrevendo medicamentos e procedimentos de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS (remune, rename, sigtap);
* Realizar consultas médicas, executando anamnese e exames físicos que possibilitem hipóteses diagnósticas;
* O plantão é responsabilidade do médico conforme escala, porém, caso precise realizar troca, está também é compromisso do profissional;
1. **ANEXOS**

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

8.1.1 Orçamentos e Pesquisas de Mercado;

8.1.2 Planilha de Obtenção de Valor Estimado.

1. **GESTÃO E AUTORIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| Estou ciente que fui indicado como **FISCAL** responsável pelos contratos oriundos deste presente Termo de Referência.**DARIÉLI BREMBATTI** |
| Este Termo de Referência é exclusivo da Secretaria de Saúde. Saliento que são de nossa total **RESPONSABILIDADE**, todas as informações fornecidas, tais como descritivo técnico e justificativa da real necessidade da aquisição 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. Santo Antonio do Sudoeste, PR – 20 de março de 2024. |
| **CAMILA REGINA RODRIGUES****Secretária Municipal de Saúde** | **DARIÉLI BREMBATTI****Responsável pelo Termo de Referência** |