TERMO DE REFERÊNCIA PARA COTAÇÃO DE PREÇOS

Processo nº 0001/2025

---

1. IDENTIFICAÇÃO

Contratante: Santa Casa de Misericórdia de Cabreúva
CNPJ: 45.721.180/0001-39
Endereço: Praça Comendador Martins, nº 176, Centro – Cabreúva/SP, CEP 13315-035
Representante Legal: Sr. Pedro Itiro Tagliari Koyanagi
Município Executor: Prefeitura Municipal de Cabreúva

2. OBJETO

O presente Termo de Referência tem como objeto a contratação de Pessoa Jurídica para prestação de serviços médicos, nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria, a serem executados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Cabreúva, conforme estabelecido no Plano de Trabalho firmado com a Prefeitura Municipal.

3. JUSTIFICATIVA

A contratação visa assegurar a continuidade e a regularidade da assistência médica à população, conforme previsto nas obrigações do Plano de Trabalho firmado com a Administração Pública local.

4. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

Local de Execução: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Cabreúva/SP

Quantidade de Plantões por Semana:

- Clínica Médica: 5 plantões diurnos e 3 plantões noturnos
- Pediatria: 2 plantões diurnos e 2 plantões noturnos

Os serviços deverão ser prestados por profissionais devidamente habilitados, respeitando os protocolos médicos e normas técnicas vigentes.

5. VIGÊNCIA E PAGAMENTO

- Vigência do contrato: 12 (doze) meses, prorrogável conforme interesse das partes.
- Os pagamentos serão efetuados mensalmente, mediante apresentação de nota fiscal e relatório validado dos plantões realizados, conforme contrato.

6. CRITÉRIOS DE ANÁLISE DAS PROPOSTAS

Serão considerados na análise das propostas:

- O menor valor por plantão;
- A disponibilidade da empresa para cobrir a escala proposta;
- A qualificação técnica da equipe indicada;
- A regularidade jurídica, fiscal e profissional da empresa.

7. FORMA DE APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS

As empresas interessadas deverão encaminhar suas propostas em papel timbrado, contendo obrigatoriamente:

- Razão Social e CNPJ da empresa;
- Nome e contato do responsável pela proposta;
- Valor por plantão (diurno e noturno) para cada especialidade;
- Indicação da disponibilidade dos profissionais conforme a escala descrita;
- Validade da proposta (mínimo de 30 dias);
- Assinatura do responsável legal da empresa.

8. PRAZO E ENVIO DAS PROPOSTAS

As propostas deverão ser encaminhadas até às **12h do dia 26 de abril de 2025**, por um dos seguintes meios:

- E-mail: administracao@santacasacabeuva.com.br
- Entrega Presencial: Sede da Santa Casa de Cabreúva (endereço descrito no item 1).

9. CONDIÇÕES GERAIS

- A Santa Casa reserva-se o direito de solicitar documentos complementares para a habilitação das empresas proponentes;
- A simples apresentação da proposta não garante a contratação, que está condicionada à análise técnica e financeira;
- Os serviços contratados deverão ser executados conforme os princípios éticos e os protocolos clínicos adotados pelo Sistema de Saúde.

Cabreúva/SP, 24 de abril de 2025

Sr. Pedro Itiro Tagliari Koyanagi
Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Cabreúva
CPF nº 331.804.608-65

Documento assinado digitalmente
PEDRO ITIRO TAGLIARI KOYANAGI
Data: 24/04/2025 11:52:28-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

[PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA PROPONENTE]

PROPOSTA COMERCIAL PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

À
Santa Casa de Misericórdia de Cabreúva

Prezados Senhores,

Em atenção ao Termo de Referência emitido por essa instituição, apresentamos nossa proposta comercial para a prestação de serviços médicos, conforme as condições a seguir detalhadas:

---

1. DADOS DA EMPRESA PROPONENTE

- **Razão Social: _____**
- **CNPJ: _____**
- **Endereço Completo: _____**
- **Responsável Legal: _____**
- **Contato (telefone e e-mail): _____**

---

2. VALORES PROPOSTOS

Especialidade	Valor por Plantão Diário (R$)
Clínica Médica	R$ _____
Pediatria	R$ _____

- **Validade da Proposta:** [mínimo de 30 (trinta) dias corridos]

---

3. DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE

Declaramos, para os devidos fins, que nossa empresa possui disponibilidade de profissionais médicos devidamente qualificados e habilitados para o exercício da medicina, em conformidade com as normas éticas, legais e regulamentares vigentes, comprometendo-se a atender às escalas estabelecidas pela Santa Casa de Misericórdia de Cabreúva.

Local e Data: _____

[Nome Completo do Responsável Legal]
Cargo: _____
CPF: _____

Assinatura: _____