

Goiânia, 03 de Agosto de 2020.

TERMO DE REFERÊNCIA N.º 002**1. DO OBJETO**

Constitui objeto do presente Termo de Referência a contratação uma IAC – Instituição Acreditadora, devidamente credenciada pela ONA, para avaliar o HDT, para que este possa recertificar e manter o Nível II de Acreditação Hospitalar, metodologia da Organização Nacional de Acreditação - ONA, tendo em vista a necessidade crescente de garantir a qualidade, segurança e melhoria contínua dos serviços assistenciais prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde, conforme é previsto no contrato de gestão 091/2012, para o Hospital de Doenças Tropicais, localizado na cidade de Goiânia, Estado de Goiás, na Avenida Contorno n° 3556, Jardim Bela Vista, Goiás, CEP 74.853-400.

2. JUSTIFICATIVAS PARA CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO

A justificativa de contratação de empresa para consecução deste serviço se dá, dentre outros, por dois motivos mais prementes, a saber:

- a) A necessidade de promover ações que garantam a resolubilidade, qualidade, segurança e melhoria contínua dos serviços assistenciais prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde do Hospital de Doenças Tropicais, com base no modelo de Acreditação Hospitalar, metodologia ONA e;
- b) Buscar e manter certificação de qualidade e sempre evoluir o sistema de gestão pela qualidade, visando o aprimoramento da gestão e da qualidade assistencial, através da evolução do Sistema de Gestão pela Qualidade.

3. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO SERVIÇO



3.5 OBRIGAÇÕES DA EMPRESA CONTRATADA

Promover ações direcionadoras que garantam o atendimento às observações / recomendações, resultantes da última visita registrada em relatórios;

- Disponibilizar material de apoio educacional através de Vídeos, e-books, artigos e infográficos que nos auxiliam com informações sobre a segurança do paciente e melhoria contínua da qualidade;
- Sugerir, recomendar e emitir parecer quanto às melhores ferramentas de qualidade que se adapta ao perfil da Unidade, quanto à formatação e aplicação / preenchimento destas ferramentas.

3.6 OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela CONTRATADA com relação ao objeto deste Contrato;
- Acompanhar o recolhimento do enxoval sujo bem como receber a rouparia limpa, fazer a conferência e a pesagem juntamente com representante da contratada;
- Fiscalizar e orientar quanto às medidas necessárias de biossegurança para garantir a eficiência e eficácia no serviço prestado buscando a excelência na execução das atividades em todo o processo.

4. DA PROPOSTA

A proposta deverá ser apresentada de maneira a:

- 4.1. Não conter rasuras ou emendas;
- 4.2. Estar assinada, carimbada e rubricada em todas as suas vias pelo representante legal, com indicação do cargo por ele exercido na empresa e encaminhado aos cuidados do Diretor Executivo do Hospital Estadual de Doenças Tropicais em envelope lacrado e assinado.



8.1.O prazo para o pagamento será de 60 (Sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

8.2.A nota fiscal deverá ser emitida em nome/razão social: Instituto Sócrates Guanaes – ISG – CG 91/2012 CNPJ/MF nº 03.969.808/0003-31, com endereço na Av. Olinda Quadra: H 4 LT 1/03 – Parque lozandes - CEP 74.884.120 – Goiânia – Goiás. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1.Não serão aceitas propostas que apresentem preço global ou unitário simbólicos, irrisórios ou de valor zerado, incompatíveis com os preços praticados pelo mercado.


HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS
Plataforma de Gestão de Qualidade
Coordenadora de Gestão de Qualidade

Assinatura do Coordenador ou Supervisor.