Processo Seletivo	**CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS**
02/2025	

Formosa/GO, 14 de abril de 2025.

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO, vem convidá-los a submeter suas propostas para o processo seletivo sob referência, considerando que a referida contratação faz-se necessária para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo IMED junto à **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO - UNIDADE FORMOSA**, tendo em conta que o IMED é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Termo de Colaboração firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde (Termo de Colaboração n° 88/2024 – SES).

A publicação desta convocação é dispensada em razão do seu enquadramento no art. 15 do Regulamento para os Procedimentos de Compras, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações do IMED (“Regulamento de Compras”), previamente aprovado pela CGE (Corregedoria do Estado de Goiás), o qual pode ser conferido no site do IMED.

Objeto da Proposta: Prestação de Serviços de Distribuição de Benefícios.

As Propostas deverão ser submetidas no modelo do Anexo I a este Convite. Ao submeter a Proposta, entende-se que o ofertante aceitou todos os termos e

condições abaixo estabelecidas, sendo desconsideradas quaisquer condições divergentes, podendo também o IMED, a seu critério, desclassificar a Proposta:

1) Termos e Condições da Oferta:

Prazo para envio das Propostas:	23/04/2025 até 18h
Validade da Proposta:	120 dias a contar de sua apresentação.
E-mail para envio da Proposta:	rfp@poli-formosa.org.br
Critério de Julgamento:	Menor preço mensal

2) Termos e Condições do Contrato:

Local de Prestação dos Serviços:	Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa,CEP: 73.805-201
Prazo estimado de vigência:	Até a data de término prevista para o Termo de Colaboração n° 88/2024 – SES I firmado entre IMED e SES / GO.
Condição de Pagamento:	até o dia 15 (quinze) do mês posterior ao da prestação dos serviços.

3) Documentos a serem anexados à Proposta:

I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;
III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;
IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento;
V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;

VIII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual de Goiás, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais;

IX. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais;

X. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS - CRF; e

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

Documentos adicionais poderão ser incluídos por compras

4. FORMA DE APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS:

O proponente deverá apresentar:

1. **PROPOSTA TÉCNICA**, contendo a descrição detalhada do objeto, fabricante, marca, modelo, registro na ANVISA, quando aplicável, acompanhada de catálogos, material promocional, informativos técnicos, manuais entre outros materiais que possam auxiliar o IMED na avaliação do objeto, e;

2. **PROPOSTA COMERCIAL** (conforme ANEXO I).

Ao submeter a Proposta, entende-se que o ofertante aceitou todos os termos e condições abaixo estabelecidas, sendo desconsideradas quaisquer condições divergentes, podendo também o IMED, a seu critério, desclassificar a Proposta

5. DESCRIÇÃO DO OBJETO:

A empresa contratada deverá fornecer cartões benefícios para os empregados da Contratante, nas seguintes condições:

I. O cartão deve ser aceito em uma ampla rede de estabelecimentos comerciais no território nacional, que incluam supermercados, restaurantes, lanchonetes, postos de combustíveis, entre outros, conforme seu tipo;

II. O saldo do cartão deverá ser carregado mensalmente, conforme as regras e valores definidos pela Contratante;

III. O sistema de recarga dos cartões deverá permitir gestão automatizada, de forma a garantir o carregamento no prazo acordado;

IV. A Contratada deve fornecer relatórios detalhados, quando solicitado, contendo dados sobre o uso dos cartões, saldos e recargas;

V. O cartão deve ser bloqueado em caso de perda ou roubo, mediante solicitação do usuário ou da Contratante.

A proponente deverá fornecer cartões que atendam aos seguintes benefícios:

a) **Gestão de Vale Transporte:** Benefício que o empregador antecipará ao empregado para aquisição de gêneros de mobilidade para uma média de 70 usuários, podendo ser ajustada de acordo com a demanda, sem necessidade de novo contrato, mediante prévia precificação.

b) **Benefício Refeição/Alimentação:** Benefício que o empregador antecipará

ao empregado para aquisição de gêneros alimentícios para uma média de 70 usuários, podendo ser ajustada de acordo com a demanda, sem necessidade de novo contrato, mediante prévia precificação.

c) **Cartão Combustível:** Benefício Ticktet Car em quantidade estabelecida pela Contratante em Cartão Pré-Pago.

A proponente deverá disponibilizar sistema para registro de chamados e comunicados em plataforma própria, assim como canal de atendimento ao cliente (telefone, e-mail e chat) com atendimento 24/7.

Em caso de perda, roubo ou defeito, o cartão deverá ser reposto no prazo máximo de 5 dias úteis após a solicitação.

Service Level Agreement – SLA (Contrato de Nível de Serviço)

O IMED avaliará o serviço prestado pela Contratada através de indicadores SLA e aplicará descontos quando ocorrer o não atingimento da pontuação abaixo descrita:

ITEM I	DESCRIÇÃO	NOTA	NOTA OBTIDA
Disponibilidade do sistema durante 24h por dia e 7 dias por semana	Disponibilidade mensal mínimo de 99,5%	4	
	Disponibilidade mensal de 99,0% a 99,4%	2	
	Disponibilidade mensal menor que 99%	0	
ITEM II	**DESCRIÇÃO**	**NOTA**	**NOTA OBTIDA**
Prazo de recargas em até 24h	Recardas mensais com execução em até 24 horas	4	
	Recargas mensais com execução de 25 a 30 horas	2	
	Recargas mensais com execução acima de 30 horas	0	
ITEM III	**DESCRIÇÃO**	**NOTA**	**NOTA OBTIDA**
Atendimento ao Usuário	Resposta de chamados em até 2 horas	4	
	Resposta de chamados de 2,5 a 3 horas	2	
	Resposta de chamados acima de 3 horas	0	
ITEM IV	**DESCRIÇÃO**	**NOTA**	**NOTA OBTIDA**
Reposição de Cartão	Reposição de cartão em até 05 dias úteis	4	
	Reposição de cartão em de 06 a 07 dias úteis	2	

	Reposição de cartão acima de 07 dias úteis	0	

Nota final:	
A nota final será composta do resultado da somatória total dos pontos obtidos	
(Obs.: nota máxima: 16 / nota mínima: 6)	
RESULTADO DA AVALIAÇÃO	**FAIXA DE AJUSTE NO PAGAMENTO (MENSAL)**
Nota maior ou igual a 14	Pagamento de 100% do valor da fatura
Nota entre 10 e 12	Pagamento de 96,6% sobre o valor da fatura no mês de sua aplicação
Nota entre 6 e 8	Pagamento de 93,3% sobre o valor da fatura no mês de sua aplicação
Nota abaixo de 6	Pagamento de 90% sobre o valor da fatura no mês de sua aplicação
No caso de avaliações com nota final igual ou abaixo de 10, obrigatoriamente a empresa deverá apresentar justificativa em até 05 (cinco) dias para análise da CONTRATANTE. O não envio ou a avaliação de não procedência da justificativa apresentada acarretará penalidade nos termos do contrato.	

A contratada será responsável pela manutenção de registros detalhados de conformidade com o SLA e deverá apresentar relatórios mensais à contratante

Atenciosamente,

Equipe do Processo Seletivo da Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa

ANDRE SILVA
SADER:17072541845

Assinado de forma digital por
ANDRE SILVA
SADER:17072541845

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

ANEXO I

PROPOSTA DE PREÇOS

AO
IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento

Prezados Senhores,

Vimos pela presente apresentar nossa Proposta para atender ao processo seletivo emergencial para a prestação de serviços de Distribuição de Benefícios, voltado para dar suporte às atividades de gestão pelo IMED junto à Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa, em atendimento ao Convite 02/2025.

A - DADOS DO FORNECEDOR

Razão Social:	
CNPJ/CPF:	
Inscrição Estadual:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	
Contato:	
Dados Bancários:	

B – PROPOSTA DE PREÇOS

Descrição	Valor Mensal
Gestão de Vale Transporte	R$
Benefício Refeição/Alimentação	R$
Cartão Combustível	R$
Preço Total Mensal (com impostos)	**R$**

A validade da proposta é de 120 (cento e vinte) dias a contar de sua apresentação.

O preço ofertado inclui todos os custos e despesas diretos ou indiretos inerentes à completa execução do objeto, incluindo custos de pessoal, encargos trabalhistas, previdenciários, securitários, impostos e tributos de qualquer natureza.

O proponente declara aceitar e cumprir com todos os requisitos da Carta Convite.

Local e data.

_____
Representante Legal