



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

TERMO DE REFERÊNCIA DE SERVIÇOS
PAE Nº 2026/2139371

O QUE SERÁ CONTRATADO?						
Item	Descrição	Código SIMAS	Und	Qtd	Valor Unitário Estimado**	Total**
1	<p>ALIMENTOS E BEBIDAS PARA EVENTOS. BEBIDAS: - Suco de frutas 300 ml por pessoa, 02 opções: (Maracujá, goiaba, acerola, abacaxi).</p> <p>ALIMENTOS: Entradas 02 opções Salgados: - Frios e quentes (Folheados, pães, pães de queijo, enrolado de queijo, miniquibe, coxinha). - Doces 02 opções: doces folheados, brigadeiros, casadinho, beijinhos e docinhos de leite ninho; biscoitos de castanha amanteigado, goiabada).</p> <p>Pratos quentes (escolher uma opção): - Estrogonofes (carne ou Frango); - Carne ao Molho Madeira; - Almondegas ao molho; - Filé de frango empanado;</p> <p>Pratos frios (escolher uma opção): - Salpicão de frango; - Macarronese; - Macarrão ao molho branco.</p>	23121-5	UND	1.000	R\$ 59,43	R\$ 59.430,00



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

<p>Guarnições:</p> <ul style="list-style-type: none">- Espaguete ao alho e óleo, Arroz branco;- Farofa c/ Batata palha;- Saladas (escolher duas opções):- De batatas c/ maionese Americana;- Salada crua Legumes refogados <p>Sobremesa (escolher uma das opções):</p> <ul style="list-style-type: none">- Musse de morango ou maracujá;- Pavê de chocolate c/ morango; - Bolo gelado. <p>MATERIAIS:</p> <p>Rechauds Pratos</p> <ul style="list-style-type: none">- Taças de vidro; Talheres em aço; Jarras em vidro; Porta guardanapos; Guardanapos em papel.- Suporte térmico para bebidas;- Toalhas (brancas). <p>• Entrega e montagem dos alimentos e bebidas no local indicado com antecedência mínima de 02 (duas) horas do início do evento, e retirada dos insumos no mesmo local, Com fornecimento de mão de obra para servir (garçom).</p>						
					VALOR GLOBAL ESTIMADO**	R\$ 59.430,00

** O valor estimado está previsto no estudo técnico preliminar, mas ele pode ser *sigiloso*. Caso seja *sigiloso*, no campo "O orçamento estimado é sigiloso?" deverá ser preenchida a justificativa.

DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO	
QUAL O MOTIVO DA CONTRATAÇÃO?	Atendimento ao PAC (Plano Anual de Contratações) conforme estabelecido Desenvolvimento de competências, de acordo com os padrões exigidos dentro das normas sanitárias, para o bom andamento dos eventos.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

NATUREZA E GARANTIA DO SERVIÇO

NATUREZA	Serviço comum de natureza não continuada.
HAVERÁ GARANTIA DO SERVIÇO?	<input type="checkbox"/> Sim. Deverá prestar garantia pelos serviços prestados de, no mínimo, X meses, após a sua conclusão. <input checked="" type="checkbox"/> Não.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

FORMA DE CONTRATAÇÃO	<input type="checkbox"/> Inexigibilidade de licitação, com fundamento no art. 74, Y, da Lei Federal nº 14.133/21. <input checked="" type="checkbox"/> Dispensa de licitação em razão do valor* , com fundamento no art. 75, II, da Lei Federal nº 14.133/21. * Nesta hipótese, deve-se utilizar preferencialmente a dispensa eletrônica.
	<input type="checkbox"/> Dispensa de licitação, com fundamento no art. 75, Y, da Lei Federal nº 14.133/21. <input type="checkbox"/> Pregão eletrônico.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> Menor preço. <input type="checkbox"/> Maior desconto.
O ORÇAMENTO ESTIMADO É SIGILOSOS?	<input type="checkbox"/> Sim. Justificativa: (Indicar o motivo da escolha do orçamento sigiloso para a contratação). <input checked="" type="checkbox"/> Não.
CRITÉRIO PARA A PROPOSTA SER ACEITA	A proposta deve observar os valores unitários e global máximos aceitáveis conforme planilha de composição de preços do orçamento estimado*. Validade da proposta de 90 dias. * Se o orçamento estimado for <i>sigiloso</i> , o licitante não saberá os valores unitários e global máximos, razão pela qual o critério de aceitabilidade do preço também será considerado " <i>sigiloso</i> " para todos os fins.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

<p>HÁ ITENS COM PREFERÊNCIA PARA MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim. Indicar os itens: (Especificar o Item) <input checked="" type="checkbox"/> Não.</p>
<p>REQUISITOS DA CONTRATADA</p>	
<p>SERÁ EXIGIDA HABILITAÇÃO TÉCNICA?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim. Qual? (Especificar a exigência) Por (A exigência de habilitação técnica deve ser justificada). <input checked="" type="checkbox"/> Não.</p>
<p>QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS EXIGIDAS</p>	<p><input type="checkbox"/> Declaração de ciência das in- Justificativa: formações necessárias para o <i>(Justificar o motivo da exigência, indicando a legislação aplicável, se for o caso)</i> cumprimento da futura obrigação contratual.</p>



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

	<p><input type="checkbox"/> Registro na entidade profissional competente. Justificativa: (Justificar o motivo de cada exigência, indicando a legislação aplicável, se for o caso).</p> <p><input type="checkbox"/> Indicação de pessoal técnico, instalações e aparelhamento para o cumprimento da futura obrigação contratual com a exigência, indicando a legislação aplicável, se for o caso). Justificativa: (Justificar o motivo da comprovação de qualificação técnica de cada membro da equipe técnica responsável pela execução dos trabalhos).</p> <p><input type="checkbox"/> Atestado de responsabilidade técnica relativos à qualificação técnico-profissional com comprovação de registro em conselho profissional competente, quando for o caso. Justificativa: (Justificar o motivo da exigência, indicando a legislação aplicável, se for o caso).</p> <p>(X) Atestado de capacidade, Justificativa: Art. 67 paragrafo 5º da Lei 14.133/2021. técnico operacional.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro previsto em lei especial. Justificativa: (Justificar o motivo da exigência, indicando a legislação aplicável, se for o caso). Especificar: (Indicar o requisito e o seu fundamento legal). Não será exigida prova de qualificação técnica em razão da baixa complexidade da contratação.</p>
<p>HÁ CRITÉRIO DE SUSTENTABILIDADE?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim. Especificar: (Indicar o critério).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não.</p>



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

HÁ RISCOS A SEREM ASSUMIDOS PELA CONTRATADA?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim. Especificar: Não cumprimento de horários. <input type="checkbox"/> Não.
HÁ PREVISÃO DE VISTORIA?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim. O licitante deverá realizar vistoria nas instalações do local de execução dos serviços até 02 (dois) dias antes da cotação eletrônica, no horário de 09H às 15H , mediante agendamento para acompanhamento de servidor do órgão. Caso o licitante não tenha interesse na vistoria, deverá firmar declaração nesse sentido, concordando com as condições do local de trabalho, renunciando à possibilidade de alegar desconhecimento das instalações posteriormente. <input type="checkbox"/> Não.
FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	
COMO O SERVIÇO SERÁ PRESTADO?	<input type="checkbox"/> O serviço será prestado conforme emissão de ordem de serviço. <input checked="" type="checkbox"/> O Serviço terá início imediato a partir da assinatura do contrato, contudo a prestação poderá estar sujeita à emissão de ordem de serviço pelos fiscais do contrato designadas: Lauany de Nazaré da Silva Brito Anna Paula Faro de Castro Adriana de Sousa Lisboa
LOCAL E HORA DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	O serviço deve ser prestado no endereço: 2º Centro Regional de Saúde com sede na Rua Capitão Noé de Carvalho nº 1727, Bairro Juazeiro na cidade de Santa Isabel/PA, no horário designado na Ordem de Serviço
PRAZO, FORMA DE PAGAMENTO E GARANTIA DO CONTRATO	
PRAZO DO CONTRATO	<ul style="list-style-type: none">12 (doze) meses.
HAVERÁ POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO?	(X) Sim, nas hipóteses do art. 107 e art. 111 da Lei Federal nº 14.133/21. () Não.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

FORMA DE PAGAMENTO	Meio Ordem bancária.
	Onde? Conta corrente informada pela contratada. Obs. Não poderá ser conta digital
	Qual o prazo? Até 30 dias corridos, a contar do recebimento da nota fiscal (ou fatura) com o comprovante de regularidade fiscal da contratada.
	Prova da regularidade fiscal A regularidade fiscal pode ser provada: 1. por consulta ao SICAF ou Cadastramento Unificado de Licitante; ou 2. pela apresentação dos documentos constantes no art. 68 da Lei Federal nº 14.133/21, quando não for possível consultar aos sistemas oficiais.
QUAL A GARANTIA DO CONTRATO?	<input type="checkbox"/> X% do valor inicial do contrato. <input checked="" type="checkbox"/> Não há. Justificativa: <i>(O percentual somente pode ser superior a 5% mediante justificativa na complexidade técnica ou nos riscos envolvidos, não podendo ser superior a 10%).</i> Justificativa: <i>Baixa complexidade do serviço.</i>
PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA	
DADOS ORÇAMENTÁRIOS DA CONTRATAÇÃO	Funcional Programática: 908338/908302/908889/906775. Elemento de Despesa: 339030. Fonte do Recurso: 01500100203-000000/01600000049-001435. Plano Interno: 1020008338C/1020008889C/1020006775C/1020008302C. Obs: A Dotação Orçamentária será informada por ocasião da emissão do atestado de disponibilidade orçamentária.

Santa Izabel (PA), 13 de fevereiro de 2026.

Maria Elizete Ramos Mendes
Mat. 5744717-3
AG. DE PLANEJAMENTO E CONTRATAÇÃO



ASSINATURAS

Número do Protocolo: 2026/2139371

Anexo/Sequencial: 8

Este documento foi assinado eletronicamente na forma do Art. 6º do Decreto Estadual Nº 2.176, de 12/09/2018.

Assinatura(s) do Documento:

Assinado eletronicamente por: Maria Elizete Ramos Mendes, **CPF:** ***.728.482-**

Em: 13/02/2026 12:59:39

Aut. Assinatura: 07039893417e287e417afaa3c7a9effed1ab9c22be9e2292641ca0632dd53a31





**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE**

TERMO DE VISTORIA

Declaro que realizei vistoria e declaro inclusive, para os devidos fins, que conheço as condições dos locais para a execução do serviço da Dispensa de Licitação Eletrônica nº 001/2026 do 2º Centro Regional de Saúde/SESPA.

OU

Declaro que optei por NÃO realizar vistoria dos locais para a execução do serviço da Dispensa de Licitação eletrônica nº 001/2026 do 2º Centro Regional de Saúde/SESPA e declaro que tenho pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes à natureza do trabalho, que assumo total responsabilidade por este fato e que não utilizarei deste para quaisquer questionamentos futuros que possam ensejar avenças técnicas ou financeiras com o 2º Centro Regional de Saúde/SESPA.

Local, data

.....
Assinatura Nome da Empresa
Nome do Representante legal que assina