TERMO DE REFERÊNCIA PARA AQUISIÇÕES EMERGENCIAIS DE PRODUTOS MEDICOS CONFORME LEI NLLC 14.133/202

À Gestão de Suprimentos,

Conforme estabelecido pelo Artigo 5º do Decreto Estadual 53.384/2022, que regula a fase preparatória das licitações e contratações diretas, no âmbito do Poder Executivo Estadual, apresentamos este documento, com o propósito de atender às necessidades administrativas relacionadas ao objeto descrito neste documento.

1. Identificação da Unidade Requisitante

1.1. Setor/Serviço requisitante: SUPRIMENTOS/PLANEJAMENTO

1.2. Responsável pela demanda: FERNANDA GALVÃO SANTANA

1.3. Contato: (81) 3181-5589

2. Objeto da Contratação

2.1. Contratação direta, via dispensa de licitação emergencial, para aquisição de PRODUTOS MÉDICOS, visando atender às necessidades do Hospital da Restauração para continuidade da assistência.

3. Descrição e quantidades :

CÓDIGO EFISCO	DESCRIÇÃO ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE SOLICITADA	ESTOQUE ATUAL	CMM

4862147	COMPONENTES PARA EQUIPAMENTOS MEDICO HOSPITALAR - KIT PARA IMPRESSAO, INSUMOS: 06 CAIXAS COLETORAS, 12 ROLOS DE PAPEL DUPLO, 03 FITAS PARA IMPRESSORA, 03 VAPORIZER PLATES EA 1,COMPATIVEL COM ESTERILIZADOR DE PLASMA POR PEROXIDO DE HIDROGENIO,MARCA JOHNSON E JOHNSON, MODELO STERRAD 100S - MARCA: JOHNSON - UNIDADE	UNIDADE	5	0	0,4

3.1. O quantitativo foi estimado para atendimento da demanda assistida pelo HR, por um período médio de 180 dias

3.2. Foi considerado por esta unidade de saúde, para fins de cálculo para definição da quantidade solicitada, o consumo médio mensal atualizado, referente ao período de 01/10/2024 a 30/09/2025, tendo sido incluídos na análise todos os meses que apresentaram consumo diferente de zero. Os meses em que não houve consume não foram incluídos na memória de cálculo. O valor intencionado foi arredondado considerando possíveis valores de caixa. Ainda convém informar que a falta de regularidade de distribuição no período avaliado é resultante do desabastecimento e demanda reprimida, pela ausência de contratação, ocasionando desabastecimento e/ou restrição de uso. Foi definido obedecendo à metodologia baseada no consumo médio mensal do(s) item(s) nos últimos meses, utilizando como referencial os relatórios provenientes da Plataforma **CEOS (** 96621312 e 96621492 **)**

4. Da Justificativa do Quantitativo

4.1. **HISTÓRICO DE LICITAÇÃO PARA O ITEM:**

SEM PROCESSO NA SES

AD 399/2024 VENCIDO
VAL: 03/06/25 - R$ 3.040,00

PE HR ARQUIVADO

5. Se o item solicitado necessitar de comodato de equipamento, descrever neste campo a especificação do equipamento e quantidade necessária;

6. Estimativa de prazos

6.1. **Momento estimado para início do fornecimento: Após a emissão do empenho**

7. Dos prazos e local(is) de entrega

7.1. Os **produtos médicos ou medicamentos** deverão ser entregues em **até 02 (dois) dias úteis**, contados a partir da comunicação via e-mail com a cópia da respectiva nota de empenho, na **Central de Distribuição ALC LOG, 2º andar, Hospital da Restauração, fone: (81) 31815458, no horário de 08h às 17h, mediante prévio agendamento unicamente através do email agendamento@alclog.com.br.**

7.2. Por necessidade do serviço, poderá a entrega ser direcionada à **Central de Distribuição ALCLOG, na Muribeca, Jaboatão dos Guararapes/PE, mediante aviso prévio; Central de Distribuição ALCLOG, Av. Empresário João Santos Filho, nº 732 – Cond. Indl. Ajan - Muribeca, Jaboatão dos Guararapes/PE - Fone: (081) 3437-4994, mediante prévio agendamento unicamente através do e-mail agendamento@alclog.com.br**

8. Da Proposta

8.1. A proposta comercial deverá ser enviada exclusivamente via PE Integrado durante a fase de cotação (72 h ou 3 dias úteis) e/ou Compra Direta (24 h ou 1 dia útil);

8.2. Incluir na proposta a marca do produto ofertado, devido a etapa de parecer técnico. A omissão desta informação pode acarretar na desclassificação do ofertante.

***9.* Qualificação técnica**

9.1. Incluir na nota fiscal: os números dos lotes, as quantidades por lote, suas fabricações, validades, números de empenhos, fabricante, além do nome e endereço do local de entrega;

9.2. A Nota Fiscal deverá ter o mesmo CNPJ do empenho, caso contrário, não será apropriada e nem paga;

9.3. Apresentar o produto com embalagem em perfeito estado, nas condições exigidas no rótulo. Deverão, ainda, estar separadas por lotes e prazos de validade, com os respectivos quantitativos impressos em nota fiscal e obedecendo o ao prazo de entrega deste termo de referência;

9.4. Caso o produto entregue não corresponda às exigências desta unidade gestora, a empresa arcará com os custos de incineração ou de coleta, sendo responsável pela substituição integral dos mesmos, arcando com os custos de frete e seguro, no prazo de 03 (três) dias corridos a contar da notificação desta unidade de saúde.

9.5. No momento da entrega, o prazo de validade do produto não poderá ser inferior

a 12 meses;

9.6. Em caso excepcional de indisponibilidade do produto nas condições de validade acima especificadas, devidamente justificado e submetido à apreciação desta unidade, deverá a empresa indicar expressamente o período de validade do produto, bem como declarar formalmente o compromisso em substituição dos mesmos, com a devida Carta de Compromisso de Troca;

9.7. A marca do produto no ato da entrega deverá ser correspondente à marca constante no processo concluído;

9.8. A empresa será notificada e aquisição poderá ser cancelada este termo de referência em caso de descumprimento das exigências deste termo de referência.

9.9. Como caráter de habilitação/classificação, esta unidade de saúde poderá solicitar amostras/folders para fins de comprovação de cumprimento de especificação técnica.

9.10. A empresa que vencer a compra direta em que haja comodato de equipamento(s) ou que arcará com o processo de instalação e manutenção do equipamento, assim como, se responsabilizará pelo treinamento dos funcionários;

Recife,

Atenciosamente,

FERNANDA GALVÃO SANTANA

Farmacêutica - CRF/PE: 5099

SES - Planejamento/Suprimentos do Hospital da Restauração

Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Galvão Santana**, em 06/11/2026, às 11:41, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **96620516** e o código CRC **D1E60EB1**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Vinte e Quatro de Agosto, nº 209, - Bairro Santo Amaro, Recife/PE - CEP 50040-190, Telefone: