

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ					
	FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO					
	Formulário					
	Termo de Referência					
	Código: PRES.AQSH – MD.001	Emissão: 01/06/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/ 01	

TERMO DE REFERÊNCIA DE BENS COMUNS

PAE nº 2024/980963

O QUE SERÁ CONTRATADO?							
Lote*	Item	Descrição	Código SIMAS	Und	Qtd	Valor Unitário Estimado **	Total**
1	1	Capa para encadernação empolipropileno , transparente,A4 , pacote com 100 und	95136-6	PCT	50	R\$ 60,47	R\$ 60,47
	2	Contra Capa para encadernação em polipropileno, preto, A4, pacote com 100 und	95134-0	PCT	50	R\$ 60,47	R\$ 60,47
	3	Espiral para encadernação, capacidade de 25 folhas, em pvc cor preta, diâmetro 07 mm	6587-0	UND	400	R\$ 0,19	R\$ 0,19
	4	Espiral para encadernação, capacidade de 75 folhas , em pvc cor preta , diâmetro 12 mm	6578-1	UND	600	R\$ 0,36	R\$ 216,00
VALOR GLOBAL ESTIMADO**						R\$6.338,67	
DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO							
QUAL O MOTIVO DA CONTRATAÇÃO?		Necessidade em suprir o material de uso comum destinados ao pleno funcionamento das atividades de reprografia , visando atender às demandas dos diversos setores para a realização de encadernação dos documentos da àrea meio e fim da FPEHCGV .					
NATUREZA DO BEM							
☐ Comum. ☒ Especial.							

Elaborado por: AQSH	Aprovado por: Presidência	Data de Elaboração: 01/06/2022	Data da Próxima Revisão:
------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: RAIMUNDO JORGE MENDES FERREIRA JUNIOR (e1 11.419/2006)
EM 26/09/2024 12:15 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 2C2242583C97079A.95B5876335D634FA.2D9E971EE2243C8D.5EAB1D9F7A6F9C68

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO					
	Formulário					
	Termo de Referência					
Código: PRES.AQSH – MD.001		Emissão: 01/06/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/ 01	

PROVA DE QUALIDADE, RENDIMENTO, DURABILIDADE E SEGURANÇA DO BEM	
HAVERÁ PROVA DE QUALIDADE?	☐ Sim. <i>Justificativa: (A prova de qualidade deve ser sempre justificada e deverá ser comprovada por certificação de instituição credenciada pelo CON-METRO).</i> ☒ Não.
O EDITAL EXIGIRÁ AMOSTRA?	☐ Sim. <i>Justificativa: (A exigência de amostra deve ser justificada).</i> ☒ Não.
HAVERÁ GARANTIA DO BEM?	☐ Sim. De acordo com o estudo técnico preliminar, o contratado deverá prestargarantia dos bens indicados nos itens X e Y por, no mínimo, N meses, a partir doseu recebimento pela contratante. ☒ Não.
HAVERÁ ASSISTÊNCIA TÉCNICA?	☐ Sim. De acordo com o estudo técnico preliminar, o contratado prestará assistência técnica em relação aos bens indicados nos itens X e Y , durante N meses, apartir do seu recebimento pela contratante, <i>por meio de empresa credenciada contratada por ele</i> , sem custo para a administração pública. ☐ Sim. De acordo com o estudo técnico preliminar, o contratado prestará assis-tência técnica em relação aos bens indicados nos itens X e Y , durante N meses, apartir do seu recebimento pela contratante, <i>por meios próprios</i> , sem custo para a administração pública. ☒ Não será prestada assistência técnica em relação aos itens
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	

Elaborado por: AQSH	Aprovado por: Presidência	Data de Elaboração: 01/06/2022	Data da Próxima Revisão: 01/06/2022
------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: RAIMUNDO JORGE MEUNDES FERREIRA JUNIOR (Lei 11.419/2006)
EM 26/09/2024 12:15 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 2C2242583C97D79A.958587633D634FA.2D9E971EE2243C8D.5EAB1D9F7A6F9C68

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO					
	Formulário					
	Termo de Referência					
Código: PRES.AQSH – MD.001		Emissão: 01/06/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/ 01	

FORMA DE CONTRATAÇÃO	☐ Inexigibilidade de licitação, com fundamento no art. 74, Y , da Lei Federal nº 14.133/21.
	☒ 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.
	☐ Dispensa de licitação, com fundamento no art. 75, Y , da Lei Federal nº 14.133/21.
	☐ Pregão eletrônico.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO	☒ Menor preço. ☐ Maior desconto.
O ORÇAMENTO ESTIMADO É SIGILOSO?	☐ Sim. Justificativa: (Indicar o motivo da escolha do orçamento sigiloso para a contratação). ☒ 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*. * 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.
--	---

HÁ ITENS COM PARTICIPAÇÃO EXCLUSIVA PARA MICROEMPRESAS E EMPRESA DE PEQUENO PORTE?	☐ Sim. Indicar os itens: (Indicar os itens).
	☒ Não.

REQUISITOS DA CONTRATADA	
---------------------------------	--

SERÁ EXIGIDA HABILITAÇÃO TÉCNICA?	☒ Sim Qual? <i>Comprovação de capacidade técnico operacional, se dará pela apresentação de Atestado, emitido por pessoa jurídica ou privada, necessariamente em nome da licitante.</i> Por quê? Para comprovar que o objeto licitado foi adquirido por outra instituições públicas e /ou privadas.
--	---

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA						
	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO						
	Formulário						
	Termo de Referência						
Código: PRES.AQSH – MD.001		Emissão: 01/06/2020		Última Revisão: 		Versão: 01	Página: 01/ 01

	☐ Não.
QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS EXIGIDAS	☒ Atestado de capacidade, relativo a qualificação técnico profissional. JUSTIFICATIVA : - Declaração de que o licitante tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação; -A declaração acima poderá ser substituída por declaração formal assinada pelo responsável técnico do licitante acerca do conhecimento pleno das condições e peculiaridades da contratação.
HÁ CRITÉRIO DE SUSTENTABILIDADE?	☒ Sim. Especificar: <i>Deverá ser priorizados o uso de materiais reciclados , atóxicos, biodegradáveis; produtos certificados como sustentáveis ou de menor impacto ambiental; e bens que não contenham substâncias perigosas , como mercúrio , chumbo, cádmio.</i> ☐ Não.
HÁ RISCOS A SEREM ASSUMIDOS PELA CONTRATADA?	☐ Especificar: <i>(Somente é possível definir os riscos se a análise de risco tiver sido realizada. Nessa hipótese, os riscos devem ser especificados neste campo).</i> ☒ Não.
FORMA DE ENTREGA DO BEM	
COMO O BEM DEVE SER ENTREGUE?	☒ O bem deve ser totalmente entregue de uma só vez, conforme edital. ☐ O bem deve ser entregue em X parcelas, sendo a 1ª em até Y dias, a contar do recebimento da nota de empenho, e as demais, conforme necessidade da contra- tante dentro do prazo de vigência contratual, mediante seu aviso com Z dias de antecedência.

Elaborado por: AQSH	Aprovado por: Presidência	Data de Elaboração: 01/06/2020	Data da Próxima Revisão: 01/06/2022
------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: RAIMUNDO JORGE MENDES FERREIRA JUNIOR (Lei 11.419/2006)
EM 26/09/2024 12:15 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 2C2242583C97D79A.95B587633D634FA.2D9E971EE2243C8D.5EAB1D9F7A6F9C68

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO					
	Formulário					
	Termo de Referência					
Código: PRES.AQSH – MD.001		Emissão: 01/06/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/ 01	

LOCAL E HORA DA ENTREGA DO BEM	O bem deve ser entregue na sede da contratante, no Almoxarifado da FPEHCGV, situado à Travessa Alferes Costa, nº 2000, entre Marquês de Herval e Visconde de Inhaúma, Bairro: Marco, CEP: 66.120-330, de segunda a sexta-feira, no horário das 08:00h às 14:00h.
PRAZO MÁXIMO DE VALIDADE	Não se aplica.
PRAZO, FORMA DE PAGAMENTO E GARANTIA DO CONTRATO	
PRAZO DO CONTRATO	☒ 30 dias (pronta entrega). ☐ 12 meses.
HAVERÁ POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO?	☐ Sim, nas hipóteses do art. 111 da Lei Federal nº 14.133/21. ☒ Não.
FORMA DE PAGAMENTO	Meio Ordem bancária. Onde? Conta corrente da contratada no Banco do Estado do Pará. 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 DE REGULARIDADE FISCAL	A regularidade fiscal pode ser provada: 1. Por consulta ao SICAF ou Cadastramento Unificado de Licitante. 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?	☐ X% do valor inicial do contrato. ☒ Não há. Justificativa: (O percentual somente pode ser superior a 5% mediante justificativa na complexidade técnica ou nos riscos envolvidos, não podendo ser superior a 10%). Justificativa: O objeto ora contratado não é complexo, por ser bem comum, não apresentando riscos de prejuízos à Administração.

Elaborado por: AQSH	Aprovado por: Confirmação de autenticação Assinatura eletrônica	Data de elaboração: 01/06/2020	Data da Próxima Revisão: 01/06/2022
------------------------	---	-----------------------------------	--

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: RAIMUNDO JORGE MEUNES FERREIRA JUNIOR (Lei 11.419/2006) EM 26/09/2024 12:15 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 2C2242583C97079A.958587633D634FA.2D9E071EE2243C8D.5EAB1D9F7A6F0C68

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO					
	Formulário					
	Termo de Referência					
	Código: PRES.AQSH – MD.001	Emissão: 01/06/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/ 01	

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela contratada;
- Rejeitar os produtos cujas especificações não atendam , em quaisquer dos itens , aos requisitos mínimos constantes deste Termo de Referência ;
- Designar comissão ou servidor para proceder à avaliação de cada um dos itens que compõem o objeto deste Termo a serem recebidos;
- Notificar a empresa , através do setor de Convênios e Contratos do Hospital , por escrito , sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constantes de cada um dos itens que compõem o objeto deste Termo, par que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;
- Efetuar o pagamento nas condições pactuadas;
- Prestar todas as informações e/ou esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos técnicos da contratada.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- Fornecer o objeto deste Termo, atendidos os requisitos e observadas as normas constantes deste instrumento;
- Colocar à disposição do Hospital contratante os meios necessários à comprovação da qualidade dos produtos, permitindo a verificação das especificações em conformidades com o descrito;
- Declarar detalhadamente, a garantia do produto cotado, contando a partir da data da entrega na unidade solicitante, indicando inclusive prazo para sanar os óbices, compreendendo reposições e substituições dos produtos, obrigando-se a repô-los em perfeitas condições de uso, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, corridas, contadas a partir da solicitação efetuada;
- Comunicar a contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega , os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto , com a devida comprovação

PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

DADOS ORÇAMENTÁRIOS DA CONTRATAÇÃO	Funcional Programática: 10.122.1297.8338 Elemento de Despesa: 339030 Fonte do Recurso: 01659000061, 01659000069, 01500100203, 01500000001, 01600000049. E suas respectivas subfontes e superavits. Plano Interno: 4110008338C
---	--

Elaborado por: AQSH	Aprovado por: Presidência	Data de Elaboração: 01/06/2022	Data da Próxima Revisão:
------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO					
	Formulário					
	Termo de Referência					
	Código: PRES.AQSH – MD.001	Emissão: 01/06/2020	Última Revisão:	Versão: 01	Página: 01/ 01	

RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA ENTREGA DO MATERIAL DO CONTRATO	A Responsável será a servidora Laércia LopesRibeiro da Silva , Matrícula 5130972/2 .
---	--

Belém (PA), 05 de Setembro de 2024.

LAÉRCIA L. RIBEIRO DA SILVA

Chefia do APADM

Matrícula: 5130972

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: RAIMUNDO JORGE MENDES FERREIRA JUNIOR (Lei 11.419/2006)
EM 26/09/2024 12:15 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 2C2242583C97D79A.95B5876335D634FA.2D9E971EE2243C8D.5EAB1D9F7A6F9C68

Elaborado por: AQSH	Aprovado por: Presidência	Data de Elaboração: 01/06/2022	Data da Próxima Revisão: 01/06/2022
------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--