

|                                                                                   |                                                    |                              |                       |                     |                         |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ</b>                   |                              |                       |                     |                         |  |
|                                                                                   | <b>FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA</b> |                              |                       |                     |                         |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR</b>              |                              |                       |                     |                         |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>Formulário</b>                                  |                              |                       |                     |                         |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>Termo de Referência</b>                         |                              |                       |                     |                         |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>Código</b><br>GETH.SEFAR – FO.000               | <b>Emissão</b><br>30/11/2023 | <b>Última Revisão</b> | <b>Versão</b><br>01 | <b>Página</b><br>01/ 01 |                                                                                     |

21 de março de 2024

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

| ITEM | SIMAS    | PRODUTO                                             | QUANTIDADE ESTIMADA (UND) PARA 30 DIAS | VALOR UNITÁRIO ESTIMADO | VALOR TOTAL ESTIMADO POR ITEM |
|------|----------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 1    | 223157-3 | Cateter Freezer XRTA2 médio 7F, 2/5/2mm, curva 55mm | 01                                     | R\$ 12.000,00           | R\$ 12.000,00                 |
| 2    | 222976-5 | Cabo umbilical coaxial                              | 01                                     | R\$ 960,00              | R\$ 960,00                    |
| 3    | 222992-7 | Cabo umbilical elétrico                             | 01                                     | R\$ 1.280,00            | R\$ 1.280,00                  |
|      |          |                                                     | <b>VALOR GLOBAL ESTIMADO</b>           | R\$ 14.240,00           |                               |

2. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

A contratação é motivada para a aquisição de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) para realização de procedimento do paciente **Breno Rauan Pereira da Silva**, na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), por um período de 90 dias.

3. NATUREZA DO BEM:

Comum.

4. PROVA DE QUALIDADE, RENDIMENTO, DURABILIDADE E SEGURANÇA DO BEM

Não será necessário o envio de amostras para análise técnica. Será necessário, concomitante ao envio da cotação, que seja encaminhado portfólio/ficha técnica dos produtos para que seja avaliada compatibilidade técnica junto ao Serviço de Arritmologia/Eletrofisiologia.

O contratado deverá prestar garantia dos bens indicados por, no mínimo, 90 dias, a partir do seu recebimento pela contratante.

|                               |                                  |                                         |                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Elaborado por</b><br>SEFAR | <b>Aprovado por</b><br>GETH/AQSH | <b>Data de Elaboração</b><br>30/11/2023 | <b>Data para próxima Alteração</b><br>30/11/2025 |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Heitor Túlio Silva de Moraes (Lei 11.419/2006)  
EM 21/03/2024 14:34 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 25801A2E1214B53.E1E4F4C1789457D7.CE846A2EFC15E09.15A9789CE3990772

|                                                                                   |                                                                                                                                 |            |                |        |        |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ</b><br><b>FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA</b><br><b>SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR</b> |            |                |        |        |  |
|                                                                                   | Formulário                                                                                                                      |            |                |        |        |                                                                                     |
|                                                                                   | Termo de Referência                                                                                                             |            |                |        |        |                                                                                     |
|                                                                                   | Código                                                                                                                          | Emissão    | Última Revisão | Versão | Página |                                                                                     |
|                                                                                   | GETH.SEFAR – FO.000                                                                                                             | 30/11/2023 |                | 01     | 01/ 01 |                                                                                     |

O prazo de validade na data de entrega não poderá ser menor que 75% da validade total do produto, informada pela fabricante.

Os chamados relativos à garantia serão feitos pelo Hospital, por escrito, obrigando-se a empresa a atendê-la no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas e, se necessária a troca do produto, deverão substituí-lo por outro de igual especificação e serem devolvidos em até 48 (quarenta e oito) horas corridas, em perfeitas condições de uso.

Dentro dos processos de Tecnovigilância, caso seja constatada qualquer dúvida quanto à composição, apresentação, etc, a mesma será notificada pelo médico ou enfermeiro que utilizou o produto à Gerência de Risco Hospitalar, que fará os encaminhamentos à ANVISA, comunicando oficialmente ao SEFAR, as providências a serem tomadas junto ao Fornecedor. A empresa Fornecedorora ficará comprometida a trocá-lo no prazo de até 48 horas, sem ônus à instituição, além de fornecer retorno documentado quanto as providências técnicas encaminhadas e seus resultados.

## 5. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Dispensa de licitação, com fundamento no Art. 75, inciso VIII da Lei Federal nº 14.133 de 01 de Abril de 2021.

O critério de julgamento será o menor preço.

O orçamento estimado não é sigiloso.

A proposta deve observar os valores unitários e global máximos aceitáveis conforme planilha de composição de preços do orçamento estimado.

Não há critérios de sustentabilidade.

## 6. REQUISITOS DA CONTRATADA

1. Comprovante de Autorização de Funcionamento expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dentro do prazo de validade, referente ao Licitante;
2. Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal do exercício, dentro do prazo de validade,

|                               |                                  |                                         |                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Elaborado por</b><br>SEFAR | <b>Aprovado por</b><br>GETH/AQSH | <b>Data de Elaboração</b><br>30/11/2023 | <b>Data para próxima Alteração</b><br>30/11/2025 |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |            |                |        |        |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ</b><br><b>FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA</b><br><b>SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR</b><br><b>Formulário</b><br><b>Termo de Referência</b> |            |                |        |        |  |
|                                                                                   | Código                                                                                                                                                                             | Emissão    | Última Revisão | Versão | Página |                                                                                     |
|                                                                                   | GETH.SEFAR – FO.000                                                                                                                                                                | 30/11/2023 |                | 01     | 01/ 01 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |            |                |        |        |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |            |                |        |        |                                                                                     |

3. Certificado de registro do produto, emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, dentro do prazo de validade. Os fornecedores deverão apresentar o registro com sua indicação em publicação DE FORMA CLARA E PRECISA através de marcador, INDICANDO O ITEM COTADO;

OBS: Protocolos de revalidação de Licença de Funcionamento só serão aceitos mediante apresentação de legislação que o autorize.

## 7. FORMA DE ENTREGA DO BEM

As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) deverão ser entregues na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV, Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)/ Serviço de Farmácia Hospitalar (SEFAR), situado na Tv. Alferes Costa nº 2.000, Bairro Pedreira, CEP 66083-106 na Cidade de Belém, Estado do Pará, de segunda a sexta-feira (exceto feriados), no horário das 8h às 16h, conforme descrito na especificação técnica.

As OPME devem estar em suas embalagens originais, devidamente identificadas, em perfeito estado, sem sinais de violação, aderência ao produto, umidade ou inadequação do conteúdo, nas condições de temperatura especificadas no rótulo e com número do registro emitido pela ANVISA/MS. Deve constar ainda o nome e número do registro do responsável técnico.

Após recebimento da nota de empenho, a empresa terá 48 (quarenta e oito) horas úteis para entrega das OPMEs adquiridas com Nota Fiscal de Venda. Sem ônus de frete para a FPEHCGV, em perfeitas condições de uso e funcionamento, conforme a proposta apresentada e observando as especificações técnicas.

## 8. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO E DO FISCAL DE CONTRATO

O setor responsável pelo recebimento do material é o SEFAR/ FPEHCGV, e o fiscal pelo acompanhamento do contrato será a servidora Agnes Nami Kaminosono, matrícula nº 54189871/1, fone (91) 3110-1276, e-mail [opme.hc@gasparvianna.pa.gov.br](mailto:opme.hc@gasparvianna.pa.gov.br).

## 9. PRAZO E FORMA DE PAGAMENTO DO CONTRATO

|                        |                           |                                  |                                           |
|------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Elaborado por<br>SEFAR | Aprovado por<br>GETH/AQSH | Data de Elaboração<br>30/11/2023 | Data para próxima Alteração<br>30/11/2025 |
|------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |                |                       |               |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ</b><br><b>FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA</b><br><b>SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR</b><br><b>Formulário</b><br><b>Termo de Referência</b> |                |                       |               |               |  |
|                                                                                   | <b>Código</b>                                                                                                                                                                      | <b>Emissão</b> | <b>Última Revisão</b> | <b>Versão</b> | <b>Página</b> |                                                                                     |
|                                                                                   | GETH.SEFAR – FO.000                                                                                                                                                                | 30/11/2023     |                       | 01            | 01/ 01        |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |                |                       |               |               |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |                |                       |               |               |                                                                                     |

O prazo do contrato será de 90 dias, sem possibilidade de prorrogação.

O pagamento será realizado através de Ordem bancária na conta corrente da contratada no Banco do Estado do Pará, até 30 dias corridos a contar do recebimento da nota fiscal com o comprovante de regularidade fiscal da contratada, provada pela consulta ao SICAF ou Cadastramento Unificado ou pela apresentação documentos constantes no art. 68 da Lei Federal nº 14.133/21, quando não for possível consultar aos sistemas oficiais.

**Heitor Tulio Silva de Moraes**  
**Enfermeiro COREN-PA 575942**  
**CAF/OPME/FHCGV**

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Heitor Tulio Silva de Moraes (Lei 11.419/2006)  
EM 21/03/2024 14:34 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 25801A2E1214B53.E1E4F4C1789457D7.CE846A2EFC15E09.15A9789CE3990772

|                        |                           |                                  |                                           |
|------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Elaborado por<br>SEFAR | Aprovado por<br>GETH/AQSH | Data de Elaboração<br>30/11/2023 | Data para próxima Alteração<br>30/11/2025 |
|------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|