

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ					
	FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA					
	Formulário					
	Termo de Referência					
	Código GETH.SEFAR – FO.000	Emissão 30/11/2023	Última Revisão	Versão 01	Página 01/ 01	

Belém (PA), 11 de março de 2024.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

ITEM	COMPRAS NET	Código SIMAS	ESPECIFICAÇÕES	Apres	Qtde p/ 12 meses	Valor Unitário Estimado	TOTAL
1		017168-9	Diapasão 128hz em alumínio com cabo longo, não corrosível , consistência de frequência	und	1	R\$ 200,47	R\$ 200,47
2		169069-8	Estensiómetro individual de Semmes-Weinstein 10 g	und	20	R\$ 287,42	R\$ 5748,40
3		137095-1	Aparelho de dopller portátil vascular para ausculta de fluxos arteriais e venosos com transdutor de frequência de 10 mhz.	und	1	R\$ 2.059,83	R\$ 2.059,83
4		009289-4	Martelo neurológico buck para avaliação de reflexos	und	1	R\$ 342,98	R\$ 342,98
Valor Global Estimado						R\$ 8.351,68	

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: RAIMUNDO JORGE MENDES FERREIRA JUNIOR (Lei 11.419/2006)
EM 24/06/2024 12:30 (Hora Local) - Aut. Assinatura: C06807923AD1095F.DDDE16AAD58C0223.C34AB96BD8AC1D99.2057ECF67E4FA31A

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ					
	FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA					
	Formulário					
	Termo de Referência					
	Código GETH.SEFAR – FO.000	Emissão 30/11/2023	Última Revisão	Versão 01	Página 01/ 01	

2. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

Aquisição de material médico hospitalar, indispensáveis para avaliação e tratamento de doenças do pé de pacientes diabéticos em programa ambulatorial de hemodiálise do Serviço de Terapia Renal Substitutiva e Centro de Hemodiálise Monteiro Leite da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV).

3. NATUREZA DO BEM:

Comum

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

Certificado de Registro do produto, emitido pela ANVISA/MS – Portaria 3765/98 MS, dentro do prazo de validade, devidamente identificado para cada item e legível.

Não será exigido amostra.

De acordo com o estudo técnico preliminar, o contratado deve prestar garantia do bem indicado no item 3 (aparelho doppler portátil) por, no mínimo, 12 meses, à partir do seu recebimento pela contratante.

Não será prestada assistência técnica em relação aos 4(quatro) itens (aparelho doppler portátil, diapasão, martelo e estensiómetro).

5. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Dispensa de licitação em razão do valor, com fundamento no art. 75, II, da Lei nº 14.133/2021, submetida ao sistema de dispensa eletrônica, e Decreto Estadual 2.787, de 29 de novembro de 2022.

Critério de julgamento: 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 itens com participação exclusiva para microempresas e empresa de pequeno porte, de acordo com art. 9º,III, do decreto estadual 878 de 31/03/2008.

6. REQUISITOS DA CONTRATADA

- Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE), fornecido pela ANVISA/MS.
- Licença de Funcionamento (LF) fornecida pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal, onde se encontra sediada a Empresa, dentro do prazo de validade.
- Certificado de Registro do produto, emitido pela ANVISA/MS – Portaria 3765/98 MS,

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ					
	FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA					
	SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA					
	Formulário					
	Termo de Referência					
	Código GETH.SEFAR – FO.000	Emissão 30/11/2023	Última Revisão	Versão 01	Página 01/ 01	

dentro do prazo de validade, devidamente identificado para cada item e legível.

Não há critérios de sustentabilidade.

Não há riscos a serem assumidos pela contratado.

7. FORMA DE ENTREGA DO BEM

O bem deve ser totalmente entregue de uma só vez no prazo de até 7 dias contado do recebimento da nota de empenho.

A entrega deve obedecer o local descrito no Empenho, de segunda a sexta-feira (exceto feriados), no horário das 8:00hs às 16:00hs, conforme:

- 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, na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FHCGV;

A entrega deverá ser agendada através do e-mail sefar@gasparvianna.pa.gov.br.

O prazo de validade na data de entrega não poderá ser menor que 75% da validade total do mesmo, conforme prazo total recomendado pelo fabricante.

8. PRAZO, FORMA DE PAGAMENTO E GARANTIA DO CONTRATO

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 14.133/2021, quando não for possível consultar aos sistemas oficiais.

Não há garantia do contratado.

9. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

Funcional Programática: 10.302.1507.8288

Elemento de despesa: 339030

Fonte de recurso: 01659000061, 01659000069, 01500100203, 01500000001, 01601000049, 02600000049-8751

Érika Oriana

RT DE ENFERMAGEM strs

Matrícula 73504320

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