

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

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

ITEM	Código SIMAS	ESPECIFICAÇÕES	Apres	Qtde p/ 120 dias	Valor Unitário Estimado	TOTAL
1	222587-5	SENSOR DE 4 ELETRODOS DESCARTÁVEIS BIS TAMANHO ADULTO (compatível com Monitor ALFAMED)	UND	300	R\$130,00	R\$39.000,00
2	-	SENSOR DE 4 ELETRODOS DESCARTÁVEIS BIS TAMANHO PEDIATRICO (compatível com monitor ALFAMED)	UND	125	R\$130,00	R\$ 16.250,00
Valor Global Estimado						R\$ 55.250,00

- Não foi encontrado N° SIMAS para o item 2, porém já foi solicitado a criação de N° SIMAS para o item.

2. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

A contratação é motivada para a aquisição emergencial de **ADESIVOS DESCARTÁVEIS – ELETRODOS PARA USO EM BIS (ÍNDICE BISPECTRAL) COMPATÍVEL COM O MONITOR ALFAMED**, para atender a necessidade de 120 (cento e vinte) dias no centro

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

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

cirúrgico e obstétrico 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

Não haverá prova de qualidade e o edital NÃO EXIGIRÁ amostra.

O recebimento dos dos insumos será feito primeiramente em caráter provisório. Somente após verificação da conformidade com os Requisitos Técnicos estabelecidos e demais exigências contidas no processo licitatório o aceite será definitivo e se efetuará a liberação da nota fiscal para pagamento.

Os chamados relativos à garantia serão feitos pelo Hospital, por escrito e por telefone, 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 eficácia, composição, apresentação, etc, a mesma será documentada junto às autoridades sanitárias e o lote interditado junto ao sistema de estoque do SEFAR. O mesmo ocorrerá com os lotes interditados pela ANVISA.

5. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A forma de Contratação será por dispensa de licitação em razão do caráter emergencial, com fundamento no art.75, VIII, da Lei Federal nº 14.133/21

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.

6. REQUISITOS DA CONTRATADA

Será exigida habilitação técnica.

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

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

- A. Ficha técnica do produto detalhado, com imagem e Prospecto completo e atualizado do produto ofertado conforme o registrado na ANVISA/MS;
- B. Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE), fornecido pela ANVISA/MS, da empresa licitante.
- C. Licença de Funcionamento (LF) fornecida pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal, onde se encontra sediada a Empresa, dentro do prazo de validade, da empresa licitante.
- D. Certificado de Registro do Medicamento/ Produto, emitido pela ANVISA/MS – Portaria 3765/98 MS, dentro do prazo de validade, devidamente identificado para cada item e legível.

OBS:

Protocolos de revalidação de Licença de Funcionamento só serão aceitos mediante apresentação de legislação que o autorize. 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, conforme edital, no prazo de 48h.

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;

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 Prazo do contrato será de 120 dias, sem possibilidade de prorrogação.

O pagamento será realizado através de Ordem bancária na conta corrente da contratada no

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

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

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.

A garantia do contratado será de 5% do valor inicial do contrato.

9. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

Funcional Programática:

Elemento de despesa:

Fonte de recurso:

Obs: Esses dados serão inseridos posteriormente neste TR e estarão sujeitos à revisão por ocasião da emissão do atestado de disponibilidade orçamentária.

Belém, 25 de Janeiro de 2024

LARISSA PACHECO DE MOURA KZAM

COREN-PA 125820

CAF/PPS/SEFAR/GETH

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