

				FORMULÁRIO I (a) SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAIS E SERVIÇOS	
01 SOLICITAÇÃO: <u>CI/FARMÁCIA/HJSN – 0015/2024</u> Setor Solicitante (SIGLA)/Nº/Ano				DATA: 30/10/2024	
03 ☒ Material de Consumo ☐ Serviços e Encargos ☐ Outros ☐ Obras e Instalações ☐ Equiptº. e Material Permanente Quais:					
04 Programa de Trabalho: 0449011030202902728		05 Elemento de Despesa: 3.3.90.30.36		06 Fonte:	
07 Setor Solicitante: Farmácia		08 Responsável: Silvio Cristiano Faria		09 Tel: (27) 3732-2912 E-mail: hjsn.farmacia@saude.es.gov.br	
10 Item: em anexo	11 Especificação do material: em anexo	12 Unidade: em anexo	13 Quantidade: em anexo	14 Estoque atual: em anexo	15 Consumo mensal médio: em anexo
16 Local de Entrega: Hospital Dr. João dos Santos Neves, Rua: Dr. Hugo Lopes Nalle, 319, Centro, Baixo Guandu/ES.					
17 Servidor responsável pelo acompanhamento e fiscalização do processo / contrato: GISELLY PÊGO XAVIER MONTEIRO.					
18 Justificativa: Faz-se necessário a aquisição de Medicamento hospitalar – DICLOFENACO SODICO 25MG/ML; BUPIVACAINA, CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%), GLICOSE 80MG/ML (8%); VITAMINAS DO COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML , para atender aos pacientes internos de diversos setores desta unidade HJSN.					
19 <u>MÁRCIA CRISTINA MARTINS SCHULZ</u> Assinatura do Gerente/Diretor/Superintendente (com carimbo)			20 MARISIA SILVA Assinatura do Técnico Responsável (com carimbo)		
Obs.: 1) Preferencialmente, o preenchimento deverá ser feito em conjunto com o Responsável Técnico para descrever / especificar corretamente o material / serviço. 2) Obrigatoriamente, todos os campos deste Formulário deverão ser preenchidos. 3) O número da solicitação deverá ser fornecido pelo solicitante para acompanhamento e controle, informando nesta ordem: sigla do setor solicitante, nº. da solicitação e ano. 4) Utilizar um Formulário para cada natureza / tipo de material ou serviço diferente. 5) Para o preenchimento do Formulário, utilizar a fonte Verdana, tamanho 10.					

10 Item	11 - Especificação do Material ou Serviço	12 - Unidade	13- Quantidade	14 -Estoque atual	15 -Consumo mensal estimado
1	MEDICAMENTOS GERAIS DE USO HUMANO; PRINCIPIO/ CONCENTRACAO1: DICLOFENACO SODICO 25MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; FORMA DE APRESENTACAO: AMPOLA 3ML; VIA ADMINISTRACAO: INTRAMUSCULAR; UNIDADE DE FORNECIMENTO: AMPOLA. CÓD SIGA: 44110	Ampola	1.200	ZERADO	300
2	MEDICAMENTOS GERAIS DE USO HUMANO; PRINCIPIO/ CONCENTRACAO1: BUPIVACAINA , CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%), GLICOSE 80MG/ML (8%); FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; FORMA DE APRESENTACAO: FRASCO/AMPOLA 1ML, SERINGA PREENCHIDA AMPOLA 4 ML; PRAZO DE VALIDADE DE SER DE 12 (DOZE) MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA. EMBALAGEM ESTÉRIL E INDIVIDUAL PARA CADA FRASCO/AMPOLA. CÓD. SIGA: 45010	Ampola	600	80 VENCENDO 11/24	80
3	VITAMINAS DO COMPLEXO B: CLORIDRATO DE TIAMINA (VITAMINA B1) 4MG/ML RIBOFLAVINA (VITAMINA B2)1MG/ML; CLORIDRATO DE PIRIDOXINA (VITAMINA B6) MG/ML; NICOTINAMIDA (VITAMINA B 3 OU PP) 20 MG/ML; PANTOTENATO DE CALCIO(VITAMINA B5) 3MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; FORMA DE APRESENTAÇÃO: INTRAVENOSA. CÓD. SIGA 141700	Ampola	1.200	ZERADO	400
4	MEDICAMENTOS GERAIS DE USO HUMANO; PRINCIPIO/CONCENTRACAO1: CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; FORMA DE APRESENTACAO: AMPOLA 2ML; VIA ADMINISTRACAO: INTRAMUSCULAR; UNIDADE DE FORNECIMENTO: AMPOLA. CÓD SIGA: 262431	Ampola	1.200	200	300

Documento: Solicitação de Aquisição

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 0015/2024

CI/FARMÁCIA/HJSN – 0015/2024

Referência: DICLOFENACO SODICO 25MG/ML; BUPIVACAÍNA, CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%), GLICOSE 80MG/ML (8%); VITAMINAS DO COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML, para atender aos pacientes internos de diversos setores desta unidade HJSN.

Ao Sr. Marcia Cristina Martins Schulz

Diretor Geral/HJSN

Informamos a necessidade de instaurar processo administrativo para a aquisição de Material de Uso Medicamento Hospitalar (**DICLOFENACO SODICO 25MG/ML; BUPIVACAÍNA, CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%), GLICOSE 80MG/ML (8%); VITAMINAS DO COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML**).

A justificativa, especificação detalhada do objeto e a forma de execução encontram-se descritas no Termo de Referência, que segue anexo.

Nesse sentido, submetemos a Vossa Senhoria a aprovação do Termo de Referência, bem como autorização para autuação de processo no E-DOCS, abertura do processo licitatório e os demais procedimentos necessários à contratação do objeto referenciado, em caráter de **URGÊNCIA**.

Atenciosamente

Baixo Guandu/ES, 15 de Novembro de 2024.

Silvio Cristiano Faria
Aux.Serv.Gerais
1562045

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 0015/2024**1. QUADRO RESUMO**

1.01 Título e Objetivo Geral:	Aquisição de Medicamento de Uso Hospitalar.
1.02 Delimitação do Objeto a ser licitado:	<i>Aquisição de Medicamento de Uso Médico/Hospitalar</i> - DICLOFENACO SODICO 25MG/ML; BUPIVACAINA, CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%), GLICOSE 80MG/ML (8%); VITAMINAS DO COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML.
1.03 Modalidade de Licitação e Base Legal:	DISPENSA POR LICITAÇÃO conforme Lei nº 14.133/2021 e Decreto nº 4941-R.
1.04 Prazo estipulado de vigência contratual:	O prazo de vigência das contratações decorrentes deste termo apresentará como termo inicial o recebimento da ordem de fornecimento e como termo final o recebimento definitivo dos produtos pela Administração, observados os limites de prazo de entrega fixados, e sem prejuízo para o prazo mínimo de validade dos produtos adquiridos.
1.05 Informação Orçamentária:	Programa de trabalho: 44901.10302.2902728 Elemento de despesa: 3.3.3.90.30.36
1.06 Unidade Administrativa responsável pela execução do objeto e fiscalização:	Núcleo de Farmácia Hospitalar/HJSN
1.07 Equipe responsável pela elaboração do termo de referência:	
1. Marisia da Silva - Farmacêutica Coordenadora - Número Funcional: 4306503 - Setor de Farmácia/HJSN- E-mail: hjsn.farmacia@saude.es.gov.br	
1.08 Versão e data do Termo de Referência:	Versão 1.0 – 30/09/2024
1.09 Data prevista para implantação:	Imediata, após emissão de AFM

1.10 Fiscalização:

1. **Giselly Pêgo Xavier Monteiro** - CNTH/HJSN - Número Funcional: 3413926 - Setor de Farmácia/HJSN- E-mail: hjsn.farmacia@saude.es.gov.br

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 00

15/2024

1. DO OBJETO

O presente Termo de Referência tem como objeto a Aquisição de Medicamento de Uso Médico/Hospitalar - *Aquisição de Material/hospitalar* - **DICLOFENACO SODICO 25MG/ML; BUPIVACAINA, CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%), GLICOSE 80MG/ML (8%); VITAMINAS DO COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML**, que será destinado ao atendimento aos pacientes, atendendo as necessidades dos diversos setores desta Unidade Hospitalar/HJSN.

2. DA JUSTIFICATIVA

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos, e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

Os objetivos dos Hospitais Públicos da rede Estadual devem compreender, como qualquer outra empresa, a captação, administração e maximização dos recursos, a fim de manter a sua continuidade na sua prestação de serviços. Necessitando então da compra de Material conforme quantidades e especificações técnicas contidas neste Termo de Referência/projeto básico, onde traga condições ideais, saudáveis, seguras, eficientes e humanas tanto para o público interno quanto para o externo.

Faz-se necessária a referida aquisição, com a finalidade de atender as necessidades desta Unidade Hospitalar/HJSN.

3. DA ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DO OBJETO

Item	Especificação do Material ou Serviço	Unidade	Quantidade
LOTE 01			
1	MEDICAMENTOS GERAIS DE USO HUMANO; PRINCIPIO/CONCENTRACAO1: DICLOFENACO SODICO 25MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; FORMA DE APRESENTACAO: AMPOLA 3ML; VIA ADMINISTRACAO: INTRAMUSCULAR; UNIDADE DE FORNECIMENTO: AMPOLA. COD SIGA: 44110	Ampola	1.200
2	MEDICAMENTOS GERAIS DE USO HUMANO; PRINCIPIO/CONCENTRACAO1: BUPIVACAINA , CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%), GLICOSE 80MG/ML (8%); FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; FORMA DE APRESENTACAO: FRASCO/AMPOLA 1ML, SERINGA PREENCHIDA AMPOLA 4 ML; PRAZO DE VALIDADE DE SER DE 12 (DOZE) MESES A PARTIR DA DATA DE ENTREGA. EMBALAGEM ESTÉRIL E	Ampola	600

	INDIVIDUAL PARA CADA FRASCO/AMPOLA. CÓD. SIGA: 45010		
3	VITAMINAS DO COMPLEXO B: CLORIDRATO DE TIAMINA (VITAMINA B1) 4MG/ML RIBOFLAVINA (VITAMINA B2) 1MG/ML; CLORIDRATO DE PIRIDOXINA (VITAMINA B6) 1MG/ML; NICOTINAMIDA (VITAMINA B3 OU PP) 20 MG/ML; PANTOTENATO DE CÁLCIO (VITAMINA B5) 3MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL; FORMA DE APRESENTAÇÃO: INTRAVENOSA. CÓD. SIGA 141700	Ampola	1.200
4	MEDICAMENTOS GERAIS DE USO HUMANO; PRINCÍPIO/CONCENTRAÇÃO 1: CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUÇÃO INJETÁVEL; FORMA DE APRESENTAÇÃO: AMPOLA 2ML; VIA ADMINISTRAÇÃO: INTRAMUSCULAR; UNIDADE DE FORNECIMENTO: AMPOLA. CÓD. SIGA: 262431	Ampola	1.200

4. DA FISCALIZAÇÃO E RECEBIMENTO DO OBJETO

4.1 DA FISCALIZAÇÃO:

4.1.1 A entrega do produto será acompanhada e fiscalizada por servidor da Farmácia deste hospital - HJSN, o qual deverá atestar os documentos da despesa, quando comprovada a fiel e correta entrega para fins de pagamento.

4.1.2 Caberá ao servidor designado rejeitar totalmente ou em parte, qualquer produto que não esteja de acordo com as exigências, ou aquele que não seja comprovadamente original e novo, assim considerado de primeiro uso, bem como, determinar prazo para substituição do material eventualmente fora de especificação.

4.1.3 A Administração Contratante designará, formalmente, o servidor responsável pelo recebimento dos materiais, por meio de termo circunstanciado que comprove a adequação do objeto aos termos deste edital e pela atestação provisória e/ou definitiva dos mesmos em até 05 (cinco) dias consecutivos.

4.1.4 O servidor poderá solicitar a correção de eventuais falhas ou irregularidades que forem verificadas na entrega dos materiais ou até mesmo a substituição por outros novos.

4.2 DO RECEBIMENTO:

4.2.1 O objeto contratado deverá ser entregue imediatamente após o início da vigência do contrato ou emissão de instrumento equivalente (Autorização de Fornecimento de Materiais - AFM);

4.2.2 O objeto deverá ser entregue nos locais e quantidades indicados seguindo a tabela abaixo:

- Farmácia do Hospital João dos Santos Neves, localizada à Rua Drº Hugo Lopes Nalle, 319, Centro, Baixo Guandu - ES - CEP: 29730-000. Tel.: (27) 3732-2912.
- A empresa deverá entregar os produtos em dias úteis, das 08:00h às 16:00h, sob quaisquer pretextos não serão recebidos produtos fora do expediente de trabalho.

5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

5.1 Os materiais devem ser entregues no HJSN, em embalagem original, em perfeito estado, sem sinais de violação, sem aderência ao produto, umidade, sem inadequação de conteúdo, identificado, acompanhados da documentação fiscal em duas vias, com especificação dos quantitativos discriminados na nota fiscal.

5.2 Respeitar e cumprir com os prazos de entrega dos itens comprados.

5.3 Arcar com todas as despesas diretas ou indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus para o Estado.

5.4 Fornecer amostra do produto quando solicitado, para laudo técnico de utilização.

6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

6.1 Acompanhar e fiscalizar a entrega dos itens solicitados.

6.2 Efetuar o pagamento devido, nas condições estabelecidas.

6.3 Prestar informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados ao Estado.

6.4 Atestar notas fiscais correspondentes após o recebimento dos itens comprados.

6.5 Receber e fiscalizar os produtos entregues, verificando a sua correspondência com as especificações prescritas no edital, atestando sua conformidade.

6.6 Designar formalmente um servidor da unidade gestora para acompanhar e fiscalizar a execução da autorização de fornecimento ou instrumentos equivalentes.

6.7 Notificar formalmente quaisquer irregularidades encontradas na entrega dos itens.

7. DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO

7.1 O pagamento será efetuado até 30 (trinta) dias após a entrega dos produtos, conforme Nota Fiscal, discriminada de acordo com a Ordem de Compra, atestado de recebimento definitivo dos produtos e contra recibo.

7.2 O pagamento será creditado em favor do(s) fornecedor(es) através de ordem bancária, contra qualquer banco indicado na proposta, devendo para isto, ficar explicitado o nome, número da agência e o número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito.

8. Não será permitida qualquer outra forma de pagamento como, boleto bancário emissão de títulos e outros. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO OU INSTRUMENTO SIMILAR

A ordem de Fornecimento terá início no dia posterior à sua publicação, cuja vigência expirar-se-á com a entrega e aceite do objeto.

Conforme Art. 95 da Lei 14.133/2021, o instrumento de contrato é obrigatório, salvo nas seguintes hipóteses, em que a Administração poderá substituí-lo por outro instrumento hábil, como carta-contrato, nota de empenho de despesa, autorização de compra ou ordem de execução de serviço:

I - dispensa de licitação em razão de valor;

II - compras com entrega imediata e integral dos bens adquiridos e dos quais não resultem obrigações futuras, inclusive quanto a assistência técnica, independentemente de seu valor.

9. DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE FORNECIMENTO

9.1 Os produtos deverão ser entregues no endereço constante no item 4.2, devidamente protegidos e embalados adequadamente contra danos de transporte manuseio, acompanhados das respectivas notas fiscais.

9.2 Os produtos serão recebidos da seguinte forma:

- Os itens objeto desta Compra, serão considerados aceitos somente após terem sido desembalados, conferidos pela respectiva área solicitante e atendidas as especificações e condições exigidas neste termo de referência.

- Em hipótese alguma será aceito o objeto em desacordo com as condições pactuadas, ficando ao encargo da contratada o controle de qualidade do fornecimento de sua responsabilidade, bem como a repetição de procedimentos às suas próprias custas para correção de falhas, visando à apresentação da qualidade e resultados requisitados.

9.3 O transporte e a embalagem dos itens objeto deste pregão, será de responsabilidade da empresa contratada.

Baixo Guandu (ES), 15 de Novembro de 2024.

Silvio Cristiano Faria
Aux.Serv.Gerais
1562045

Aprovação e Avaliação:

Laysa Leite
Cachoeiro
Calazans
Diretor Administrativo/HJSN

Marcia Cristina Martins Schulz
Diretor Geral/HJSN

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MARÍSIA DA SILVA
FARMACEUTICO - DT
UT-FARM-HJSN - SESA - GOVES
assinado em 15/11/2024 09:16:06 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 15/11/2024 09:16:06 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MARÍSIA DA SILVA (FARMACEUTICO - DT - UT-FARM-HJSN - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-WV9LFF>