



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 235-COLINA-VOLTA REDONDA-RJ
CEP: 27.253-610 - CNPJ: 29.063.294/0001-82 - TEL: (24) 3339-4242
e-mail: sah@hsjb.org.br - www.portaivr.com/hsjb

Internada no
HMMR

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS

Nome do Paciente: JULIANA OLIVEIRA CUNHA Idade: 41 Nº Prontuário: 57m77

Procedimento: UNICHO. R/TU Fossa Posterior.

DESCRIÇÃO DA ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL SEGUNDO PROTOCOLO DEFINIDO PELO SUS	QTDE.
BURCA MODERNIZADA	1
COLE	1
MATERIAIS NÃO AUTORIZADOS PELO SUS	
KIT MÚNIO MONITORIZAÇÃO	1
II FISSURADOR ULTRAFONIA	1
COLA BIODUR	1
DE MMSH	1

QUADRO CLÍNICO QUE JUSTIFIQUE O PROCEDIMENTO

CRANIOTOMIA (R/TU) Fossa Posterior

Data Solicitação: 10.01.2025 Médico Solicitante (Nome, Assinatura e Carimbo):
Neurocirurgião
CRM: 52.25079-8

Data da Cirurgia:

CHEFIA DO SERVIÇO

Data Autorização: Nº AIH: Cheia de Serviço (Nome, Assinatura e Carimbo)

AValiação DO AUDITOR

Tumor de Fossa Posterior c/ hidrocefalia
c/ indicação cirúrgica

Aguardando
cotação

Dr. Nicolau Malsés Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RJ 52.73671-6
AUDITORIA INTERNA - HJSB

Data: 15/01/25

Assinatura e Carimbo

Autorização DO DIRETOR MÉDICO:

16/01/26

Dr. Flávio S. Reis
Diretor Médico
CRM-RJ: 52645796
HJSB

Assinatura e Carimbo

TELEFONE DE CONTATO:



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Volta Redonda
Secretaria Municipal de Saúde



hmmr
Hospital do Retiro



SUS
Sistema Único de Saúde

FOR-HMMR-ADM-010

REQUISIÇÃO DE PARECER

() URGENTE (X) ELETIVO

() Não Internado	Setor: <u>Enf 22</u>
(X) Internado	Setor: <u>2º andar HMMR</u> Leito: <u>12</u>

Nome: <u>Juliana de Oliveira Chaves</u>
Nome da Mãe:
Data de Nascimento:
CNS:

Ao serviço: <u>Neurocirurgia</u>

Motivo da Solicitação (Descrição do quadro clínico + exame físico + hipótese diagnóstica)
<u>Paciente com cefaleia + vertigem + hipoaúscia; exame de imagem evidenciando lesão expansiva (Schwannoma?) Solicito avaliação da neurocirurgia.</u>
<u>grato,</u>

Exames Relevantes (laboratoriais e Imagem)
#TC DE CRÂNIO S/ CONTRASTE (26/12/2024): FORMAÇÃO EXPANSIVA NO CONDUTO AUDITIVO INTERNO ESQUERDO, EXTERIORIZADA NA CISTERNA DO ANGOLO PONTO CEREBELAR CAUSANDO COMPRESSÃO PONTE E DO IV VENTRÍCULO E DILATAÇÃO VENTRICULAR HIPERTENSIVA SUPRATENTORIAL. SUGERE-SE ESTUDO PELA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.
#RNM CRÂNIO 06/01/25: LESÃO EXPANSIVA EXTRA AXIAL NO ANGOLO PONTO CEREBELAR ESQ SUGESTÃO DE SCHWANNOMA VESTIBULO-COCLEAR (NEURINOMA ACUSTICO), ASSOCIADA A IMPORTANTE COMPRESSÃO SOBRE AS ESTRUTURAS DO TRONCO CEREBRAL E O 4º VENTRÍCULO. HÁ EVIDÊNCIAS DE HIPOCEFALIA OBSTRUTIVA NÃO COMPENSADA COM SINAIS DE IMPORTANTE TETRANSUDAÇÃO LIQUORICA TRANSPENDIMÁRIA. 08/01/2025 Hora: _____

Solicitante

Dr. J. C. Meyer
Clínica Médica
CRM: 62.25079-8

MEU NR. 10.01.2025 Parecer do Especialista 5081
Portadora de volumoso tumor na fossa Post. com hidrocefalia.
Conversada com paciente, concordando com cirurgia.
A solicitação de (aut e material).
OBS: Por gentileza solicitar E. pr. op e combinar NIR/NIR agenda P/ cirurgia

Atenção: Ao levar a solicitação no NIR anexar os documentos e exames conforme protocolo da instituição.

Julio C. Meyer
Neurocirurgia
CRM: 52.25079-8

Hospital Municipal Dr. Munir Rafful
Avenida Jaraguá, n.º 1020 - Retiro - Volta Redonda - CEP 27.277-130
Telefone: (24) 3512-8700

Nome do Paciente: JULIANA OLIVEIRA CHAVES	Idade: 41	Nº Prontuário 199977
Procedimento: MICROCIRURGIA PARA TUMOR FOSSA POSTERIOR		

JUSTIFICATIVA

(X) Urgência () Emergência () Eletivo

Paciente internada no HMMR com tumor cerebral fossa posterior.

Julia C. Meyer
Neurocirurgião
CRM 5225079-8

Assinatura e Carimbo Médico Solicitante



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

1- INFORMAÇÕES GERAIS

1.1- Data prevista para conclusão do processo

Data prevista para conclusão: 23/01/2025

1.2- Descrição sucinta do objeto

MICROCIRURGIA PARA TUMOR FOSSA POSTERIOR

1.3- Grau de prioridade da compra ou da contratação

Grau de prioridade: Alto

2- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Justificativa conforme incisos I e VII do art. 8º do Decreto nº 10.947, de 2022.

2.1- Justificativa da necessidade da contratação

Paciente internada no HMMR com tumor cerebral fossa posterior.

3- MATERIAIS/SERVIÇOS

Item	CATMAT/CATSER	Descrição	Unidade	Qtde.	Valor Unitário	Valor Total
1	30000	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA	SERV	01	7.000,00	7.000,00
2	311238	ASPIRADOR ULTRASSÔNICO	SERV.	01	8.000,00	8.000,00
					TOTAL	R\$ 15.000,00

Os valores podem ser obtidos através de: preços de contratações públicas similares realizadas por outros órgãos e entidades da Administração;

4- IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE E RESPONSÁVEIS

Área Requisitante (Unidade/Setor/Depto): Núcleo Interno de Regulação SAH

Responsável(eis) pela demanda: Thamyres Andrade de Lima

CPF: 124.277.407-64

Cargo/Função: Recepcionista Núcleo Interno de Regulação



Documento assinado eletronicamente por **Thamyres Andrade de Lima**, **Recepcionista**, em 17/01/2025, às 10:33, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Sebastião Faria de Souza**, **Diretor Geral**, em 20/01/2025, às 09:58, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00305251** e o código CRC **0B7808DD**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000578/2025

SEI nº 00305251

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

TERMO DE REFERÊNCIA RETIFICADO

INTRODUÇÃO:

	COMPRAS (AQUISIÇÃO)
--	----------------------------

Este TERMO DE REFERÊNCIA reúne o conjunto de informações necessárias e as condições mínimas exigíveis para a realização da cirurgia do paciente, com vistas a atender as necessidades do Hospital São João Batista.

FUNDAMENTAÇÃO:

Justificamos a aquisição de material cirúrgico para suprir as necessidades da paciente Juliana Oliveira Chaves internada no HMMR, proporcionando uma qualidade de vida para o paciente.

Paciente internada no HMMR com tumor cerebral fossa posterior.

1 - DESCRIÇÃO DO OBJETO E VALOR DA AQUISIÇÃO:

1.1 O objeto do presente procedimento administrativo é a aquisição do material cirúrgico para o atendimento ao paciente em tratamento ambulatorial no Hospital São João Batista, conforme especificações abaixo:

1.2 Planilha estimativa de quantitativo; preços unitários e valores máximos admitidos pelo município:

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT. R\$	PREÇO TOTAL R\$
01	01	SERV.	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA	7.935,00	7.935,00
02	01	SERV.	KIT ASPIRADOR ULTRASSÔNICO	9.579,17	9.579,17
VALOR TOTAL				17.514,17	

1.3 Ratificamos que a Aquisição ocorrerá, com base no Menor Preço por item, conforme o art. 6º, inciso LIX da lei 14.133/2021, entretanto, a Proponente deverá apresentar e preencher seus Preços Unitários e Totais, para cada item.

1.3.1 Em casos de bens divisíveis, utilizaremos impreterivelmente a epígrafe da súmula nº 247 do TCU.

1.4 - As estimativas desta contratação foram baseadas nos Sistemas Oficiais do Governo, como painel de preços ou banco de preços em saúde, contratações similares feitas pela Administração Pública e a pesquisa direta com no mínimo 03 fornecedores formalmente através de e-mail.

2 - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

2.1 Após a pesquisa de mercado foi apontado que a forma mais vantajosa para o prosseguimento da contratação seria a compra direta com entrega integral do objeto, não havendo (ou havendo) a necessidade de manutenção ou assistência técnica dada à natureza do objeto(s) em questão sendo o possível ciclo de vida do objeto(s) de 5 a 10 anos.

3 – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

3.1 Deve-se seguir a descrição do(s) objeto(s) para esta contratação, não sendo aceito objetos que divergem da mesma.

3.2. Esta é uma contratação de prestação de serviço não continuada, respeitando os prazos de vigência estipulados no mesmo;

4 – FORMA DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

4.1 Condições de entrega: a prestação do serviço do(s) objeto(s) será mediante nota de empenho, no prazo máximo de 2 dias após solicitação da requisitante.

4.2- Endereço de entrega: Rua Nossa Senhora das Graças, número 235 – Colina. Volta Redonda – RJ – CEP:27253-610.

4.3- As entregas serão realizadas de segunda a sexta-feira, exceto nos feriados do Município de Volta Redonda, do Estado do Rio de Janeiro e Nacional, obedecendo rigorosamente às quantidades constantes da Nota de Empenho/ordem de fornecimento.

4.4- O recebimento provisório se dará num prazo de 48 (quarenta e oito) horas;

4.5- O recebimento definitivo do objeto será efetuado no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis, depois de verificada a conformidade das quantidades e especificações com aquelas contratadas e consignadas neste Termo de Referência.

5 – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

<u>Despesa Manutenção e Operacionalização do S.A.H. 50.03.10.122.1101.6300</u>			
<u>Função: 10 – Saúde / Programa : 1101 – Avançando com Saúde / Proj/Ativ: 6300</u>			
Elemento	Dados da despesa	Recurso	Reduzido
3339039000000	Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica - PJ	6002	673242-9

6 – FORMA DE PAGAMENTO

6.1 Os pagamentos serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente, cujo número e agência deverão ser informados pelo adjudicatário até a assinatura do contrato.

6.2 O prazo de pagamento será de até 30 (trinta) dias, a contar da data final do período de adimplemento da entrega.

6.3 Considera-se adimplemento o cumprimento da prestação com a entrega do objeto, devidamente atestada pelo(s) agente(s) competente(s).

6.4 Caso se faça necessária a reapresentação de qualquer fatura por culpa da contratada, o prazo de 30 (trinta) dias ficará suspenso, prosseguindo a sua contagem a partir da data da respectiva reapresentação.

6.5 Ocorrendo atraso no pagamento, desde que este não decorra de ato ou fato atribuível à contratada, poderá ser aplicada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura e o débito será atualizado de acordo com o IPCA pro rata die entre a data prevista para o vencimento da fatura até a data do efetivo pagamento.

6.6 Por eventuais antecipações nos pagamentos das faturas, a Contratada poderá conceder à Contratante um desconto, a título de antecipação financeira, calculado de acordo com o IPCA pro rata die, conforme at.92, XII, da Lei 14.133/21 e suas alterações.

7 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

a) Entregar os materiais na quantidade, qualidade, local e prazos especificados, estando incluído no valor do pagamento todas e quaisquer despesas, tais como tributos, descarga das mercadorias, sem ônus de frete e seguro para o município.

b) Comunicar ao Fiscal do Contrato, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

c) Nomear Preposto aceito pela Administração para representar a empresa junto à Contratante;

d) Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações do Edital;

e) Indenizar todo e qualquer dano e prejuízo pessoal ou material que possa advir, direta ou indiretamente, do exercício de suas atividades ou serem causados por seus prepostos à **CONTRATANTE** ou terceiros;

f) A CONTRATADA é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato;

g) Entregar as notas fiscais e/ou documento equivalente, relativas aos materiais fornecidos, juntamente com o fornecimento dos bens/serviços na Secretaria/Autarquia requisitante.

8 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

a) realizar os pagamentos devidos à CONTRATADA, nas condições estabelecidas neste Termo de Referência;

b) fornecer à CONTRATADAS documentos, informações e demais elementos que possuir vinculação ao presente Termo;

c) emitir as ordens de fornecimento/serviço, quando for o caso;

d) exercer a fiscalização do contrato, registrando no processo o recebimento do material, suas quantidades, bem como horário de entrega e número da respectiva nota fiscal;

e) receber provisória e definitivamente o objeto do contrato, nas formas definidas neste Termo de Referência e/ou

no edital e no contrato.

9 – FISCALIZAÇÃO

9.1 - A execução da entrega será acompanhada e fiscalizada por representantes do CONTRATANTE, especialmente designado pelo Ordenador de Despesa do Hospital São João Batista, podendo ser substituídos, em caso de ausência ou impedimento, por outro servidor lotado no mesmo órgão ou equivalente.

9.2 - A gestão do contrato decorrente deste termo caberá à Unidade Gestora Local, que determinará o que for necessário para regularização de faltas ou defeitos, nos termos do art. 117 da Lei Federal nº 14.133/2021, ficando o titular do referido Órgão como co-responsável.

9.3 - Ficam reservados ao gestor do contrato o direito e a autoridade para resolver todo e qualquer caso singular, omissos ou duvidosos não previstos no processo administrativo e tudo o mais que se relacione com o objeto contratado,

9.4 - A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que esta necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

9.5 - A instituição e a atuação da fiscalização não excluem ou atenuam a responsabilidade da CONTRATADA, nem a exime de manter fiscalização própria.

10 - SANÇÕES POR INADIMPLEMENTO

10.1 A inexecução dos serviços, total ou parcial, a execução imperfeita, a mora na execução ou qualquer inadimplemento ou infração contratual, sujeitará o contratado, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, às seguintes penalidades, que deverá (ao) ser graduada(s) de acordo com a gravidade da infração:

a) advertência;

b) multa administrativa, que poderá chegar até 30% (trinta por cento) do valor do contrato;

c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

d) declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 05 (cinco) anos.

10.2 A sanção administrativa deve ser determinada de acordo com a natureza e a gravidade da falta cometida.

10.2.1 Quando a penalidade envolver prazo ou valor, a natureza e a gravidade da falta cometida também deverão ser consideradas para a sua fixação.

10.3 A imposição das penalidades é de competência exclusiva do órgão licitante.

10 - CRITÉRIOS DE JULGAMENTO E ACEITABILIDADE DE PREÇOS

11.1 – Resultará como vencedora a licitante que apresentar o **menor preço por item**. O valor deverá ser inferior aos valores constantes na Planilha estimativa de quantitativos e preços unitários e valores máximos admitidos e atender aos requisitos de habilitação e demais exigências editalícias.

Volta Redonda, na data da assinatura



Documento assinado eletronicamente por **Thamyres Andrade de Lima**, **Recepcionista**, em 21/01/2025, às 11:28, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Sebastião Faria de Souza**, **Diretor Geral**, em 21/01/2025, às 14:41, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00312135** e o código CRC **9FF78C5F**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000578/2025

SEI nº 00312135

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br



PROCESSO: VR-02.051-00000578/2025 - NEUROCIRURGIA - PACIENTE INTERNADA HMMR: JULIANA DE OLIVEIRA CHAVES		DATA		17/01/2025		17/01/2025		17/01/2025		20/01/2025		20/01/2025	
		EMPRESA		VERSA IMPLANTES		PHARMA BRASIL (PHBR MEDICAL)		NEUROVIDA		ATAS		ATAS	
		CNPJ		45.946.412/0001-57		12.342.435/0001-01		24.649.772/0001-17					
		CONTATO		WESLEY		ELISÂNGELA		GRAZIELLE					
		VALIDADE		30 DIAS		30 DIAS		30 DIAS					
		PAGAMENTO		30 DIAS		-		30 DIAS					
		ENTREGA		À COMBINAR		À COMBINAR		À COMBINAR					
		DATA DA EMISSÃO: 20/01/2025		E-MAIL		vendas@versaimplantes.com.br		elisangela@phbr.com.br		neurovidavr@gmail.com			
		TELEFONE		(24)3402-0731/(21)97516-1861		(11) 97852-3232/99480-1784		(24) 98826-7172					
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	UNID	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL
1	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA	1	SERV.	-	-	18.850,00	18.850,00	6.500,00	6.500,00	8.000,00	8.000,00	8.490,00	8.490,00
2	KIT ASPIRADOR ULTRASSÔNICO	1	SERV.	9.000,00	9.000,00	-	-	-	-	9.000,00	9.000,00	12.000,00	12.000,00
	PREÇO TOTAL				9.000,00		18.850,00		6.500,00		17.000,00		20.490,00

PROCESSO: VR-02.051-00000578/2025 - NEUROCIRURGIA - PACIENTE INTERNADA HMMR: JULIANA DE OLIVEIRA CHAVES		DATA		20/01/2025		MENOR PREÇO		MEDIANA		MÉDIA		VALORES VÁLIDOS
		EMPRESA										
		CNPJ										
		CONTATO										
		VALIDADE										
		PAGAMENTO										
		ENTREGA										
		E-MAIL										
TELEFONE												
DATA DA EMISSÃO: 20/01/2025												
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	UNID	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	
1	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA	1	SERV.	7.870,00	7.870,00	6.500,00	6.500,00	7.935,00	7.935,00	7.715,00	7.715,00	5
2	KIT ASPIRADOR ULTRASSÔNICO	1	SERV.	10.158,33	10.158,33	9.000,00	9.000,00	9.579,17	9.579,17	10.039,58	10.039,58	4
	PREÇO TOTAL				18.028,33		15.500,00		17.514,17		17.754,58	

OBS.: DISPARADA COTAÇÃO PARA DIVERSOS FORNECEDORES CONFORME E-MAIL ANEXADO AO PROCESSO, PORÉM SOMENTE RESPONDIDO O CONSTANTE NESTE MAPA.

BANCO DE PREÇOS - UTILIZADO PARA COMPOR A MÉDIA DE MERCADO.

PLANILHA REALIZADA APENAS COM AS PROPOSTAS VÁLIDAS OBTIDAS, SEM TEMPO HÁBIL PARA REALIZAÇÃO DE NOVAS SOLICITAÇÕES DE COTAÇÃO, DEVIDO A URGÊNCIA DO CASO.

CONSIDERANDO AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO E SUCESSO DO CERTAME, OPTOU-SE POR UTILIZAR A CESTA DE PREÇOS COM FORNECEDORES, ENTE PÚBLICO E BANCO DE PREÇO, SENDO EXPURGADOS OS VALORES DISCREPANTES (EXORBITANTES E/OU INEXEQUÍVEIS), UTILIZANDO A **MEDIANA** COMO CRITÉRIO PARA FORMAÇÃO DE PREÇO.



PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

Data da emissão: 20/01/2025					
PROCESSO: VR-02.051-00000578/2025 - NEUROCIRURGIA - PACIENTE INTERNADA HMMR: JULIANA DE OLIVEIRA CHAVES					
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QTDE.	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL
01	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA	SERV.	01	7.935,00	7.935,00
02	KIT ASPIRADOR ULTRASSÔNICO	SERV.	01	9.579,17	9.579,17
PREÇO TOTAL ESTIMADO					R\$ 17.514,17



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

JUSTIFICATIVA DE PESQUISA DE PREÇOS

Considerando a Instrução Normativa SEGES/ME nº 67/21 que dispõe sobre a dispensa de licitação, na forma eletrônica, de que trata a Lei 14.133/2021, em seu artigo 5º inciso II, a pesquisa de preços deverá ser elaborada conforme a Instrução Normativa SEGES/ME nº 65/21.

Sendo assim, com base no artigo 5º da mesma, foram utilizados os I, II e IV, isto é, composição de custos unitários menores ou iguais à mediana do item correspondente nos sistemas oficiais de governo, como Painel de Preços ou Banco de Preços em saúde, utilizando-se no mapa de cotação o Banco de Preços como fonte de pesquisa, bem como, contratações similares feitas pela Administração Pública e a pesquisa direta com no mínimo 03 (três) fornecedores formalmente através de E-mail. Entretanto, devido a dificuldade de obter propostas para atender o serviço solicitado e devido à urgência do caso, sem tempo hábil para realização de nova solicitação de cotação, foi realizada planilha com 02 (duas) propostas válidas recebidas para o item 01 e 01(uma) proposta válida recebida para o item 02, condizentes com os valores atuais praticados no mercado, que servirão de base ao procedimento, desde que atendidas às condições de habilitação exigidas para escolha do adjudicatário.

Volta Redonda, na data da assinatura.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela de Souza Romaneli, Auxiliar de Escritório**, em 21/01/2025, às 09:14, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00311295** e o código CRC **E4B889DE**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000578/2025

SEI nº 00311295

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

JUSTIFICATIVA

Considerando o parágrafo 3, artigo 75 da Lei 14.133/2021 que estabelece: “As contratações de que tratam os incisos I e II do **caput** deste artigo serão preferencialmente precedidas de divulgação de aviso em sítio eletrônico oficial, pelo prazo mínimo de 3 (três) dias úteis, com a especificação do objeto pretendido e com a manifestação de interesse da Administração em obter propostas adicionais de eventuais interessados, devendo ser selecionada a proposta mais vantajosa” e normatizado posteriormente, pela IN SEGES/ME nº 67/21.

Considerando a especificidade do objeto da contratação direta em epígrafe, solicito pela utilização do Sistema de Dispensa Eletrônica **Sem Disputa**, diante da necessidade imediata da aquisição conforme dispõe o art. 7º do Decreto nº 10.947/2022, a fim de não comprometer a realização da cirurgia da paciente, JULIANA DE OLIVEIRA CHAVES, conforme parecer médico, destacando que a lei exige o comunicado de no mínimo 03 (três) dias úteis.

Dessa forma, se faz necessária à contratação direta com base na pesquisa feita com os fornecedores, comprovada inviabilidade justificada nos autos observando o disposto acima.



Documento assinado eletronicamente por **Sandra Pinto Barra, Pregoeira**, em 21/01/2025, às 15:24, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00313306** e o código CRC **AF376615**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000578/2025

SEI nº 00313306

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br