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.portalvr.com/hsjb

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
COM O POVO HONESTIDADE E COMPETÊNCIA

SAH/HSJB
PROC. Nº 99/24
FL. Nº 03
RUBRICA FUNC.

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD nº 020/2024/SAH

1- INFORMAÇÕES GERAIS

1.1- Data prevista para conclusão do processo

Data prevista para conclusão: 26/03/2024

1.2- Descrição sucinta do objeto

ELETORENCEFALOGRAMA POR 1 H

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 vitima de TCE, TC de crânio com evidencia de HSA. Sedação suspensa com despertar inadequado. HD estado de mal epilético.

3- MATERIAIS/SERVIÇOS

Item	CATMAT / CATSER	Descrição	Unidade	Qtde.	Valor Unitário	Valor Total
1	7021	**MAPEAMENTO CEREBRAL COM ELETROENCEFALOGRAMA**	UN	01	700,00	700,00
					TOTAL:	**R$700,00**

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:	
Nome **Marina Rocha da Costa Sá**	
CPF **301.589.077-87**	**Cargo/Função** **Coordenadora Núcleo Interno de Regulação**

Volta Redonda, 19 de março de 2024

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.portalvr.com/hsjb

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
COM O POVO HONESTIDADE E COMPETÊNCIA

SAH/HSJB
PROC. Nº 94/24
FL. Nº 04
RUBRICA FUNC.

JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DE ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR E ANÁLISE DE RISCOS

Em atendimento ao exposto no inciso I do artigo 72 da Lei 14.133/2021, que trata das exigências para formalização do processo administrativo na contratação direta, para as dispensas de licitação e inexigibilidade, a Administração tratará de forma discricionária para os fins dos autos, a elaboração do Estudo Técnico Preliminar, bem como a Análise de Riscos considerando o baixo valor envolvido, como também a dificuldade de instruir processos em contratações emergenciais, possibilitando sua dispensabilidade, conforme preconiza o artigo 14, inciso I da Lei 14.133/2021.

Ainda assim, destaca-se que todas as informações necessárias a contratação de maior vantajosidade do objeto, conforme preconiza o artigo 11 da Lei 14.133/2021, estão presentes nos autos, estando a Administração disposta a esclarecer quaisquer dúvidas futuras.

Volta Redonda, 19 de março de 2024.

MCosta Sá
MARINA ROCHA DA COSTA SÁ
COORDENADORA DO NIR

TERMO DE REFERÊNCIA

INTRODUÇÃO:

	COMPRAS (AQUISIÇÃO)

Este TERMO DE REFERÊNCIA reúne o conjunto de informações necessárias e as condições mínimas exigíveis para a prestação de serviço de **eletroencefalograma por 1 hora**, com vistas a atender as necessidades do Hospital São João Batista.

FUNDAMENTAÇÃO:

Justificamos a aquisição de eletroencefalograma por 1 hora para suprir as necessidades do paciente Welisson Souza de Oliveira internado nas dependências do Hospital São João Batista, proporcionando uma avaliação mais detalhada para o diagnóstico.

Paciente vitima de TCE, TC de crânio com evidencia de HSA. Sedação suspensa com despertar inadequado. HD estado de mal epilético.

1 - DESCRIÇÃO DO OBJETO E VALOR DA AQUISIÇÃO:

1.1 O objeto do presente procedimento administrativo é a prestação de serviço de **eletroencefalograma** para o atendimento ao paciente internado 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.	ELETROENCEFALOGRAMA por 1 hora		
VALOR TOTAL					

1.3 Ratificamos que a Aquisição ocorrerá, com base no Menor Preço por global, 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 email.

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

PROGRAMA DE TRABALHO	UNIDADE ATENDIDA	FONTE DE RECURSO	NATUREZA DA DESPESA

5 – FORMA DE PAGAMENTO

5.1 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.

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

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

5.4 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.

5.5 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.

5.6 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.

6 – 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.

7 - 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.

8 – FISCALIZAÇÃO

8.1 - 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.

8.2 - 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.

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

8.4 - 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.

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

9 - SANÇÕES POR INADIMPLEMENTO

9.1 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.

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

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

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

10 - CRITÉRIOS DE JULGAMENTO E ACEITABILIDADE DE PREÇOS

10.1 – Resultará como vencedora a licitante que apresentar o **menor preço global**. 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 - RJ, 19 de março de 2024.

Elaborado por:

MRosta Sá

Marina Rocha da Costa Sá –
Coordenadora do Núcleo Interno de Regulação
Matricula 21451 - HSJB

Autorizado por:

Sebastião Faria de Souza
Diretor Geral /SAH / HSJB

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.portalvr.com/hsjb

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
COM O POVO HONESTIDADE E COMPETÊNCIA

SAH/HSJB
PROC. Nº 94/24
FL. Nº 07
RUBRICA FUNC.

ANEXO 01

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO DISPOSTO NO ART. 7º, INCISO XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

DECLARAÇÃO

Ref.: DISPENSA ELETRÔNICA Nº / /SAH/HSJB

A empresa _____, CNPJ/MF nº_____, sediada _____(endereço Completo)_____, declara que não possuir, em nosso quadro de pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, em observância a Lei Federal n° 9.854, de 27.10.99, que altera a Lei n° 8666/93.

_____
local e data

_____
Assinatura sobre carimbo do
Representante Legal.

SUS Único de Saúde da Saúde

PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: Hospital São João Batista

PROC. Nº 04/24
FL. Nº 08

2 - CNES: 0025135

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Wilinson Souza de Oliveira

4 - Nº DO PRONTUÁRIO: 367210

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 701800211307470

6 - DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1987

7 - SEXO: Masc. [X] Fem. [ ]

8 - RAÇA/COR:

9 - NOME DA MÃE: Sherliane Souza de Oliveira

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD 29 99992106 9

11 - NOME DO RESPONSÁVEL:

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua 1017 nº 31 Volta Grande

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Volta Redonda

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

16 - UF: RJ

17 - CEP: 27210290

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Eletroencefalograma por 1 hora

20 - QTDE.: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
23 - QTDE.:

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
26 - QTDE.:

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
29 - QTDE.:

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
32 - QTDE.:

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:
35 - QTDE.:

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Estado de Mal Epiléptico

37-CID10 PRINCIPAL:
38-CID10 SECUNDÁRIO:
39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

40 - OBSERVAÇÕES:

TCE
Sidorcás Superficializado, porém ainda mantendo sem suporte motora ou disposição adequado

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Thalis Santana Oliveira

42-DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/03/24

43 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 03026849500

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):
Dr. Thalis Santana Oliveira
Cardiologista
CRM 5294751-2

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):
Romão Precioso Silva
Médico
CRM 52.37833-2

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:

55 - CNES:

VisionDocument

Hospital SÃO JOÃO BATISTA

SAH/HSJB
PROC. Nº 94/24
FL. Nº 09
RUBRICA FUNC. MR

SUS

Nome do Paciente:	Idade:	Nº Prontuário
Wellington Souza de Oliveira	36 anos	367210
Procedimento: Eletroencefalograma por 1 hora		

JUSTIFICATIVA

(X) Urgência ( ) Emergência ( ) Eletivo

Paciente vítima de TCE
- TC de crânio com presença de HSA a
lesões hemorrágicas

Sedado com dispositivos inadequado

H.D.: Estado de Mal epiléptico

Thalis Santana Oliveira
Cardiologista
CRM 3294751-2

Assinatura e Carimbo Médico Solicitante

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.portalvr.com/hsjb

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
COM O POVO HONESTIDADE E COMPETÊNCIA

PROCESSO: 094/2024 - WELISSON SOUZA DE OLIVEIRA	DATA	20/03/2024		21/03/2024		20/03/2024		20/03/2024		MÉDIA		VALORES VÁLIDOS
	EMPRESA	BM MASCARENHAS (DRA. BEATRIZ MAZZA)		PRO MED (CLÍNICA NEUROLÓGICA NAMEN)		ATA DE REALIZAÇÃO DE PREGÃO ELETRÔNICO 00168/2023 - RJ		BANCO DE PREÇOS				
	CNPJ	43.455.277/0001-11		35.808.541/0001-25								
	CONTATO	BEATRIZ		WALTER								
	PAGAMENTO	7 DIAS		30 DIAS								
	VALIDADE	30 DIAS		15 DIAS								
	E-MAIL	bimazza@yahoo.com.br		clinicanamenneurologia@gmail.co								
DATA DA EMISSÃO: 21/03/2024	TELEFONE	(24) 99305-3479		(24) 3348-1377/99270-0852								
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	UNID	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	
1	ELETROENCEFALOGRAMA À BEIRA DO LEITO POR 01 HORA	1	SERV.	700,00	**700,00**	1.500,00	**1.500,00**	650,00	650,00	740,00	740,00	897,50	897,50	4
	PREÇO TOTAL				**700,00**		**1.500,00**		**650,00**		**740,00**		**897,50**	

OBS.: DISPARADA COTAÇÃO PARA DIVERSOS FORNECEDORES CONFORME E-MAIL ANEXADO AO PROCESSO, PORÉM SOMENTE RESPONDIDOS OS CONSTANTES NESTE MAPA.
BANCO DE PREÇOS - UTILIZADO PARA COMPOR A MÉDIA DE MERCADO.
PLANILHA REALIZADA APENAS COM 02 PROPOSTAS VÁLIDAS RECEBIDAS, SEM CONHECIMENTO DE OUTROS LUGARES QUE REALIZEM ESTE EXAME NA REGIÃO.

Elaborado por: Gabriela de Souza Romaneli
Matrícula: 21030

Gabriela S. Romaneli
COMPRAS
SAH/HSJB

SAH/HSJB
PROC. Nº 094/24
FL. Nº 43
RUBRICA FUNC.

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.portalvr.com/hsjb

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
COM O POVO HONESTIDADE E COMPETÊNCIA

SAH/HSJB
PROC. Nº 094/24
FL. Nº 44
RUBRICA FUNC.

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 exame solicitado, sem conhecimento de outros lugares que realizem esse exame na região, foi realizada planilha com apenas 02 (duas) propostas válidas recebidas, condizentes com os valores atuais praticados no mercado, que servirão de base ao procedimento e possibilitarão a contratação direta no caso do resultado DESERTO ou FRACASSADO através da dispensa eletrônica, conforme destaca a Instrução Normativa nº 67/2021 artigo 22, inciso III, presidindo o critério de menor valor e desde que atendidas às condições de habilitação exigidas para escolha do adjudicatário.

Volta Redonda, 21 de Março de 2024.

GABRIELA DE SOUZA ROMANELI
COMPRAS/SAH

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.portalvr.com/hsjb

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
COM O POVO HONESTIDADE E COMPETÊNCIA

SAH
PROC. Nº 094/24
FLS Nº 58
RUBRICA FUNC.

JUSTIFICATIVA DE CONTRATAÇÃO DIRETA SEM DISPUTA

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. 7° do Decreto n° 10.947/2022, a fim de não comprometer a realização do exame do paciente **WELLISON SOUZA DE OLIVEIRA**, destacando que a lei exige o comunicado de no mínimo 03 (três) dias úteis. Além disso, destaca-se que tratam de exames não padronizados por essa instituição, passíveis de licitação no ano de 2024.

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

Volta Redonda, 22 de Março de 2024.

SEBASTIÃO FARIA DE SOUZA
DIREÇÃO GERAL SAH