

ANEXO IV
TERMO DE REFERÊNCIA /
DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

São José do Rio Preto, 13 de junho de 2024.

1. (x) AQUISIÇÃO: _____

OBJETO:			
Aquisição de máscara oronasal para VNI para as unidades de urgência.			
JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO DE ACORDO COM A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE:			
A máscara oronasal é utilizada em pacientes com insuficiência respiratória aguda com a necessidade de realização de Ventilação Não Invasiva - VNI. O suporte melhora os níveis de oxigenação e diminui o desconforto respiratório, evitando, dessa forma, a necessidade de intubação, medida muito utilizadas em ambiente hospitalar (sala de emergência e UTI).			
PRAZO DE ENTREGA OU DA CONTRATAÇÃO:			
O prazo de entrega deverá ser em 05 (cinco) dias uteis.			
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2024			
DIRETRIZ	OBJETIVO	META	AÇÃO
5 - Aprimoramento dos serviços de Urgência e Emergência	5.1 - Garantir atendimento na Urgência e Emergência	5.1.2 Manter a Habilitação/Qualificação das Unidades de Pronto Atendimento em acordo com a Legislação Federal vigente	5.1.2.2 - Garantir condições adequadas da ambiência e estrutura física das Unidades de acordo com a legislação vigente
OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – “ODS”			
ODS		META	
3. Saúde e bem-estar		3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.	
MATERIAL			
			TOTAL:
MATERIAL CONSUMO			

Nº	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1	83115	Mascara Oronasal Tamanho G Em Silicone E Gel Para Uso Em Ventilacao Nao Invasiva Com Cotovelo Sem Exalacao Para Uso Em Equipamentos De Ventilacao Invasiva E Nao Invasiva Com Fixador Cefalico, Com Presilhas Para Fixacao E Liberacao Da Mascara Da Face Do Paciente-Registro Na Anvisa.	UNID.	14		
2	83116	Mascara Oronasal Tamanho M Em Silicone E Gel Para Uso Em Ventilacao Nao Invasiva Com Cotovelo Sem Exalacao Para Uso Em Equipamentos De Ventilacao Invasiva E Nao Invasiva Com Fixador Cefalico Com Presilhas Para Fixacao E Liberacao Da Mascara Da Face Do Paciente-Registro Na Anvisa.	UNID.	04		
3	83117	Mascara Oronasal Tamanho P Em Silicone E Gel Para Uso Em Ventilacao Nao Invasiva Com Cotovelo Sem Exalacao Para Uso Em Equipamentos De Ventilacao Invasiva E Nao Invasiva Com Fixador Cefalico, Com Presilhas Para Fixacao E Liberacao Da Mascara Da Face Do Paciente-Registro Na Anvisa.	UNID.	03		

TOTAL:

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

Deverá ser apresentado o certificado de conformidade com a normas regulamentadoras vigentes da ANVISA.

REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

Será solicitado da vencedora da fase de lances, pelo pregoeiro, apresentação do produto, por catálogo, demonstrando o atendimento das especificações mínimas estabelecidas no edital. Deverão ser apresentadas, no prazo máximo de 03 dias do recebimento da solicitação, sob pena de desclassificação, na Diretoria de Compras e Contratos - Av. Alberto Andaló, nº 3030 - 2º andar - Centro - São José do Rio Preto - SP - CEP 15015-000.

MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO – CONDIÇÕES DE ENTREGA:

A entrega deverá ser realizada em 05 (cinco) dias uteis após a entrega do empenho, no Almoxarifado da Secretaria da Saúde: 2ª a 5ª - 07:30 às 16:00 / 6ª - 07:30 às 15:30, no endereço: Rua: Otávio Leão Facio, nº

600-610 - Parque Industrial Tancredo Neves, CEP: 15076-620 - São José do Rio Preto/SP, Fone: (17) 3216-4210 / (17) 3216-1427

GARANTIA, MANUTENÇÃO E ASSISTÊNCIA TÉCNICA:

Garantia Mínima de 01 (um) ano contra vícios e defeitos de fabricação.

Os manuais ou folhetos de instrução e de operação deverão estar traduzidos também para o português.

O prazo máximo de entrega dos equipamentos será de 05 (cinco) dias corridos a partir do recebimento da ordem de fornecimento.

A empresa vencedora deverá entregar o material e ser responsável pelo treinamento da equipe, em horários estipulados pela Secretaria Municipal de Saúde.

CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO:

Recebimento do Objeto

Os bens serão recebidos provisoriamente, de forma sumária, no ato da entrega, juntamente com a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta.

Os bens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, inclusive antes do recebimento provisório, quando em desacordo com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

O recebimento definitivo ocorrerá no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente pela Administração, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo detalhado.

O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

A estimativa das quantidades está baseada na quantidade de pacientes com Síndrome Respiratória Grave atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento UPA 24 horas (Norte, Jaguaré, Tangará, Santo Antônio) e P.S. Vila Toninho.

INDICAÇÃO DE OUTRAS CONTRATAÇÕES INTERDEPENDENTES OU VINCULADAS:

Não se aplica

I INDICAÇÃO DO(S) INTEGRANTE(S) DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO:

Dr. Alcides Pinto de Souza Junior, Michele T. B. Ferreira e Adilson Vedroni.

9 FONTES DE RECURSOS:

(() Convênio - Descrição: _____

(() Programa - Descrição: _____

RESERVADO PARA INFORMAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA	FONTE	N. DESP.	SUB. EL.	ITEM	SUB ITEM	CÓD. APLIC.	VALOR

NÚMERO DO CONVENIO/LEGISLAÇÃO: _____

ANO DO CONVÊNIO/LEGISLAÇÃO: _____

VALOR DO REPASSE R\$ _____ VALOR DA CONTRA PARTIDA R\$ _____ ____/____/____, _____
CAMINHO ONDE O TERMO DE REFERÊNCIA E OS ANEXOS FORAM SALVOS NA PASTA TRANSPARÊNCIA:
\\sms21\transparencia\DEPARTAMENTOS\05.DUE\1-DEPARTAMENTO\05. COMPRAS\2024

UNIDADES	MÁSCARA P	MÁSCARA M	MÁSCARA G
NORTE	1	1	2
JAGUARÉ	1	1	3
TANGARÁ	1	1	4
STO ANTÔNIO	0	1	3
VILA TONINHO	0	0	2
TOTAL	3	4	14

ASSINA O ORIGINAL

Enfª Michele T B Ferreira
Depto de Urgência e Emergência
RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Dr. Alcides Pinto de Souza Junior
Coordenador do Departamento - DUE
De Acordo

1. Considerando a justificativa apresentada pelo departamento requisitante.
Considerando a manifestação formal do Fundo Municipal de Saúde sobre a disponibilidade orçamentária para realizar a despesa.
De acordo.

2. Às formalidades legais.

São José do Rio Preto, __ de _____ de 2024.

Adilson Vedroni
Secretário Municipal de Saúde