

PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



<p align="center">TERMO DE REFERÊNCIA Nº 3/2024</p>		<p align="right">Vacaria, 23 de janeiro de 2024</p>	
<p>Município de Vacaria - RS Setor de Licitações</p> <p>A contratação deverá ser realizada por meio de Contratação Direta (Inexigibilidade de Licitação ou Dispensa de Licitação nos termos dos Artigos 74 e 75 da Lei Federal nº 14.133/2021.</p>		<p>Responsável pelo preenchimento: Mariele Gozzi de Athaydes. E-mail: saude@vacaria.rs.gov.br Telefone Fixo/Ramal: 54 3231-5430 (R 243)</p>	
Secretário(a) Solicitante	Secretaria solicitante	Setor de Licitações	
<p>Existe a necessidade de aquisição do material/serviço descrito abaixo. Estou de acordo com a solicitação e justificativa.</p> <p>_____</p>	<p>Recebido em: _____/_____/20____</p> <p>Dotação: 1485</p>	<p>Modalidade: (x) Dispensa () Inexigibilidade</p> <p>Entrada Setor de Compras: _____/_____/20_____</p> <p align="right">_____ Responsável pelo recebimento</p> <p>Entrada Setor Jurídico: _____/_____/20_____</p> <p align="right">_____ Responsável pelo recebimento</p>	

1. OBJETO

1.1. O presente termo tem por objetivo a compra de blocos de relatório de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), parte fundamental do serviço, e é destinado a realizar anotações para fornecer atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência.

1.2. JUSTIFICATIVA

1.3. A presente aquisição se justifica pelas anotações de atendimento do SAMU, que envolve profissionais de saúde treinados, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores de ambulância. Eles atuam em conjunto para prestar os primeiros socorros e estabilizar o paciente no local da ocorrência, antes de encaminhá-lo para a unidade de saúde mais adequada. As principais funções do bloco de atendimento do SAMU incluem:

[Digite aqui]

PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



anotação do atendimento pré-hospitalar, triagem e classificação de risco, orientação médica, transporte adequado e comunicação com hospitais.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

2.1. A presente contratação tem fundamento no Termo de Formalização de Demanda nº 250/2024 e estudo técnico preliminar os quais fazem parte integrante desse processo de contratação.

3. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

3.1. A estimativa da contratação se deu da seguinte forma: com 3 orçamentos de três gráficas existentes no município. Assim sendo, vislumbra-se que tal valor é compatível com o praticado pelo mercado correspondente, observando-se o disposto no Decreto Municipal nº 09/2024, que “Estabelece o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para aquisição de bens, contratação de serviços em geral e para contratação de obras e serviços de engenharia no âmbito do Município de Vacaria/RS, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021”.

3.2. Para embasar o processo e verificar se o valor está dentro da realidade de mercado, o município procedeu em pesquisa de mercado com fornecedores do ramo. O valor obtido é compatível com o praticado pelo mercado correspondente, observando-se o disposto no Decreto Municipal nº 09/2024.

4. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A despesa decorrente desta solicitação correrá por conta da dotação orçamentária do orçamento nº 1485.

6. TABELA DE ITENS

	Especificação	Quantidade	Un. de Medida	Valor Unitário	Valor Total
1	Bloco relatório de atendimento. Papel autocopiativo, 2 vias. 50 folhas por bloco.	50	un	R\$ 35,00	R\$ 1.750,00

5. CRITÉRIO DE JULGAMENTO

[Digite aqui]

PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



5.1. O critério de julgamento estabelecido para esse certame será de **menor preço por item.**

6. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

6.1. A solução proposta é a compra de blocos de relatório de atendimento do SAMU, que visam a anotação do serviço de urgência prestado, para oferecer assistência imediata a vítimas de acidentes, trauma ou doenças agudas; estabilizar as condições do paciente para evitar complicações durante o transporte; avaliar a gravidade do quadro clínico para determinar a prioridade de atendimento; utilizar protocolos para identificar situações de emergência que requerem intervenção imediata; prestar orientações médicas por telefone para casos menos graves; garantir que o paciente seja transportado da maneira mais segura e rápida possível para a unidade de saúde apropriada, como hospitais de emergência, pronto-socorro ou outros serviços especializados; informar as unidades de saúde sobre a chegada do paciente, fornecendo dados cruciais para o início imediato do tratamento.

7. LOCAL E PRAZO DE ENTREGA DOS MATERIAIS

- 7.1. Os blocos deverão ser entregues na Rua Campos Sales, 1100, Gaspareto;
- 7.2. O prazo para entrega dos itens é de 10 dias após o envio do empenho.

8. DO RECEBIMENTO

- 8.1. A responsável do SAMU, é quem vai realizar o recebimento dos itens e caso esteja de acordo com este Termo, irá encaminhar a nota fiscal para que seja realizado o pagamento.
- 8.2. Por ocasião da entrega, os itens serão recebidos pela Servidora Municipal Lurdes Bortoletti, e terão suas características confrontadas com as especificações contidas neste instrumento convocatório, considerando a proposta de preços parte integrante do contrato.

9. DO PAGAMENTO

- 9.1. A nota fiscal somente poderá ser gerada após a emissão do empenho;
- 9.2. A nota deverá ser entregue no momento da entrega da mercadoria;
- 9.3. O pagamento será efetuado, no prazo máximo de **30 (trinta) dias** da data de apresentação dos documentos de cobrança, desde que a totalidade do objeto contratado tenha sido executada, atestada e aprovada pelo CONTRATANTE/FISCAL;
- 9.4. O pagamento ocorrerá após o recebimento definitivo dos materiais constantes na Nota de Empenho;

[Digite aqui]

PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



9.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal, ou ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como, por exemplo, obrigação financeira pendente decorrente de penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará suspenso até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.

10. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

10.1. REGULARIDADE FISCAL:

Negativa de débitos municipais;

Negativa de débitos federais;

11. OBSERVAÇÃO: A Documentação somente será exigida do fornecedor com menor valor na Dispensa de Licitação

MARIELE GOZZI DE ATHAYDES

PREFEITURA MUNICIPAL DE VACARIA



SAMU 192		SAMU 192								
SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO										
CHAMADO	Nº <input type="text"/>		DATA <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>							
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) D/(X) <input type="text"/>		HORA <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min							
MOTIVO	<input type="checkbox"/> 1. SOCORRO <input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTE <input type="checkbox"/> BASE		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> RN							
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO <input type="checkbox"/> 15. COLISÃO <input type="checkbox"/> 19. FAF <input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC <input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 20. FAS <input type="checkbox"/> 23. ELETROFESSÃO <input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO <input type="checkbox"/> 14. OUTRO _____ <input type="checkbox"/> 17. QUEDA <input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST. <input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXOG. <input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO <input type="checkbox"/> 24. OUTRO _____									
PACIENTE	NOME COMPLETO _____		<input type="checkbox"/> 25. Masc IDADE <input type="checkbox"/> 26. Fem. <input type="text"/> <input type="text"/> 27. ANOS							
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE / RUA, Nº, ANEXO, PONTO DE REFERÊNCIA: _____									
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AERÉAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLÓGICO	EXPOSIÇÃO					
	<input type="checkbox"/> 28. OBTURADAS <input type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR. <input type="checkbox"/> 30. LIVRE <input type="checkbox"/> 31. NORMAL <input type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 34. APNEIA	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL <input type="checkbox"/> 36. CHOQUE <input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 38. PCR	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL <input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO <input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 43. COMA <input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES	<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS <input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS					
SINAIS VITAIS	HORA	P.A.	F.C.	F.R.	Sat. 02%	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP
	INÍCIO									
	FIM									
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	<input type="checkbox"/> 49. ADM. OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> 54. RCP <input type="checkbox"/> 59. INTRACRÂNICA <input type="checkbox"/> 64. DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> 69. KED <input type="checkbox"/> 50. GUEDEL <input type="checkbox"/> 55. PUNÇÃO TORÁCICA <input type="checkbox"/> 60. FLEBOTOMIA <input type="checkbox"/> 65. OXIMETRIA <input type="checkbox"/> 70. PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 56. DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA <input type="checkbox"/> 66. COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> 71. _____ <input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (ÓTIM) <input type="checkbox"/> 57. VEIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> 62. Sonda GÁSTRICA <input type="checkbox"/> 67. IMOBILIZAÇÃO MEMBRO <input type="checkbox"/> 72. _____ <input type="checkbox"/> 53. PUNÇÃO CRIO <input type="checkbox"/> 58. INTRACTH <input type="checkbox"/> 63. Sonda VERTICAL <input type="checkbox"/> 68. CURATIVO <input type="checkbox"/> 73. _____									
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____ REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____									
TRANSP.	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO						
	<input type="checkbox"/> 74. SIMPLES <input type="checkbox"/> 75. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO							
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> 76. CANCELADO <input type="checkbox"/> 78. ÓBITO <input type="checkbox"/> 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 82. OUTRO _____ <input type="checkbox"/> 77. FALSO <input type="checkbox"/> 79. RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL _____									
	OBSERVAÇÕES _____									
EQUIPE RECEPTORA MÉDICO/CRM		EQUIPE INTERVENÇÃO/ISTA MÉDICO/CRM		CONDUZIDA						
ENFERMAGEM/COREN										