

OFICIO Nº 1562/2023-SESMA/GAB/PMA

Altamira/PA, - 12 de setembro de 2023.

Ao setor,
Coordenadoria Geral de Licitações e Contratos

Assunto: **Abertura de Processo licitatório- Aquisição de materiais técnicos e laboratoriais, para manutenção das atividades desenvolvidas pela Agência Transfusional situada no HGASR.**

Prezados,

Cumprimentando-os cordialmente, venho por meio deste solicitar a V.Sa. a adoção de providências para abertura de processo licitatório objetivando a **Contratação de empresas especializadas para aquisição de materiais técnicos e laboratoriais, para manutenção das atividades desenvolvidas pela Agência Transfusional situada no HGASR,** integrante da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira-PA / Fundo Municipal de Saúde. Conforme demanda em anexo.

Atenciosamente,

WALDECIR
ARANHA
MAIA:05564379
268

Assinado de forma
digital por
WALDECIR ARANHA
MAIA:05564379268

WALDECIR ARANHA MAIA
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 2524/2023

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA – DFD

Órgão: Secretaria Municipal de Saúde – SESMA.

Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): Secretaria Municipal de Saúde, para **contratação de empresa (s) especializada(s) para aquisição de materiais técnicos laboratoriais e demais para manutenção das atividades desenvolvidas pela Agência Transfusional**, situada no HGASR, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira-PA / Fundo Municipal de Saúde.

Responsável pela demanda: Secretaria Municipal de Saúde – SESMA. - Coordenadoria de Atenção Especializada em Saúde.

E-mail: sesmalicita@altamira.pa.gov.br / sesmaislany@gmail.com

Telefone: (93) 99180-7113

1. OBJETO: contratação de empresa (s) especializada(s) para aquisição de materiais técnicos, laboratoriais e demais para manutenção das atividades desenvolvidas pela Agência Transfusional, situada no HGASR, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira-PA / Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as especificações e condições constantes neste termo.

2. JUSTIFICATIVA:

A Secretaria Municipal de Saúde de Altamira-PA, justifica-se a devida **contratação de empresa (s) especializada(s) para aquisição de materiais técnicos, laboratoriais e demais para manutenção das atividades desenvolvidas pela Agência Transfusional**, situada no HGASR, com o intuito de atender as necessidades da Coordenadoria de Atenção Especializada em Saúde, para o atendimento da demanda da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira-PA. O referido processo tem por finalidade materiais técnicos, laboratoriais e demais para suprir a demanda de atendimento dentro da agência transfusional.

O Agência Transfusional é um módulo do sistema Hemovida que gerencia todas as etapas relacionadas à transfusão de sangue, como a estocagem das bolsas de sangue e hemocomponentes, sua reserva e distribuição para uma unidade solicitante. Trata-se de serviço essencial para tratamento de pacientes, que deverá ser ofertado de forma contínua e ininterrupta, garantindo assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Fundo Municipal de Saúde, com o intuito de atender aos seus Departamentos e proporcionar atendimento eficiente aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, implantou a segunda Agência Transfusional (AT) da região do Xingu, um grande marco na saúde de Altamira e região. A nova agência garante maior segurança e agilidade no atendimento de pacientes que necessitem de transfusão de sangue ou outros serviços realizados pela equipe em nossa região.

Com em torno de 112 leitos, o HGA atende pacientes que necessitam de acolhimento de baixa e média complexidade, e além de Altamira, atende também os municípios de Brasil Novo, Pacajá, Anapu, Vitória do Xingu, Medicilândia, Senador José Porfírio e Porto de Moz.

Estes itens solicitados têm como objetivo atender as demandas da AGÊNCIA TRANSFUSIONAL de Altamira-Pa, integrando os equipamentos já existentes, para proporcionar um melhor serviço aos beneficiários do sistema de saúde deste município.



evitando interrupção nos atendimentos que estão sendo realizados. O qual foi implementando, na rede de saúde de nosso município exames nunca realizados antes. O qual, o principal propósito é proporcionar uma melhor qualidade de atendimento e oferecer melhorias de vida às pessoas por meio da prevenção e atendimento.

Considerando também a necessidade e dever da instituição em garantir aos servidores boas condições de trabalho, proporcionando um ambiente organizacional saudável tanto no aspecto social quanto físico, garantindo inclusive meios para a eficiência dos serviços.

Justifica-se.

3. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO:

LOTE 01

ITEM	ESPECIFICAÇÕES	UND	QDT ANUAL
01	Antissoro ANTI-A (marca Ebram)	Und	15
02	Antissoro ANTI-B (marca Ebram)	Und	15
03	Antissoro ANTI-D (marca Ebram)	Und	15
04	Antissoro CONTROLE RH (marca Ebram)	Und	15

Informamos que tais itens devem ser adquiridos em lote devido serem necessário a aquisição de ambos ao mesmo período para precisão da realização do exame, quanto a descrição da marca, se deriva devido ser compatível com os aparelhos que são utilizados para elaboração dos exames.

LOTE 02

ITEM	ESPECIFICAÇÕES	UND	QDT ANUAL
01	DIACELL ABO (A1-B) 2x10ML (marca BioRad)	KIT	12
02	COOMBS CONTROL IGG (1x10ML) (marca BioRad)	UNIDADE	12
03	DIACELL I-II (2x10ML) (marca BioRad)	KIT	12
04	ANTI-HUMAN-GLOBULIN COLOR (1x10ML) (SORO COOMBS SERUN GREEN) (marca BioRad)	UNIDADE	12

Informamos que tais itens devem ser adquiridos em lote devido serem necessário a aquisição de ambos ao mesmo período para precisão da realização do exame, quanto a descrição da marca, se deriva devido ser compatível com os aparelhos que são utilizados para elaboração dos exames.

LOTE 03

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QDT ANO
1	Alicate de ordenha para banco de sangue	UNIDADE	



01
Pablo Francisco Mendes de Mello
Chefe de Divisão de Serviços
de Compras
Decreto nº 1196

ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5	Cabine de biológica pachane (mod. pa040)	UNIDADE	01
6	Visor de aglutinação phoenix vp – 20	UNIDADE	01
7	Estante em polipropileno para 90 tubos de ensaio 13mm (estante para tubos de coleta de sangue)	UNIDADE	05
8	Blocos de pedidos de Solicitação de hemocomponentes e derivados (bloco com 100 folhas)	UNIDADE	24
9	Etiqueta de identificação do receptor (segue anexo cópia modelo)	UNIDADE	1000
10	Tubo p/ coleta a vácuo 13x75mm c/ edta Uni/rack 100 und (t. Roxa) 4ml	UNIDADE	1000
11	Equipo para transfusão de sangue – Similar ou superior a MARCA LAMEDID	UNIDADE	1000
12	Cronômetro digital – c/ contagem regressiva – Similar ou superior ao MODELO CLEAR	UNIDADE	05
13	Maleta de coleta de material e primeiro socorros – Similar ou superior ao da marca EMIFRAN	UNIDADE	02
14	Ponteira Amarela (tipo Gilson) Pipeta Automática de 5 a 200 µL	UNIDADE	15
15	Soro Albumina Bovina 22% 10ml Similar ou superior as marcas (ebam ou fresenius)	UNIDADE	48
17	Cinto teflon para seladora contínua AS 800, AS 900 e AS 1000	UNIDADE	01
18	Fita print-cód TP-350 HD	UNIDADE	01
19	Fita Teflon para seladora com adesivos 15mmx5mm	UNIDADE	01
20	Pinça de laboratório de aço inoxidável da ponta 25cm por 250mm	UNIDADE	02
21	PIPETA AUTOMÁTICA 100µL	UNIDADE	02
22	PIPETA AUTOMÁTICA 1000µL	UNIDADE	02
23	PIPETA AUTOMÁTICA 200µL	UNIDADE	02
24	PIPETA AUTOMÁTICA 50µL	UNIDADE	02
25	PIPETA AUTOMÁTICA 20µL	UNIDADE	02
26	PIPETA AUTOMÁTICA 10µL	UNIDADE	02

ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTAMIRA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

27	Tubo de Hemólise de Acrílico(12x75mm) Descartáveis	UNIDADE	20,000
28	Papel Teste Browie & Diskfolha	UNIDADE	01
33	Prancheta Oficio	UNIDADE	7
34	Balança comercial digital 35kg de precisão	UNIDADE	01

Detalhamento do item 09.

FRENTE

13,5cm x 31,5cm

VERSUS

Etiqueta de Identificação do Receptor

DATA: _____ HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

PROTÓCOLO DE RECEBIMENTO

DECLARO QUE RECEBI A BOLSINHA DEVIDAMENTE IDENTIFICADA COM UMA VIA DESTA ETIQUETA E ME RESPONSABILIZO POR MANTÊ-LA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS DE USO DO PACIENTE ATÉ SUA UTILIZAÇÃO.

OBS: EM CASO DE ENTREGA NO HEMOCOMPONENTE, ASSINAR: _____

DATA: _____ HORA: _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA: _____

DECLARO QUE TRANSPORTEI A BOLSINHA DEVIDAMENTE IDENTIFICADA E ACONDICIONADA E A ENTREGUEI NO _____ ONDE O PACIENTE SE ENCONTRA.

Protocolo de Entrega

Etiqueta de Identificação do Receptor

HGA
SÃO RAFAEL

Etiqueta de Identificação do Receptor

DATA: _____ HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

PROTÓCOLO DE RECEBIMENTO

DECLARO QUE RECEBI A BOLSINHA DEVIDAMENTE IDENTIFICADA COM UMA VIA DESTA ETIQUETA E ME RESPONSABILIZO POR MANTÊ-LA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS DE USO DO PACIENTE ATÉ SUA UTILIZAÇÃO.

OBS: EM CASO DE ENTREGA NO HEMOCOMPONENTE, ASSINAR: _____

DATA: _____ HORA: _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA: _____

DECLARO QUE TRANSPORTEI A BOLSINHA DEVIDAMENTE IDENTIFICADA E ACONDICIONADA E A ENTREGUEI NO _____ ONDE O PACIENTE SE ENCONTRA.

Protocolo de Entrega

Etiqueta de Identificação do Receptor

HGA
SÃO RAFAEL

Etiqueta de Identificação do Receptor

RECEPTOR

Nome do Paciente: _____

Hospital/Leito: _____

Classif. Sanguínea: _____

CD: _____ AC: _____

Ass. do Técnico: _____

Hemocomponente: _____

Classif. Sanguínea: _____

Pal: _____

N da Cotaleta Bolsa Principal: _____

Volume: _____ ML: _____

N da Bolsa Nova (Alotizada): _____

Volume: _____ ML: _____

Prova cruzada: _____

Prova reversa confirmada: _____

Ass. do Técnico: _____

DATA: _____ HORA: _____

LEIA ANTES DE TRANSFUNDIR

1 - CONFIRME:

A) SE OS DADOS DO PACIENTE ESTÃO CORRETOS;

B) SE ESTÁ PRESCRITO;

C) SE SEU E O HEMOCOMPONENTE SOLICITADO;

D) SE ALGUM DADO NÃO CONFERE, COMUNIQUE IMEDIATAMENTE AO BANCO DE SANGUE.

2 - MANTENHA ESTA ETIQUETA CONECTADA À BOLSINHA DO COMPONENTE ATÉ O FIM DA TRANSFUSÃO. DEPOIS ANEXE-AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

3 - VERIFIQUE E REGISTRE OS SINAIS VITAIS DO PACIENTE ANTES E APÓS A TRANSFUSÃO NO VERSO DESTA ETIQUETA.

4 - NÃO ADMINISTRE NENHUMA MEDICAÇÃO PELA MESMA LINHA DE INFUSÃO DESTA PRODUTO.

5 - REGISTRE E ASSINE HORÁRIO DE INÍCIO E TÉRMINO DA TRANSFUSÃO AO LADO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA E NO VERSO DESTA ETIQUETA.

6 - EM CASO DE SUSPENSÃO DA PRESCRIÇÃO DA TRANSFUSÃO, PROCEDER À DEVOLUÇÃO DO CHPL. CASO NECESSÁRIO EM PRAZO DE 48H MANTENDO ACONDICIONAMENTO ADEQUADO.

7 - NÃO SERÁ ACEITA A DEVOLUÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO E CONCENTRADO DE PLASMA.

LEIA O VERSO

Etiqueta de Identificação do Receptor

PREENCHA O CAMPO ABAIXO E ANEXE AO PRONTUÁRIO

DECLARAÇÃO

EU, _____, DECLARO QUE LI E ENTENDI AS INSTRUÇÕES, CONFIRMEI OS DADOS DO ANVERSO DESTA ETIQUETA COM OS DADOS DA ETIQUETA DO HEMOCOMPONENTE.

INÍCIO DA TRANSFUSÃO ÀS: _____ h DATA: _____/_____/_____

SINAIS VITAIS DO PACIENTE: T: _____ P: _____ R: _____ PA: _____

TÉRMINO DA TRANSFUSÃO: _____ h DATA: _____/_____/_____

SINAIS VITAIS DO PACIENTE: T: _____ P: _____ R: _____ PA: _____

RESPONSÁVEL: _____

CONCLUIU A TRANSFUSÃO? () SIM REAÇÃO TRANSFUSIONAL? () SIM
() NÃO () NÃO

DESCREVA A INTERCORRÊNCIA / REAÇÃO OBSERVADA: _____

ENFERMEIRO(A) / MÉDICO(A) RESPONSÁVEL: _____

ATENÇÃO

1 - AO PRIMEIRO SINAL DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL, SUSPENDA IMEDIATAMENTE A TRANSFUSÃO;

2 - MANTENHA LINHA DE INFUSÃO VENOSA COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA A 0,9%;

3 - INFORME AO MÉDICO DO PACIENTE;

4 - NOTIFIQUE AO BANCO DE SANGUE IMEDIATAMENTE;

5 - ENVIE A BOLSINHA, ESTE CARTÃO E NOVA AMOSTRA DO RECEPTOR AO BANCO DE SANGUE.



Tenha acesso a todos os canais oficiais da Prefeitura de Altamira, apontando a câmera do seu smartphone e fazendo a leitura do QR code.

Travessa Paula Marques, nº 192 – Bairro: Catedral.
CEP: 68371-055 – Altamira/PA
e-mail: sesma@altamira.pa.gov.br

Pablo Francisco Menezes de Melo
Chefe de Divisão do Laboratório de Diagnóstico
de Doenças Infecciosas
Decreto nº 1196

4. Observações gerais:

4.1 Prazo de Entrega/ Execução:

O prazo de prestação dos itens será de 05 (cinco) dias uteis após o recebimento da autorização de ordem de compras emitidas pela SESMA e assinada pelo GESTOR responsável da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira/PA, sem a qual não será gerada qualquer responsabilidade de pagamento.

Em caso de comprovada superveniência de fato excepcional ou imprevisível, estranho à vontade do adjudicatário e que altere substancialmente as condições de seu cumprimento, será examinado pedido de prorrogação do prazo de entrega.

4.2 Local e horário de Entrega/Execução:

Os itens deverão ser entregues dentro do Município de Altamira-Pa, No Hospital Geral de Altamira-PA São Rafael- HGASR, localizado R. 6 - Mutirão, Altamira - PA, 68377-045.

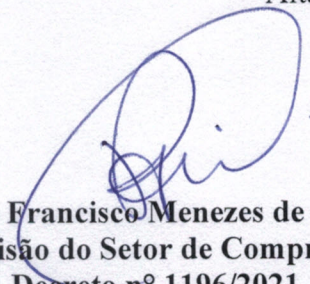
4.3. Unidade e servidor responsável para esclarecimentos:

Coordenador de Administração e Finanças: Adilson Oliveira dos Anjos
Coordenador de Atenção Especializada a Saúde: Ney Carvalho da Silva
Setor de Administração e Finança: Islany S. Brito.

4.4 Prazo para pagamento:

O pagamento da despesa decorrente do objeto a que se refere a presente licitação será realizado após a entrega e/ou realização do serviço prestado, até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente àquele em que foi efetuado o fornecimento, mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais Eletrônicas/Faturas, recibo e "Atestado de Conformidade e Recebimento dos bens" feito pelo fiscal do contrato, que será designado pela SESMA, responsável pela fiscalização dos objetos fornecidos, confirmando se o fornecimento atendeu as exigências estabelecidas.

Altamira/PA, 12 de setembro de 2023.



Pablo Francisco Menezes de Mello
Chefe de Divisão do Setor de Compras e Serviços
Decreto nº 1196/2021

