



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

1. QUADRO RESUMO

1.01 Título e Objetivo Geral:	Aquisição de Materiais de Consumo e Locação de Equipamentos dos Laboratórios de Imunohematologia do HEMOES (Hemocentro Coordenador) e dos Hemocentros Regionais (São Mateus, Colatina e Linhares) em caráter EMERGENCIAL.
1.02 Delimitações do Objeto a ser Licitado:	Reagentes e materiais para testes imunohematológicos para doadores e receptores.
1.03 Modalidades de Licitação e Base Legal:	Compra Direta, EMERGENCIAL , conforme estabelece o artigo 24, inciso IV, da lei nº 8666/93.
1.04 Estimativas de custos globais (inciso II, § 2º, art.40, Lei 8.666/93):	
1.05 Prazos estipulado de vigência contratual:	180 (cento e oitenta) dias.
1.06 Informações Orçamentárias:	10.302.0290.2720/ 3.3.90.30/3.3.90.39-104
1.07 Unidades Administrativas responsável pela execução do objeto e fiscalização:	HEMOCENTRO COORDENADOR - HEMOES

1.08 Equipe responsável pela elaboração do termo de referência:

Matrícula: 1575171- Dr. Marcos José da Cunha – Responsável pelo Setor de Imunohematologia/Hemoes- 3636-7915- hemoes.medulaossea@saude.es.gov.br

Matrícula:1545086- Dra. Alessandra Nunes Loureiro Prezoti- Chefe de Núcleo Técnicos/Hemoes- 3636-7922- hemoes.dt@saude.es.gov.br.

1.09 Versão e data do Projeto Básico:	Versão: 4.0 – 29/11/2016
1.10 Data prevista para implantação:	(07) sete dias após a assinatura do contrato e/ ou emissão da ordem de fornecimento.

1.11 Fiscalização

Matrícula:1575171- Dr. Marcos José da Cunha- Responsável pelo Setor de Imunohematologia/Hemoes- 3636-7915- hemoes.medulaossea@saude.es.gov.br.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

1. DO OBJETO

Aquisição de Materiais de Consumo e Locação de Equipamentos dos Laboratórios de Imunohematologia do HEMOES (Hemocentro Coordenador) e dos Hemocentros Regionais (São Mateus, Colatina e Linhares) em caráter EMERGENCIAL.

2. DA JUSTIFICATIVA

Informamos que os respectivos produtos são preconizados pela Portaria MS nº 158 de 04 de fevereiro de 2016, portanto imprescindíveis para a continuação do serviço realizado pelos Laboratórios de Imunohematologia da Hemorrede Pública, que compreende o **Hemocentro Coordenador de Vitória, Hemocentro Regional de Colatina, Hemocentro Regional de São Mateus e Núcleo de Hemoterapia de Linhares**. Tem a finalidade realizar diariamente os testes de compatibilidade sanguínea (prova cruzada), fenotipagem eritrocitária e outros exames de imunohematologia de alta complexidade dos doadores e receptores de sangue, objetivando a liberação de hemocomponentes para atender a demanda de transfusão da Rede Pública, e que a falta dos mesmos pode ocasionar risco de morte ou ainda danos de difícil reparação.

Conforme Nota Técnica nº 006/2016 GSTCO/GGMED/DIARE/ANVISA em anexo, que proíbe uso de hemácias "In House" e da falta de materiais reagentes, para liberação da rotina, corremos o risco de interdição do Hemocentro que acarretaria a não liberação de bolsas de sangue ou hemoderivados para todos os pacientes da Hemorrede, com risco de suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos e risco de morte para os pacientes que necessitam de transfusão. Por isso, solicitamos a compra de tais materiais reagentes em caráter EMERGENCIAL.

O HEMOES utiliza metodologias para a análise imunohematológica do sangue de doadores e pacientes (classificação direta ABO e Rh, classificação reversa ABO, fenotipagem eritrocitária, pesquisa e identificação de anticorpos irregulares, testes de antiglobulina direta) sendo estas, a gel centrifugação e em tubo. Tal rotina visa garantir a melhor performance de cada técnica considerando a sensibilidade, especificidade e reprodutibilidade das mesmas no processo de trabalho, economicidade para o erário público e a garantia da qualidade do serviço prestado ao usuário do SUS.

Conforme preconiza a Portaria MS nº 158 de 04 de fevereiro de 2016, é realizada fenotipagem eritrocitária para os antígenos no sangue do receptor e doador, dos sistemas Rh (E, e, C e c), Kell (K), Duffy (Fy^a e Fy^b), Kidd (Jk^a e Jk^b) e MNS (S e s), para pacientes aloimunizados contra antígenos eritrocitários, ou que estão ou poderão estar em esquema de transfusão crônica, com o objetivo de auxiliar a identificação de possíveis anticorpos antieritrocitários irregulares, assim como, de realizar transfusão de fenótipo compatível, a fim de garantir maior segurança nos procedimentos hemoterápicos.

Os itens do Lote I e II devem ser compatíveis com o equipamento a ser disponibilizado em locação pela empresa vencedora do lote, para a técnica de Gel Centrifugação.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

Os materiais de consumo devem ser compatíveis com os Equipamentos centrífugas, incubadoras, pipetadores, dispensadores e estação para os cartões, a ser disponibilizado em locação pela empresa vencedora do lote em número compatível para as unidades da hemorrede, para serem utilizados em procedimentos manuais pela técnica de Gel Centrifugação.

Os itens do Lote I, II e III devem ser do mesmo fabricante e da mesma marca, pois, caso haja incompatibilidade, os procedimentos realizados não permitirão as leituras com respectivas interpretações corretas, impossibilitando a liberação dos resultados.

Todos os itens do Lote IV devem ser do mesmo fabricante e da mesma marca, conforme a Portaria MS nº158/2016, “em paralelo, deve ser sempre efetuado um controle da tipagem RhD, utilizando-se para isto soro-controle compatível com o anti-soro utilizado e do mesmo fabricante do anti-D”.

Os equipamentos do lote I e II (centrífugas, incubadoras, pipetadores, dispensadores e estação para os cartões), a serem, locados, deverão ser compatíveis com os insumos, para serem utilizados em procedimentos manuais pela técnica de Gel Centrifugação.

3 DA ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DO OBJETO

Item	Descrição/Características mínimas	Unid. medida	Quant.
LOTE I			
1	CONJUNTO CONTR/QUALIDADE INTERNO IMUNOHEMATOLOGIA; PRODUTO: CONJUNTO DE CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO IMUNOHEMATOLOGIA; TIPO: CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO DE HEMACIAS E SOROS TESTES EM IMUNOHEMATOLOGIA; FINALIDADE: PERMITE O CONTROLE DOS REAGENTES E DOS PROCEDIMENTOS DE TRABALHO, NAS FENOTIPAGENS SANGUINEAS E NAS PESQUISAS E IDENTIFICAÇÕES DE ANTICORPOS ANTI-ERITROCITARIOS; COMPONENTES: HEMACIAS-TESTES:(AB,RHD POSITIVO),(O,KELL POSITIVO,R1R2),(O,RHD NEGATIVO),(O,RHD FRACO)E(TAD POSITIVO), SOROS-TESTES:(SORO COM ANTICORPOS IRREGULARES-GRUPO SANGUINEO AB),(SORO COM ANTICORPOS IRREGULARES-GRUPO SANGUINEO O)E(SORO SEM ANTICORPOS	CX	30



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

	IRREGULARES-GRUPO SANGUINEO O); INSTRUÇÕES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇÕES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, COMPONENTES, FINALIDADE, Nº DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, PROCEDÊNCIA, RESPONSÁVEL TÉCNICO, ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: CAIXA 8 FRASCOS. Código SIGA 49544.		
2	DILUENTE 2 (SOLUÇÃO DE BAIXA FORÇA IÔNICA-LISS); PRODUTO: DILUENTE 2; TIPO: DILUENTE 2-SOLUÇÃO DE BAIXA FORÇA IÔNICA(LISS) ESTABILIZADA E MODIFICADA; FINALIDADE: UTILIZADA EM PREPARO DE SUSPENSÕES DE HEMACIAS EM IMUNOHEMATOLOGIA PELA TÉCNICA DE GEL CENTRIFUGAÇÃO; COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTOS ANALISADORES PARA IMUNOHEMATOLOGIA TOTALMENTE AUTOMATIZADOS A SEREM LOCADOS; INSTRUÇÕES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇÕES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, COMPONENTES, FINALIDADE, Nº DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, PROCEDÊNCIA, RESPONSÁVEL TÉCNICO, ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: ML. Código SIGA 49604.	Mililitro	12.000
3	CARTÃO CONSTITUÍDO DE MICROTUBOS, CADA MICROTUBO CONTENDO GEL DEXTRANO POLIMERIZADO, SOLUÇÃO TAMPONADA EM ESTADO GEL MISTURADA COM ANTIGLOBULINA HUMANA POLIVALENTE (ANTI-IGG POLICLONAL DE COELHO) + ANTI-COMPLEMENTO MONOCLONAL (ANTI C3D) CÓDIGO SIGA 43846	TESTE	54.000
4	CARTÃO NA CL/ENZIMA/AGLUTININAS A FRIO (NA CL/ENZ/AF). CARTÃO PLÁSTICO COM INSERÇÃO DE SEIS A OITO MICROTUBOS, CADA UM, CONTENDO GEL SEPHADEX SUPERFINO NEUTRO, DESTINADO A IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS IRREGULARES E PROVA REVERSA PELA TÉCNICA DE GEL CENTRIFUGAÇÃO; APRESENTAÇÃO: CAIXA COM MÍNIMO DE 48 CARTÕES.	CX	260



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

	Código SIGA66734.		
5	CARTAO TIPAGEM ABO/RH; PRODUTO: CARTAO ABO/RH+CONTROLE (MONOCLONAL); TIPO: CARTAO ABO/RH PELO METODO EM GEL TESTE CENTRIFUGACAO; FINALIDADE: TIPAGEM SANGUINEA ABO/RH (MONOCLONAL); COMPONENTES: SORO ANTI-A, SORO ANTI-B, SORO ANTI-AB,SORO ANTI-D,SORO ANTI CDE-M ONOCLONAIIS; INSTRUcoes: APRESENTAR BULA/INSTRUcoes DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICACAO,COMPONENTES,FINALIDA DE,Nº DE LOTE,DATA DE FABRICACAO,VALIDADE,PROCEDENCIA,R ESPONSAVEL TECNICO,ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: CAIXA MINIMO 48 CARTOES. CÓDIGO SIGA 38703.	CX	120
6	(CARTÃO ABO/RH – REVERSA) KIT PARA DETERMINACAO ABO/RH COM DOIS CLONES DE ANTI D EM GEL TOTALMENTE AUTOMATIZADAS MAIS REAGENTE DE HEMACIAS PARA CLASSIFICACAO ABO REVERSA COM HEMACIAS A1 E B. APRESENTAÇÃO: CAIXA COM NO MÍNIMO 48 CARTÕES. UNIDADE DE FORNECIMENTO: UN. TESTE. CÓDIGO SIGA 141269	TESTE	21.000
7	SUSPENSÃO DE HEMÁCIAS DO GRUPO "A1" E "B" A 0,8% EM MEIO TAMPONADO ISOTÔNICO, COM CONSERVANTES. CADA FRASCO CONTENDO 10 ML DE SUSPENSÃO DE HEMÁCIAS. UNIDADE: CONJUNTO. CÓDIGO SIGA 43847.	Conj.	60
8	SUSPENSÃO DE HEMACIAS A 0,8% I E II. CONJUNTO CONTENDO FRASCOS COM 10 ML DE CELULAS I E II FENOTIPADAS DESTINADAS A PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELA TECNICA DE GEL CENTRIFUGACAO; PRAZO DE VALIDADE: 28 DIAS; APRESENTACAO: CONJUNTO DE 2 FRASCOS COM 10 ML CADA. CÓDIGO	Conj.	60



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

	SIGA 66735.		
09	SUSPENSÃO DE HEMACIAS A 0,8% I, II E III-PAPAINIZADAS. CONJUNTO CONTENDO FRASCOS COM 10 ML DE CELULAS I, II E III FENOTIPADAS E PAPAINIZADAS, DESTINADAS A PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELA TÉCNICA DE GEL CENTRIFUGAÇÃO; PRAZO DE VALIDADE: 28 DIAS; APRESENTAÇÃO: CONJUNTO COM 3 FRASCOS COM 10 ML CADA. CÓDIGO SIGA 66743.	Conj.	06
10	SUSPENSÃO DE HEMACIAS A 0,8% DO GRUPO O PARA O PAINEL. CAIXA CONTENDO 11 FRASCOS COM 4 ML DE CELULAS FENOTIPADAS DESTINADAS A IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS IRREGULARES PELA TÉCNICA DE GEL CENTRIFUGAÇÃO; PRAZO DE VALIDADE: 28 DIAS; APRESENTAÇÃO: CAIXA COM 11 FRASCOS DE 4 ML . CÓDIGO SIGA 66744.	CX	12
11	SUSPENSÃO DE HEMACIAS A 0,8% DO GRUPO O PARA O PAINEL PAPAINIZADO. CAIXA CONTENDO 11 FRASCOS COM 4 ML DE CELULAS PAPAINIZADAS E FENOTIPADAS DESTINADAS A IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS IRREGULARES PELA TÉCNICA DE GEL CENTRIFUGAÇÃO; PRAZO DE VALIDADE: 28 DIAS; APRESENTAÇÃO: CAIXA COM 11 FRASCOS DE 4 ML . CÓDIGO SIGA 66745.	CX	6
12	05- SERVIÇO: LOCAÇÃO CENTRIFUGAS PARA TÉCNICA EM GEL TESTE PARA IMUNOHEMATOLOGIA. CÓDIGO SIGA 97244. 02 PARA HEMOES VITÓRIA 01 HEMONUCLEO COLATINA 01 HEMONUCLEO SÃO MATEUS 01 HEMONUCLEO LINHARES	MENSAL	6
13	05- SERVIÇO: LOCAÇÃO INCUBADORAS PARA TÉCNICA EM GEL TESTE PARA IMUNOHEMATOLOGIA. CÓDIGO SIGA 97245. 02 HEMOES VITÓRIA 01 HEMONUCLEO COLATINA 01 HEMONUCLEO SÃO MATEUS	MENSAL	6



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

	01 HEMONUCLEO LINHARES		
14	07- SERVIÇO: LOCAÇÃO PIPETAS MANUAIS DE 0 A 300 MICROLITROS. CÓDIGO SIGA 97247. 04 HEMOES VITÓRIA 01 HEMONUCLEO COLATINA 01 HEMONUCLEO SÃO MATEUS 01 HEMONUCLEO LINHARES	MENSAL	6
LOTE II			
Item	Descrição/Características mínimas	Unidade medida	Quantidade
1	CARTAO MONOESPEC-TESTE COMPL ANTIGLOBULINA DIRETO; PRODUTO: CARTAO MONOESPECIFICO IGG,IGA,IGM,C3C,C3D E CONTROLE; TIPO: CARTAO MONOESPECIFICO IGG,IGA,IGM,C3C,C3D E CONTROLE PELO METODO DE GEL CENTRIFUGACAO; FINALIDADE: ESTUDO COMPLETO DO TESTE DE ANTIGLOB ULINA DIRETO(TAD); COMPONENTES: MISTURA EM GEL COM ANTIGLOBULINAS HUMANAS ANTI-IGG,IGM,IGA,C3D,C3C ; INSTRUcoes: APRESENTAR BULA/INSTRUcoes DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICACAO,COMPONENTES,FINALIDA DE,Nº DE LOTE,DATA DE FABRICA CAO,VALIDADE,PROCEDENCIA,RESPONSA VEL TECNICO,ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: CAIXA MINIMO 12 CARTOES. Código SIGA 38705.	CX	33
2	(Perfil 1) KIT PARA FENOTIPAGEM; KIT PARA DETERMINACAO DOS ANTIGENOS P1, LEA, LEB, LUA, LUB, CTL EM GEL TOTALMENTE AUTOMATIZADO. UNIDADE DE FORNECIMENTO: TESTE. CÓDIGO SIGA 141274	TESTE	1.584



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

3	(Perfil 2) KIT PARA FENOTIPAGEM - KIT PARA DETERMINAÇÃO DOS ANTÍGENOS K (CELLANO), KPA, KPB, JKA, JKB, CTL EM GEL TOTALMENTE AUTOMATIZADO. UNIDADE DE FORNECIMENTO: TESTE. CÓDIGO SIGA 141275	TESTE	1.584
4	(Perfil 3) KIT PARA FENOTIPAGEM - KIT PARA DETERMINAÇÃO DOS ANTÍGENOS: M (MAIUSCULO), N (MAIUSCULO), S (MAIUSCULO), S (MINUSCULO), FYA, FYB; COM RESPECTIVOS SOROS REAGENTES EM GEL: M (MAIUSCULO), N (MAIUSCULO), S (MAIUSCULO), S (MINUSCULO), FYA, FYB TOTALMENTE AUTOMATIZADO. UNIDADE DE FORNECIMENTO: TESTE. CÓDIGO SIGA 141276	TESTE	1.584
5	(Soro do Perfil 3) SORO TESTE P/O "PERFIL DE ANTÍGENOS III"; PRODUTO: SORO TESTE PARA O "PERFIL DE ANTÍGENOS III"; TIPO: SORO TESTE PARA O "PERFIL DE ANTÍGENOS III" PRONTO PARA USO; FINALIDADE: UTILIZADO PARA A DETERMINAÇÃO DOS ANTÍGENOS M,N,S,S,FYA E FYB; COMPONENTES: CONT ENDO ANTI-M MONOCLONAL(LINHAGEM CELULAR LM 110/140)E ANTI-N MONOCLONAL (LINHAGEM CELULAR 1422C7); ANTI-S,ANTI-S,ANTI-FYA,ANTI-FYB(HUMANOS); INSTRUÇÕES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇÕES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, COMPONENTES, FINALIDADE, Nº DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE,PROCEDENCIA, RESPONSÁVEL TÉCNICO, ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: TESTE. CÓDIGO SIGA 147706	TESTE	792
6	DILUENTE 1 (SOLUÇÃO DE BROMELINA MODIFICADA); PRODUTO: DILUENTE 1; TIPO: DILUENTE 1-SOLUÇÃO DE BROMELINA MODIFICADA; FINALIDADE: UTILIZADA PARA PREPARO DE SUSPENSÕES DE HEMÁCIAS E REATIVO PARA TESTES ENZIMÁTICOS EM IMUNOHEMATOLOGIA PELA TÉCNICA DE	Conj.	6



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

	GEL-CENT RIFUGACAO; INSTRUÇOES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇOES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICACAO,COMPONENTES,FINALIDA DE,Nº DE LOTE,DATA DE FABRICACAO,VALIDADE,PROCEDENCIA,R ESPONSAVEL TECNICO,ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: CONJUNTO COM 02 FRASCOS DE 100 ML. Código SIGA38709.		
7	DILUENTE 2 (SOLUCAO DE BAIXA FORCA IONICA-LISS); PRODUTO: DILUENTE 2; TIPO: DILUENTE 2-SOLUCAO DE BAIXA FORCA IONICA(LISS)ESTABILIZADA E MODIFICADA; FINALIDADE: UTILIZADA EM PREPARO DE SUSPENSOES DE HEMACIAS EM IMUNOHEMATOLOGIA PELA TECNICA DE GEL CENTRIFUGACAO; COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTOS ANALISADORES PARA IMUNOHEMATOLOGIA TOTALMENTE AUTOMATIZADOS A SEREM LOCADOS; INSTRUÇOES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇOES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICACAO,COMPONENTES,FINALIDA DE,Nº DE LOTE,DATA DE FABRICACAO,VALIDADE,PROCEDENCIA,R ESPONSAVEL TECNICO,ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: ML. CÓDIGO SIGA 49604	Mililitro	2.500
8	(Rh Kell) KIT PARA FENOTIPAGEM- KIT PARA DETERMINACAO DOS ANTIGENOS C (MAIUSCULO), C (MINUSCULO), E (MAIUSCULO), E (MINUSCULO), K (MAIUSCULO), EM GEL TOTALMENTE AUTOMATIZADO. APRESENTAÇÃO: CAIXA COM NO MÍNIMO 48 UNIDADES. UNIDADE DE FORNECIMENTO: UN TESTE. CÓDIGO SIGA 141271	TESTE	4.600
9	05- SERVIÇO: LOCAÇÃO CENTRIFUGAS PARA TECNICA EM GEL TESTE PARA IMUNOHEMATOLOGIA. CÓDIGO SIGA 97244.	MENSAL	6



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

	02 HEMOES VITÓRIA 01 HEMONUCLEO COLATINA 01 HEMONUCLEO SÃO MATEUS 01 HEMONUCLEO LINHARES		
10	05- SERVIÇO: LOCALIZAÇÃO INCUBADORAS PARA TÉCNICA EM GEL TESTE PARA IMUNOHEMATOLOGIA. CÓDIGO SIGA 97245. 02 HEMOES VITÓRIA 01 HEMONUCLEO COLATINA 01 HEMONUCLEO SÃO MATEUS 01 HEMONUCLEO LINHARES	MENSAL	6
11	07- SERVIÇO: LOCALIZAÇÃO PIPETA MANUAL DE 0 A 300 MICROLITROS. CÓDIGO SIGA 97247. 04 HEMOES VITÓRIA 01 HEMONUCLEO COLATINA 01 HEMONUCLEO SÃO MATEUS 01 HEMONUCLEO LINHARES	MENSAL	6

LOTE III			
Item	Descrição/Características mínimas	Unidade medida	Quantidade
1	SORO ANTI-CDE; PRODUTO: SORO ANTI-CDE (RHO-MONOCLONAL); TIPO: SORO ANTI-CDE (RHO-MONOCLONAL) PARA TESTE EM TUBO; FINALIDADE: DETERMINAÇÃO DOS ANTÍGENOS RHO(D), RH (C) E RH (E) (TESTE EM TUBO); INSTRUÇÕES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇÕES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, COMPONENTES, FINALIDADE, Nº DE LOTE, DATA DE FABRICAÇÃO, VALIDADE, PROCEDÊNCIA, RESPONSÁVEL TÉCNICO, ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 51013.	Frasco	10
	LECTINA ANTI-A 1; PRODUTO: LECTINA		



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

2	ANTI-A 1; TIPO: LECTINA ANTI-A 1(DOLICHES BIFLORUS); FINALIDADE: REAGENTE UTILIZADO PARA DIFERENCIACAO DE SUBGRUPOS A1 E A2(TESTE EM TUBOS); INSTRUCOES: APRESENTAR BULA/INSTRUCOES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICACAO,COMPONENTES,FINALIDA DE,Nº DE LOTE,DATA DE FABRICACAO,VALIDADE,PROCEDENCIA,R ESPONSAVEL TECNICO,ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 2 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 49861.	Frasco	7
3	LECTINA ANTI-H; PRODUTO: LECTINA ANTI-H; TIPO: LECTINA ANTI-H(UREX EUROPEUS); FINALIDADE: REAGNTE UTILIZADO PARA DIFERENCIACAO DE SUBGRUPOS SANGUINEOS (TESTE EM TUBOS); INSTRUCOES: APRESENTAR BULA/INSTRUCOES DE USO; ROTULAGEM: DADOS DE IDENTIFICACAO,COMPONENTES,FINALIDA DE,Nº DE LOTE,DATA DE FABRICACAO,VALIDADE,PROCEDENCIA,R ESPONSAVEL TECNICO,ARMAZENAMENTO E REGISTRO NO M.S; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 2 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 49862.	Frasco	7
4	SORO ANTI-A; NOME PRODUTO: SORO ANTI-A MONOCLONAL; TIPO: SORO ANTI-A MONOCLONAL IGM PARA TESTE EM TUBO; FINALIDADE: DETERMINACAO DOS GRUPOS SANGUINEOS ABO(TESTE EM TUBO); INSTRUCOES: APRESENTAR BULA/INSTRUCOES DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICACAO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NUMERO LOTE/SERIE, CONDICOES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUCOES CONFORME RESOLUCAO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERACOES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 50991.	Frasco	100
	SORO ANTI-B; NOME PRODUTO: SORO ANTI-B MONOCLONAL; TIPO: SORO ANTI-B		



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

5	MONOCLONAL IGM PARA TESTE EM TUBO; FINALIDADE: DETERMINACAO DOS GRUPOS SANGUINEOS ABO(TESTE EM TUBO); INSTRUcoes: APRESENTAR BULA/INSTRUcoes DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICACAO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NUMERO LOTE/SERIE, CONDICOES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUcoes CONFORME RESOLUCAO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERACOES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 50993.	Frasco	100
6	SORO ANTI-AB; NOME PRODUTO: SORO ANTI-AB MONOCLONAL; TIPO: SORO ANTI-AB MONOCLONAL IGM PARA TESTE EM TUBO; FINALIDADE: DETERMINACAO DOS GRUPOS SANGUINEOS ABO (TESTE EM TUBO); INSTRUcoes: APRESENTAR BULA/INSTRUcoes DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICACAO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NUMERO LOTE/SERIE, CONDICOES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUcoes CONFORME RESOLUCAO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERACOES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. Código SIGA 50992.	Frasco	70
7	SOLUCAO DE ALBUMINA BOVINA; NOME PRODUTO: SOLUCAO DE ALBUMINA BOVINA; TIPO: SOLUCAO DE ALBUMINA BOVINA 22%; FINALIDADE: UTILIZADO EM TESTES IMUNOHEMATOLOGICOS; INSTRUcoes: APRESENTAR BULA/INSTRUcoes DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICACAO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NUMERO LOTE/SERIE, CONDICOES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUcoes CONFORME RESOLUCAO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERACOES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. Código SIGA 50896.	Frasco	70
	SORO DE COOMBS; NOME PRODUTO: SORO DE COOMBS (POLIESPECIFICO);		



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

8	TIPO: SORO DE COOMBS (ANTI-IMUNOGLOBULINAS HUMANA-POLIESPECIFICO) PARA TESTE EM TUBO; FINALIDADE: PESQUISA DE ANTICORPOS EM IMUNOHEMATOLOGIA(TESTE EM TUBO); INSTRUÇÕES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇÕES DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NÚMERO LOTE/SERIE, CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUÇÕES CONFORME RESOLUÇÃO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERAÇÕES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 51018.	Frasco	70
9	SORO DE COOMBS; NOME PRODUTO: SORO DE COOMBS (MONOESPECIFICO); TIPO: SORO DE COOMBS (ANTI-IMUNOGLOBULINAS HUMANA-MONOESPECIFICO) PARA TESTE EM TUBO; FINALIDADE: PESQUISA DE ANTICORPOS EM IMUNOHEMATOLOGIA(TESTE EM TUBO); INSTRUÇÕES: APRESENTAR BULA/INSTRUÇÕES DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NÚMERO LOTE/SERIE, CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUÇÕES CONFORME RESOLUÇÃO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERAÇÕES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 51017.	Frasco	50
10	SUSPENSÃO DE HEMÁCIAS A 4% I E II. CONJUNTO CONTENDO FRASCOS COM 10 ML DE CELULAS I E II FENOTIPADAS DESTINADAS A PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (HUMANAS) PELA TÉCNICA EM TUBO; PRAZO DE VALIDADE: SUPERIOR A 25 DIAS; APRESENTAÇÃO: CONJUNTO DE 2 FRASCOS COM 10 ML CADA. CÓDIGO SIGA 66738.	Conj.	15
	SUSPENSÃO DE HEMÁCIAS A 4% DO CONTROLE DE COOMBS (IGG). FRASCO CONTENDO 10 ML DE HEMÁCIAS	Frasco	30



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

11	SENSIBILIZADAS COM IGG PARA O CONTROLE DA FASE DE COOMBS PELA TECNICA EM TUBO; PRAZO DE VALIDADE: SUPERIOR A 25 DIAS; APRESENTACAO: FRASCO COM 10 ML. CÓDIGO SIGA 66739.		
12	SUSPENSAO DE HEMACIAS A 4% A1 E B. CONJUNTO CONTENDO FRASCOS COM 10 ML DE CELULAS A1 E B PARA PESQUISA DE ISOAGLUTININAS A1 E B (HUMANAS) (REVERSA A1 E B) PELA TECNICA EM TUBO; PRAZO DE VALIDADE: SUPERIOR A 25 DIAS; APRESENTACAO: CONJUNTO DE 2 FRASCOS COM 10 ML CADA. CÓDIGO SIGA 66740.	Conj.	15
LOTE IV			
Item	Descrição/Características mínimas	Unidade medida	Quantidade
01	SORO ANTI-RH P/SORO ANTI-D; NOME PRODUTO: SORO ANTI-RH PARA SORO ANTI-D MONOCLONAL; TIPO: SORO ANTI-RH PARA SORO ANTI-D MONOCLONAL; FINALIDADE: USADO COMO CONTROLE NEGATIVO DAS CLASSIFICACOES RH COM SOROS ALBUMINICOS; INSTRUCOES: APRESENTAR BULA/INS TRUCOES DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICACAO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NUMERO LOTE/SERIE, CONDICOOES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUCOES CONFORME RESOLUCAO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERACOES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 38720.	Frasco	100
02	SORO ANTI-D; NOME PRODUTO: SORO ANTI-D (MONOCLONAL/INCOMPLETO); TIPO: SORO ANTI-D (MONOCLONAL/INCOMPLETO) PARA TESTE EM TUBO; FINALIDADE: DETERMINACAO DO ANTIGENO RHO(D)(TESTE EM TUBO); INSTRUCOES: APRESENTAR BULA/INSTRUCOES DE USO; ROTULAGEM: DEVERA CONTER IDENTIFICACAO DO MATERIAL, DADOS FABRICANTE/IMPORTADOR, NUMERO	Frasco	100



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

	LOTE/SERIE, CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO E DEMAIS INSTRUÇÕES CONFORME RESOLUÇÃO RDC Nº 185, DE 22/10/2001, ANVISA E SUAS ALTERAÇÕES POSTERIORES; UNIDADE DE FORNECIMENTO: FRASCO 10 MILILITROS. CÓDIGO SIGA 50994.		
--	---	--	--

3.1 A somatória dos materiais reagentes são referentes ao total a ser utilizado pelos: **Hemocentro Coordenador de Vitória, Hemocentro Regional de Colatina, Hemocentro Regional de São Mateus e Núcleo de Hemoterapia de Linhares**, de acordo com suas rotinas e necessidades.

3.2 O Proponente vencedor deverá encaminhar junto com todos os documentos habilitatórios, para análise e parecer técnico do Órgão Requisitante, cópias visíveis ou originais dos **manuals, catálogos** e instruções que permitam uma perfeita identificação do produto ofertado, descrito em língua portuguesa e em consonância com todas as exigências idealísticas.

4. DA HABILITAÇÃO TÉCNICA

- a) Comprovação de que a licitante presta ou prestou, sem restrição, serviço de natureza semelhante ao produto, constando quantidades ao indicado na Descrição da Especificação dos Produtos/Serviços do edital. A comprovação será feita por meio de no mínimo 1 (um) atestado de capacidade técnica, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado da empresa ou órgão comprador do serviço, compatível com o objeto desta licitação.
- b) Apresentar **Alvará de Licença Sanitária** expedida pela Secretária de Saúde, em nome do proponente na licitação (fabricante, distribuidor ou representante), com validade prevista em lei;
- c) Apresentar **Autorização de Funcionamento da empresa licitante, expedida pela ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde, ou publicação da autorização de funcionamento no “Diário Oficial da União – DOU”, em original ou cópia autenticada, com validade prevista em lei;
- d) Apresentar **Certificado de Registro/Isenção de Registro de Produto**, emitido pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou Ministério da Saúde, ou publicação do Certificado de Registro/Isenção de registro no “Diário Oficial da União – DOU”, em original ou cópia autenticada, com validade prevista em lei;
- e) Apresentar **Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle por Linha de Produção/Produtos do Licitante**, emitido pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou Ministério da Saúde, referente ao produto objeto desta licitação, ou declaração



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

emitida pelo licitante e/ou fabricante, que não há exigência do referido certificado para o produto cotado;

5. DA FISCALIZAÇÃO E DO RECEBIMENTO DO OBJETO

A fiscalização da ENTREGA do material será exercida por funcionário do HEMOES, através de seus técnicos, aos quais competirão dirimir as dúvidas que surgirem no curso da entrega do material, dando ciência de tudo ao contratante (Art. 67 da Lei 8.666/93).

Esta fiscalização não exclui reduzir a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiro, por qualquer irregularidade, não implicando também, co-responsabilidade do contratante ou de seus agentes e prepostos (Art. 70, da Lei 8.666/93).

6. DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO

A fatura deverá ser apresentada mediante a entrega do objeto contratado, devendo com ela serem encaminhados os comprovantes de regularidade fiscal da contratada.

7. DOS PRAZOS DE ENTREGA, DA VALIDADE E DA GARANTIA

7.1 PRAZOS E LOCAIS DE ENTREGA

7.1.1 Os Objetos contratado deverão ser entregues no prazo máximo de até 07 (sete) dias corridos após o início da vigência do contrato ou emissão de instrumento equivalente.

7.1.2 Os insumos (materiais) deverão ser entregues no HEMOCENTRO COORDENADOR, no Almoxarifado do HEMOES – Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória-ES em dia de expediente, no horário de 08h00min as 17h00min. A entrega deverá ocorrer, de acordo com a demanda, em horário comercial, imediatamente após a solicitação feita pelo Hemocentro através de contato telefônico.

Os equipamentos de locação deverão ser entregues nos:

Hemocentro Coordenador de Vitória (HEMOES), Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória-ES – CEP: 29040-090.

Hemocentro Regional de São Mateus – Av. Othovarino Duarte Santos, s/nº - Parque Washington, São Mateus-ES – CEP: 29.930-000.

Hemocentro Regional de Colatina – R: Cassiano Castelo, s/nº - Centro Colatina-ES – CEP: 29.700-060.

Núcleo de Hemoterapia de Linhares – Av. João Felipe Calmon, 1.305 – Centro Linhares –ES – CEP: 29.900-010.

7.2 DO PRAZO DE VALIDADE

Não se aplica



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

7.3 DO PRAZO DE GARANTIA

Não se aplica

8. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO OU INSTRUMENTO SIMILAR

O contrato terá início no dia posterior à data de sua publicação no Diário Oficial do estado, na forma do parágrafo único do art. 61 da Lei 8.666/93, cuja vigência expirar-se-á com a entrega, recebimento e pagamento, não podendo ultrapassar a vigência dos créditos orçamentários.

O prazo de vigência contratual terá início no dia subsequente ao da publicação do resumo do contrato no Diário Oficial e terá duração de 06 (seis) meses.

9. DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE FORNECIMENTO

- Deverá conter na proposta, a especificação detalhada e marca do produto cotado.
- O produto deve apresentar estabilidade até o final do prazo de validade indicado pelo fabricante, depois de abertas às embalagens, seguindo-se as condições preconizadas de armazenamento. As embalagens deverão estar claramente identificadas com a quantidade, número de lote, data de fabricação e data de validade e número de registro no Ministério da Saúde – ANVISA dos produtos discriminados, com sua data de validade em vigor ou documento que comprove que o produto é isento de registro no Ministério da Saúde/ANVISA.
- Prazo máximo de entrega dos materiais: 07 (sete) dias contados do recebimento da Autorização de Fornecimento de Materiais – AFM, em dia de expediente, no horário de 07:00 às 16:00 horas.
- O material deverá ser entregue no Almoxarifado do HEMOES, situado na Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória-ES – CEP: 29040-090.
- A entrega do material deverá ser de acordo com a necessidade e solicitação do HEMOES.
- O material será recebido e aceito, da seguinte forma:
 - . Provisoriamente, no ato da entrega.
 - . Definitivamente, mediante atesto na Nota Fiscal, depois de corrido o prazo fixado para o recebimento provisório, na hipótese de haver qualquer irregularidade, o que não exime o



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

fornecedor de reparar eventuais defeitos constatados posteriormente. O objeto será rejeitado, caso não esteja em conformidade com a proposta apresentada.

. No material, objeto desta licitação, deverá estar inclusos o preço cotado, todos os tributos, contribuições, inclusive fiscais e demais encargos vigentes na data de apresentação da proposta do licitante.

. Registro do material: O fornecedor deverá apresentar no momento da entrega do material, cópia perfeitamente legível e autenticada do registro de material na ANVISA/MS ou publicação do Diário Oficial da União, em conformidade com o artigo 14, parágrafo 4º do Decreto nº 79.094, de 05 de janeiro de 1977.

9.1 – Condições de Contratação:

- A empresa vencedora, deverá estar garantindo ao HEMOES, em regime de locação, o direito de uso de equipamentos, para a realização dos serviços executados pelo Laboratório de Imunohematologia do HEMOES.

- A empresa vencedora deverá fornecer manual de funcionamento e utilização do(s) equipamento(s) e acessórios a serem cedidos em regime de locação, em língua portuguesa.

- A empresa vencedora deverá prestar e apresentar calendário de manutenção preventiva do(s) equipamento(s) e atender ao chamado para manutenção corretiva no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas após solicitação via fax, e-mail ou telefone.

- A empresa vencedora deve substituir o(s) equipamento(s) quando a manutenção corretiva exigir o recolhimento do(s) mesmo(s), sem gerar ônus para a contratante.

- A empresa vencedora deve ministrar treinamento e reciclagem de todo o pessoal técnico que utilizará o(s) equipamento(s), sem gerar ônus para a contratante.

- A empresa vencedora deverá fornecer todos e quaisquer outros elementos que sejam necessários para o seu funcionamento, tais como: Software, impressoras, cartuchos de tinta, papel A4, entre outros.

- A empresa vencedora deverá fornecer todos e quaisquer outros elementos que sejam necessários, para leitura e conclusão dos testes.

9.2- Descrições Técnicas do Equipamento:

● Centrífuga para técnica em gel teste para imunohematologia determinação de grupos sanguíneos e provas cruzadas Painel de controle microprocessado com leitura digital para visualização de todos os parâmetros, como velocidade e tempo; com ajuste de velocidade, compreendendo os valores de 2.400 e 3.400 RPM e temporizador de, no mínimo 0 a 99 minutos. Acompanhada de todos acessórios para perfeito funcionamento, além de manual em português. Alimentação: 220/110 V



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

- Incubadora para técnica em gel teste para imunohematologia.
- Pipetas manuais, volume variável de 0 a 300 microlitros, com aspirador e ejetor de líquido em velocidade constante, com ejetor manual de ponteiras.
- 05 (cinco) Centrifugas a serem distribuídas para a Hemorrede Pública, a saber, 02 (duas) Hemocentro Coordenador de Vitória, 01 (uma) Hemocentro Regional de Colatina, 01 (uma) Hemocentro Regional de São Mateus e 01 (uma) Núcleo de Hemoterapia de Linhares
- 05 (cinco) Incubadoras a ser distribuídas para a Hemorrede Pública, a saber, 02 (duas) Hemocentro Coordenador de Vitória, 01 (uma) Hemocentro Regional de Colatina, 01 (uma) Hemocentro Regional de São Mateus e 01 (uma) Núcleo de Hemoterapia de Linhares
- 07 (sete) Pipetas manuais de 0 a 300 microlitros, a ser distribuídas para a Hemorrede Pública, a saber, 04 (quatro) para o Hemocentro Coordenador de Vitória, 01 (uma) para o Hemocentro Regional de Colatina, 01 (uma) o para Núcleo de Hemoterapia de Linhares e 01 (uma) para o Hemocentro Regional de São Mateus.

- Local de entrega e instalação do(s) equipamento(s) em locação:

. **Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro Coordenador de Vitória (HEMOES)**, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória-ES – CEP: 29040-090.

. **Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro Regional de São Mateus** – Av. Othovarino Duarte Santos, s/nº - Parque Washington, São Mateus-ES – CEP: 29.930-000.

. **Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro Regional de Colatina** – R: Cassiano Castelo, s/nº - Centro Colatina-ES – CEP: 29.700-060.

. **Laboratório de Imunohematologia do Núcleo de Hemoterapia de Linhares** – Av. João Felipe Calmon, 1.305 – Centro Linhares –ES – CEP: 29.900-010.

9.3 - Da Contratada, se obrigará a cumprir fielmente o estipulado neste instrumento e, em especial:

- 1- Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente contrato;
- 2- Fornecer o material conforme as exigências específicas no TERMO DE REFERÊNCIA, em perfeitas condições de utilização.
- 3- Sujeitar-se a mais ampla e restrita fiscalização por parte do contratante, prestando todos os esclarecimentos necessários, atendimento as reclamações formuladas e cumpridas todas as orientações do mesmo, visando fiel desempenho do serviço;
- 4- Manter durante todo o período de vigência do presente contrato todas as condições que ensejaram a sua habilitação;



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO - HEMOES

- 5- Será rejeitado todo ou em parte, o fornecimento executado em desacordo com as condições estabelecidas neste termo, ficando a CONTRATADA obrigada a substituir os materiais recusados, no prazo de 02 (dois) dias úteis, contados a partir da notificação pela unidade recebedora, sob pena de aplicação das penalidades previstas no contrato;
- 6- Entregar material objeto do projeto, no local especificado neste instrumento, em conformidade com a especificação constante no Termo de Referência e preço determinado na proposta da quantidade solicitada pelo contratante;
- 7- Independentemente da aceitação, a CONTRATADA garantirá a qualidade do material proposto, obrigando-se a repor aquele que apresentar defeito ou má aparência, no prazo de 02 (dois) dias úteis, contados a partir da notificação, sem ônus adicional ao contratante;
- 8- Manter os prepostos, aceitos, pelo contratante para apresentá-la durante o período de execução do contrato.

9.4- Condições Gerais: Transporte:

- a) A EMPRESA CONTRATADA será responsável pelo transporte do objeto até a sua entrega a contratante;
- b) Para todas as operações de transporte, a EMPRESA CONTRATADA arcará com todos os custos e ônus do transporte decorrente.

ASSINATURAS E APROVAÇÕES

Em, 29 de novembro de 2016.

Dr. Marcos José da Cunha
Técnico Resp. Lab. Imunohematologia

Dra. Alessandra Nunes Loureiro Prezoti
Chefe de Núcleo Técnico do Hemoes

Aprovo e autorizo a autuação e tramitação deste processo, em ____/____/____

Sibia Soraya Marcondes
Diretora Geral do Hemoes