**Legenda de cores:**

*AMARELO – Instruções que devem ser excluídas após a elaboração do Pedido Simplificado.*

*TEXTO EM VERMELHO – deverá ser editado de acordo com o objeto do Pedido. Alterar a cor vermelha para preta quando editar e excluir as demais observações na cor vermelha.*

**INSTRUÇÕES OBRIGATÓRIAS A SEREM SEGUIDAS:**

***1.*** *Os textos escritos na cor preta devem permanecer inalterados e não deverão ser acrescidos de subitens, salvo se prevista essa possibilidade.*

***2. Para os itens com previsão de “aplica / não se aplica”:***

*2.1 Caso a opção marcada seja “aplica”, todo o conteúdo deverá ser mantido, com as adequações apenas nos textos marcados em vermelho.*

*2.2 Caso a opção marcada seja “não se aplica”, deverá ser mantido o título do item, com a referida marcação, contudo os subitens deverão ser suprimidos.*

***3. A formatação dever ser:***

*- Fonte: calibri*

*- Tamanho: 11*

*- Espaçamento: antes: 0 pt depois: 0 pt*

*- Entre linhas: simples*

**1. TIPO DE COMPRA**

**( ) COMPRA CENTRALIZADA**

**( ) COMPRA INDIVIDUALIZADA**

1.1 Justificativa para a compra individualizada:

|  |
| --- |
|  |

**2. DESCRIÇÃO DO OBJETO**

**Lote 001**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CÓDIGO iNOVA** | **DESCRIÇÃO DO PRODUTO** | **UNIDADE** | **QTD** | **VALOR****UNITÁRIO DA ÚLTIMA COMPRA** |
|  |  |  |  |  |  |

**3. HISTÓRICO DE CONSUMO E JUSTIFICATIVA DO QUANTITATIVO SOLICITADO COM A MEMÓRIA DE CÁLCULO**

*Deverá ser apresentada a memória de cálculo, baseada nos dados do sistema de controle de estoque, podendo informar aqui, também, o consumo do período anterior dessa aquisição (se mensal, se diário). O quantitativo anterior servirá inclusive para justificar aumentos ou diminuições no pedido atual, em relação ao passado, haja vista que os dados de saída de MET/MED poderão evidenciar: manutenção, aumento ou redução do quantitativo.*

**4. VALOR DA ÚLTIMA COMPRA REALIZADA**

*Deverá ser informado e apresentado o valor e a data da última compra. No processo, deverá ser entranhada a Nota Fiscal ou documento pertinente que comprove o valor informado e, caso não haja, deverá ser apresentada justificativa.*

**5. PREVISÃO DO PERÍODO EM QUE O MAT/MED SERÁ CONSUMIDO**

*Deverá ser informado o período em que o quantitativo solicitado suprirá a necessidade da(s) unidade(s).*

**6. ENTREGA E RECEBIMENTO**

**6.1 ( ) ENTREGA IMEDIATA E ÚNICA**

6.1.1A entrega deve ocorrer em até *XX (XXXXXX)* dias (*definir se úteis/corridos*), contados a partir da conclusão da compra pelo sistema.

6.1.2 A entrega deverá ser feita diretamente *(informar o local, sede, unidade hospitalar)*, situado na *(endereço completo)*.

6.1.3 A entrega deverá ocorrer em dias úteis e no horário de expediente (*informar o horário*).

**6.2 ( ) ENTREGA PROGRAMADA**

6.2.1 No caso de entrega programada, o fornecimento deverá seguir o cronograma estabelecido abaixo: *(Informar o cronograma, definindo prazos e quantidades por entrega)*

6.2.2 A entrega deverá ser feita diretamente *(informar o local, sede, unidade hospitalar)*, situado na *(endereço completo)*.

6.2.3 A entrega deverá ocorrer em dias úteis e no horário de expediente (*informar o horário*).

**7. EXIGÊNCIA DE AMOSTRA**

**7.1 AMOSTRA**

**( ) NECESSÁRIA**

**( ) DESNECESSÁRIA**

7.1.1 O setor demandante, caso tenha necessidade, poderá solicitar uma amostra do produto diretamente ao fornecedor quando da análise dos documentos de qualificação técnica, se for o caso;

7.1.1.1 Caso o setor demandante identifique que a marca é de conhecimento e de utilização da Fundação, poderá dispensar a amostra.

**8. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

**( ) NÃO SE APLICA**

**( ) APLICA**

*(A área técnica deverá especificar quais atestados, documentos, certificações serão exigidos levando em consideração o objeto, considerar critérios INMETRO, AVISA, etc. Na plataforma de compra, automaticamente as empresas já têm a Autorização de Funcionamento da ANVISA; Contrato Social; Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária e o Certificado de Responsabilidade Técnica.)*

**9. DA DECLARAÇÃO MATERIAL MÉDICO E MEDICAMENTO**

9.1 Declaro(amos) que foram observados os requisitos legais aplicáveis à compra de medicamento e material médico (leis, decretos, portarias, resoluções) e o objeto foi descrito de forma CLARA e PRECISA, utilizando-se a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), bem como atesto(amos) que o MAT/MED solicitado é padronizado e consta no catálogo publicado pela iNOVA Capixaba.

(Local), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

***(assinado eletronicamente)***

**(INSERIR NOME E CARGO DO RESPONSÁVEL PELO TERMO - Assinatura)**