



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

TERMO DE REFERÊNCIA

Documento Baseado no Estudo Técnico Preliminar – ETP, conforme inciso XX, art. 6º da Lei nº 14.133/2021 e Decreto Municipal 3.605/2023.

1. OBJETO:

Registro de preços de 12 (doze) meses para contratação de empresa especializada para prestação de serviços de oxigenoterapia domiciliar, compreendendo a locação de concentradores para oxigenoterapia, o fornecimento de cilindros de oxigênio medicinal em regime de comodato, instalação, desinstalação e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, monitoramento dos pacientes e assistência técnica especializada, incluindo o fornecimento de oxigênio medicinal (recarga de cilindros), quando necessário, bem como o fornecimento de todos os acessórios necessários ao tratamento.

Critério de julgamento: MENOR PREÇO GLOBAL

2. JUSTIFICATIVA

A presente contratação justifica-se pela necessidade de garantir a continuidade, a qualidade e a segurança da assistência à saúde dos pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde, especialmente aqueles que necessitam de oxigenoterapia domiciliar de forma contínua ou intermitente.

A oxigenoterapia domiciliar é essencial para o tratamento de diversas patologias respiratórias crônicas e agudas, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), insuficiência respiratória e sequelas de doenças pulmonares, dentre outras condições que demandam suporte de oxigênio suplementar. A indisponibilidade desse serviço pode ocasionar agravamento do quadro clínico, aumento de internações hospitalares e maior sobrecarga da rede pública de saúde.

A contratação de empresa especializada tem por objeto a prestação de serviços de oxigenoterapia domiciliar, compreendendo a locação de concentradores de oxigênio, o fornecimento de cilindros de oxigênio medicinal em regime de comodato, bem como a instalação, desinstalação e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos,



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

monitoramento dos pacientes e assistência técnica especializada, incluindo o fornecimento de oxigênio medicinal por meio de recarga de cilindros, conforme demanda, com previsão de recargas mensais para cilindros de 1 m³ e sob demanda para cilindros de backup de capacidade entre 7 m³ a 10 m³, além do fornecimento de todos os acessórios necessários ao tratamento.

Destaca-se que a prestação integrada desses serviços é imprescindível para assegurar a continuidade do tratamento, a segurança dos pacientes e a eficiência operacional, considerando tratar-se de equipamentos específicos, insumos controlados e a necessidade de suporte técnico qualificado.

Ademais, a contratação de empresa especializada possibilita maior controle, rastreabilidade e padronização dos serviços, garantindo o atendimento às normas sanitárias vigentes e a qualidade do oxigênio medicinal fornecido.

Por fim, a contratação pelo período de 12 (doze) meses mostra-se adequada para assegurar a continuidade do serviço, evitar desassistência aos pacientes e permitir melhor planejamento administrativo e financeiro da gestão pública.

3. ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO PRETENDIDO E QUANTIDADES:

Registro de preços de 12 (doze) meses, para contratação de empresa especializada para prestação de serviços de oxigenoterapia domiciliar, compreendendo a locação de concentradores para oxigenoterapia, o fornecimento de cilindros de oxigênio medicinal em regime de comodato, instalação, desinstalação e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, monitoramento dos pacientes e assistência técnica especializada, incluindo o fornecimento de oxigênio medicinal (recarga de cilindros), quando necessário, bem como o fornecimento de todos os acessórios necessários ao tratamento.

Item	Descrição	Unid.	Qt. mensal	Qt. anual	Valor unit.	Valor anual
1	Serviço de locação de concentradores de oxigênio de 10 litros/minuto com indicador visual de porcentagem de pureza; indicador de alarme visual e sonoro; fluxo variável de 0 a 10 litros/minuto; pureza de oxigênio maior ou igual a 90%; 50/60Hz; consumo de energia até 650w; função nebulização integrada. Kit composto por: Concentrador, 1 (um) cilindro de oxigênio gasoso medicinal, em comodato ,	Serv.	45	540	R\$ 578,67	R\$ 312.481,80



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

	com capacidade mínima de 1m ³ , com carrinho para mobilidade, 1 (um) cilindro de oxigênio gasoso medicinal com capacidade de entre 7 m ³ a 10m ³ para backup, em comodato , acompanhado de regulador de pressão com fluxometro, suporte de cilindro para segurança, extensão de silicone de 4 (quatro) metros; umidificador, cânula nasal e/ou máscara de oxigênio, conforme prescrição médica, filtro para remoção de poeira, bactérias e outras partículas, com alimentação 110/220V. A troca dos descartáveis deverá ocorrer sempre que identificado o desgaste ou a cada 6 meses. O equipamento deverá vir acompanhado de manual de instrução.					
2	Oxigênio medicinal – Oxigênio gasoso pureza 99,5% para recargas dos cilindros de 1m ³ para transporte (inodoro, insípido, não inflamável, sem efeito toxicológico). Previsão de 2 recarga/mês.	M ³	100	1.200	R\$ 119,20	R\$ 143.040,00
3	Oxigênio medicinal – Oxigênio gasoso pureza 99,5% para recargas dos cilindros com capacidade entre 7 m ³ a 10m ³ (inodoro, insípido, não inflamável, sem efeito toxicológico). Fornecido para back-up.	M ³	115	1.380	R\$ 32,29	R\$ 44.560,20
4	Oxigênio medicinal – fornecimento de oxigênio gasoso com pureza 99,5% para recargas dos cilindros de capacidade entre 7 m ³ a 10m ³ para transporte (inodoro, insípido, não inflamável, sem efeito toxicológico). Fornecido para os casos em que houver prescrição médica de oxigenoterapia exclusiva com oxigênio medicinal, em substituição ao uso de concentrador, quando clinicamente indicado. A estimativa de consumo considera, de forma referencial, até 4 (quatro) recargas mensais por cilindro, podendo variar conforme a necessidade individual dos pacientes, de acordo com o fluxo prescrito e o tempo de utilização.	M ³	600	7.200	R\$ 32,29	R\$ 232.488,00
TOTAL ESTIMADO →						R\$ 732.570,00

Para os cilindros de 1m³ foi prevista quantidade superior à estimativa média de consumo mensal, considerando possíveis variações individuais dos pacientes, intercorrências clínicas, necessidade de uso contínuo e garantia de segurança no abastecimento, evitando desassistência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

A quantidade de oxigênio medicinal para os cilindros entre 7 m³ a 10 m³ foi dimensionada considerando sua utilização como sistema de backup aos concentradores domiciliares, garantindo autonomia mínima em situações de falha do equipamento, intercorrências clínicas ou atrasos logísticos.

CILINDROS EM COMODATO:

- 45 CILINDRO GASOSO COM CAPACIDADE MÍNIMA DE **1 M³**, acompanhado de fluxômetro, válvula reguladora de O₂, copo umidificador e carrinho para transporte.
 - 45 CILINDRO GASOSO COM CAPACIDADE ENTRE **7 M³ A 10 M³**, para ser utilizado com backup, acompanhado de fluxômetro, válvula reguladora de O₂, copo umidificador e suporte de cilindro para segurança;
 - 15 CILINDROS GASOSO COM CAPACIDADE ENTRE **7 M³ A 10 M³**, que poderão ser **fornecidos para os casos de prescrição de oxigenoterapia exclusiva com oxigênio medicinal.**
- As quantidades descritas são estimativas baseadas na média de uso dos últimos meses e fundamentadas na quantidade de pacientes atendidos neste período, portanto, representam a previsão de demanda atual do Município, podendo sofrer alterações de acordo com a necessidade, não obrigando a contratação total pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Atualmente, o município conta com 35 (trinta e cinco) pacientes em uso de oxigênio domiciliar. Ressalta-se que a quantidade prevista foi estimada com margem adicional, a fim de atender eventual aumento da demanda decorrente do surgimento de novos pacientes que venham a necessitar do serviço.

4. DESCRITIVO E DETALHAMENTO DOS EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS

4.1) Locação Mensal que poderá ser de até 45 Kits de Oxigenoterapia Domiciliar de 10 litros/minuto, sendo que cada Kit deverá ser composto por:

4.1)1. Um (01) equipamento do tipo Concentrador de Oxigênio para uso medicinal, dotado de:

- a. Entrada de energia 110/220V;
- b. Capacidade de atender ao fluxo de 0 a 10 litros de oxigênio por minuto;
- c. Pureza de oxigênio gerado dever ser maior ou igual a 90%;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

- d. Sistema de alarme sonoro ativado por defeitos e intercorrências, como queda de pressão, concentração de oxigênio fora dos parâmetros normais de operação;
- e. Possuir possibilidade nebulização;
- f. Ter rodas em rodízios para facilitar a mobilidade;
- g. Ter registro de horas de utilização (horímetro).

4.1)2. Comodato de 01 (um) cilindro de oxigênio gasoso medicinal, com capacidade mínima de 1m³, com carrinho para mobilidade, comodato de 01 (um) cilindro de oxigênio gasoso medicinal com capacidade entre 7m³ a 10m³ para backup, acompanhados de regulador de pressão com fluxômetro, suporte de cilindro para segurança, extensão de silicone de 4 metros; umidificador, cânula nasal e/ou máscara de oxigênio, conforme prescrição médica, filtro para remoção de poeira, bactérias e outras partículas, com alimentação 110/220V, bem como o fornecimento de todos os acessórios necessários ao tratamento. A troca dos descartáveis deverá ocorrer sempre que identificado o desgaste ou a cada 6 (seis) meses. O equipamento deverá vir acompanhado de manual de instrução.

4.2) Da Concentração de Oxigênio

4.2)1. LPM 90% a 96%

4.3) Dos Itens Inclusos

4.3)1. Cilindro de oxigênio em Alumínio, capacidade 1m³;

4.3)2. Cilindro de back-up de oxigênio, entre 7 m³ a 10m³, com suporte para cilindro;

4.3)3. Cilindro de oxigênio entre 7 m³ a 10m³, com suporte para cilindro, para os casos de prescrição de oxigenoterapia medicinal exclusiva;

4.3)4. Manômetro (regulador) com fluxômetro 0 a 15 LPM;

4.4) Previsão de fornecimento de até 1200 m³ de oxigênio medicinal/ano, com pureza mínima de 99,5%, destinado à recarga de cilindros de 1 m³ para transporte. O gás deverá apresentar características de inodoro, insípido, não inflamável e atóxico. A quantidade estimada tem caráter referencial, podendo variar conforme a demanda



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

assistencial, devendo a contratada assegurar o fornecimento contínuo e suficiente para atendimento integral das necessidades, sem interrupções no abastecimento;

4.5) Previsão de fornecimento de até 1.380 m³ de oxigênio medicinal/ano, com pureza mínima de 99,5%, destinado à recarga de cilindros com capacidade entre 7m³ a 10m³ utilizados como sistema de backup que acompanham os concentradores nos domicílios dos pacientes. O gás deverá apresentar características de inodoro, insípido, não inflamável e atóxico. A quantidade estimada possui caráter referencial, podendo variar conforme a demanda assistencial, cabendo à contratada garantir o fornecimento contínuo e suficiente, de modo a assegurar a continuidade da oxigenoterapia domiciliar sem interrupções;

4.6) Previsão de fornecimento de até 7.200 m³ de oxigênio medicinal/ano, com pureza mínima de 99,5%, destinado à recarga de cilindros com capacidade entre 7m³ a 10m³, para transporte, com características de gás inodoro, insípido, não inflamável e atóxico. O fornecimento será destinado aos casos em que houver prescrição médica de oxigenoterapia exclusiva com oxigênio medicinal, em substituição ao uso de concentrador, quando clinicamente indicado. A quantidade prevista possui caráter meramente referencial, devendo a contratada garantir o fornecimento contínuo e suficiente, de modo a assegurar o atendimento integral da demanda assistencial, sem interrupções;

4.7) Cateter nasal para oxigenoterapia (siliconado) para uso menor ou igual a 6L ou máscara facial simples para uso maior ou igual a 7L e traqueostomia (quando necessário), umidificador para oxigenoterapia (250ml) e extensão para oxigenoterapia com 4 (quatro) metros de comprimento.

5. DAS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, PRAZOS E FORMA DE EXECUÇÃO

5.1) A execução dos serviços terá início após a emissão da ORDEM DE SERVIÇO emitida pela Secretaria de Saúde, com início imediato na prestação do serviço;

5.2) Local de prestação dos serviços

Os serviços serão prestados nas residências dos pacientes cadastrados como usuários do serviço de oxigenoterapia domiciliar, localizados no município de Capela do



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

Alto/SP, conforme relação de usuários que será encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde;

5.3) Encaminhamento das solicitações

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Almocharifado da Saúde, encaminhará à Contratada, via e-mail:

- a) Relação atualizada dos pacientes;**
- b) ANEXO 1 – Ficha de Cadastro do Paciente para Oxigenoterapia Domiciliar;**
- c) ANEXO 2 – Termo de Responsabilidade para Oxigenoterapia;**
- d) ANEXO 3 – Autorização de fornecimento de Oxigenoterapia;**
- e) ANEXO 4 – Solicitação de Oxigênio medicinal – Paciente, quando o mesmo precisar da recarga.**
- f) ANEXO 5 – Solicitação de retirada de equipamento – Paciente, quando necessário.**

5.4) Condições para instalação, acompanhamentos, prazos e forma de execução

a) No caso dos pacientes já usuários do Oxigenoterapia, a instalação dos equipamentos, deverá ser realizada com o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde responsável pela área, indicado na Ficha de Cadastro do Paciente (ANEXO 1), observando cronograma previamente estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde;

b) Nenhuma instalação poderá ser realizada sem o prévio recebimento da Autorização de Fornecimento (ANEXO 4) e seus anexos, devidamente encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde, através do Almocharifado da Saúde. A ausência deste documento impede a execução do serviço, devendo a empresa contratada aguardar a devida autorização formal para proceder com a instalação;

c) Para os novos usuários, a instalação dos equipamentos deverá ocorrer em até 24 (vinte e quatro) horas, contadas da emissão da Autorização de Fornecimento (ANEXO 4), com acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde responsável pela área;

d) A instalação deverá ser realizada por profissionais habilitados, uniformizados e identificados por crachá funcional, utilizando equipamentos em perfeito estado de funcionamento, higienizados e acompanhados de todos os acessórios necessários.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

No ato da instalação, deverão ser realizados:

- I – montagem e instalação dos equipamentos;
- II – treinamento do paciente, familiares e/ou cuidadores;
- III – orientações quanto ao correto manuseio e às medidas de segurança;
- IV – entrega de todos os acessórios necessários à oxigenoterapia, como: cânulas, máscaras, extensões, umidificadores e demais descartáveis e efetuar a sua substituição quando necessário.

e) Após cada instalação, a Contratada deverá apresentar documento comprobatório (romaneio ou recibo), contendo o número da Autorização de Fornecimento, devidamente assinado pelo responsável ou cuidador indicado na Ficha de Cadastro do Paciente e na respectiva Autorização de Fornecimento. O referido documento deverá ser entregue ao Almoxarifado da Saúde até o quinto dia útil de cada mês, juntamente com os demais documentos exigidos para fins de conferência e pagamento.

f) As solicitações de orientações e os pedidos de manutenção corretiva serão realizados diretamente pelo paciente ou por seu responsável/cuidador, podendo ocorrer a qualquer dia e horário. Para tanto, a Contratada deverá disponibilizar um canal de atendimento ao cliente, por meio de telefone 0800 ou outro número de fácil acesso, que possibilite o contato dos pacientes para tais demandas. Esse canal deverá funcionar de forma ininterrupta, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, incluindo finais de semana, feriados e pontos facultativos;

g) Em caso de solicitação de manutenção do equipamento, o atendimento deverá ser iniciado de forma imediata, no prazo máximo de até 06 (seis) horas;

h) Não sendo possível a realização da manutenção corretiva no próprio equipamento, a Contratada deverá providenciar sua substituição imediata por outro em plenas condições de uso, de modo a não comprometer a continuidade do atendimento nem prejudicar a saúde dos usuários. Para tanto, a Contratada deverá garantir a disponibilidade de substituição de equipamentos de forma ininterrupta, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

5.5) Do fornecimento de Oxigênio Medicinal, prazos

a) Do fornecimento de oxigênio medicinal (recarga ou substituição de cilindro) somente poderá ocorrer mediante recebimento da Solicitação de Oxigênio Medicinal –



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

Paciente (ANEXO 4), encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Almoxarifado da Saúde. Fica vedado o fornecimento mediante solicitação direta do paciente, familiares, terceiros ou unidades de saúde sem autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde;

b) As Solicitações de oxigênio medicinal (recarga ou substituição de cilindro) serão feitas para Contratada somente de segunda a quinta-feira;

c) Após o recebimento da Solicitação de Oxigênio, a empresa fornecedora deverá atender ao pedido no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas;

d) O abastecimento de gases medicinais deverá seguir rigorosamente os prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, devendo ser realizado em até 24 (vinte e quatro) horas após a solicitação encaminhada pelo Almoxarifado da Saúde, exceto em casos emergenciais, que o suprimento deverá ocorrer no prazo máximo de 04 (quatro) horas, contadas a partir da solicitação;

e) A empresa contratada deverá estar localizada a uma distância máxima de até 125 (cento e vinte e cinco) quilômetros do Município de Capela do Alto/SP, de modo a assegurar a eficiência e a tempestividade no atendimento das demandas, em conformidade com as necessidades operacionais dos serviços de saúde;

f) Para todo fornecimento de oxigênio nas residências (recarga ou substituição de cilindro), a Contratada deverá apresentar o romaneio/recibo de entrega, assinado pelo responsável ou cuidador identificado na Ficha de Cadastro do Paciente e Autorização de fornecimento, devendo esse documento ser entregue ao Almoxarifado da Saúde até o quinto dia útil de cada mês, juntamente com os demais documentos exigidos para conferência e pagamento.

6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Além das obrigações previstas em lei e nas normas aplicáveis, devem também ser respeitadas pela CONTRATADA:

6.1) Cumprir integralmente as condições estabelecidas no Edital, Contrato e Termo de referência;

6.2) Responsabilizar-se integralmente pela execução dos serviços contratados;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

6.3) A Contratada não poderá subcontratar, ceder e/ou transferir, total ou parcialmente o objeto deste Contrato, sob pena de incidir nas sanções previstas neste Edital e na legislação pertinente;

6.4) A Contratada assume a responsabilidade exclusiva de pessoal necessário à execução do objeto da contratação, inclusive no que se refere aos encargos trabalhistas e previdenciários, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Contratante;

6.5) Durante a execução do objeto, a Contratada deverá arcar com todos os custos pertinentes à contratação, bem como garantir o pagamento de todas as despesas sob sua responsabilidade, inclusive trabalhistas, tributários e securitários, incidentes sobre o objeto contratado;

6.6) Não permitir a utilização de qualquer trabalho de menores de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização de trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

6.7) Será de responsabilidade da Contratada a montagem e/ou instalação dos equipamentos que assim o exijam para o seu pleno funcionamento, sem qualquer custo adicional ou ônus para a Administração Pública. Caberá, ainda, à Contratada realizar o treinamento e a orientação quanto à correta utilização dos equipamentos ao paciente, seus familiares e/ou cuidadores;

6.8) O recebimento do objeto está rigorosamente condicionado à verificação do atendimento ao estabelecido neste Termo de Referência e no Edital e à Detentora que deixar de entregar os serviços ou entregá-los fora das especificações, deverão ser aplicadas as sanções estabelecidas em Lei, além de arcar com todo o ônus proveniente do envio e devolução do objeto;

6.9) Contratada deverá apresentar, juntamente com os romaneios/recibos, até o quinto dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, relatório contendo a relação dos equipamentos e dos pacientes atendidos, incluindo, obrigatoriamente, as datas de instalação dos equipamentos, bem como as datas de fornecimento de oxigênio (recarga ou substituição de cilindros), além da Nota Fiscal/Fatura e demais documentos exigidos para pagamento;

6.10) A Contratada deverá prestar assistência técnica aos equipamentos, compreendendo a realização de manutenção preventiva e corretiva, de forma a garantir o



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

pleno funcionamento, a segurança e a continuidade dos serviços, em conformidade com as especificações dos fabricantes;

6.11) A manutenção preventiva deverá ser realizada mensalmente e consistirá no conjunto de serviços destinados a prevenir falhas, incluindo, quando aplicável, limpeza, calibração, ajustes, testes, revisões e substituição de peças. A Contratada deverá apresentar documento comprobatório da execução das manutenções realizadas;

6.12) Manter controle e identificação individual dos equipamentos disponibilizados, contendo, no mínimo, marca, modelo e número de série, permitindo a rastreabilidade dos equipamentos durante toda a vigência contratual;

6.13) Disponibilizar, quando solicitado pela Contratante, os manuais técnicos e de operação dos equipamentos fornecidos, contendo orientações quanto à instalação, utilização, limpeza, conservação e segurança;

6.14) Apresentar, quando solicitado pela Contratante, documentos comprobatórios das manutenções realizadas, tais como relatórios técnicos, registros de atendimento, certificados de calibração ou outros documentos aplicáveis;

6.15) Contratada deverá disponibilizar um canal de atendimento ao cliente, por meio de telefone 0800 ou outro número de fácil acesso, que possibilite o contato dos pacientes para tais demandas. Esse canal deverá funcionar de forma ininterrupta, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, incluindo finais de semana, feriados e pontos facultativos;

6.16) Deverá manter equipe técnica disponível para atendimento de eventuais chamados e esclarecimento de dúvidas por parte dos usuários e/ou da Secretaria Municipal de Saúde. Todos os chamados deverão ser devidamente registrados, devendo a Contratada fornecer ao solicitante número de protocolo ou equivalente para acompanhamento;

6.17) A Contratada deverá proceder à retirada dos equipamentos nos casos de suspensão do tratamento, alta médica, óbito ou outras situações de natureza semelhante, mediante a SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE EQUIPAMENTO – ANEXO 5, encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Almoxarifado da Saúde;

6.18) Responder pelos danos causados diretamente causados à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo no fornecimento de materiais;

6.19) Indicar preposto para representá-la durante a execução do Contrato.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

7. DAS NORMAS DE SEGURANÇA

A Contratada deverá observar rigorosamente todas as normas técnicas e de segurança aplicáveis ao armazenamento, transporte, manuseio, instalação, abastecimento e reabastecimento dos gases medicinais.

Além da legislação vigente, deverão ser observadas as seguintes exigências:

- a) Os gases medicinais deverão atender ao grau de pureza exigido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e demais normas sanitárias aplicáveis;
- b) Todos os cilindros deverão possuir válvula de segurança;
- c) Não serão aceitos cilindros sem lacre de identificação da empresa responsável pelo envase;
- d) Todas as medidas de segurança pertinentes ao tipo de fonte de oxigênio deverão ser observadas durante a instalação e utilização dos equipamentos;
- e) Os equipamentos deverão permanecer em perfeitas condições de funcionamento, higienização e segurança durante toda a vigência da contratação.

8. OBRIGAÇÕES DO USUÁRIO (PACIENTE) / FAMILIAR / CUIDADOR

8.1) São obrigações dos usuários dos Serviços de Oxigenoterapia Domiciliar e seus responsáveis/cuidadores:

- 8.1)1. Não fumar;
- 8.1)2. Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na Oxigenoterapia;
- 8.1)3. Usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica;
- 8.1)4. Passar por avaliação médica a cada período de 06 (seis) meses completados e apresentar atualização de TODOS os documentos e exames solicitados quando do início deste tratamento;
- 8.1)5. O paciente e/ou seu responsável deverá comunicar a Enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família na sua Unidade Básica de Saúde de referência, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, eventual mudança de endereço. A fonte de oxigênio (concentrador ou cilindro) somente poderá ser transportada para fora do domicílio de instalação mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde e com o acompanhamento da Contratada;
- 8.1)6. Solicitar previamente, junto a Enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família na sua Unidade Básica de Saúde de referência,



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

com antecedência mínima de 7 (sete) dias, um cilindro de oxigênio medicinal, para deslocamento do paciente, por qualquer motivo, caso o cilindro de reserva não tenha capacidade suficiente para o referido deslocamento;

8.1)7. As solicitações de oxigênio medicinal (recarga ou substituição de cilindros), destinadas ao abastecimento dos cilindros de 1 m³ e dos cilindros entre 7m³ a 10m³ (backup), deverão ser realizadas pelo paciente e/ou responsável/cuidador junto à Unidade Básica de Saúde de referência, por meio da enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família, com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis, no período de segunda a quinta-feira. Não serão realizadas solicitações às sextas-feiras, sábados, domingos, feriados e facultativos.

8.1)8. As solicitações de oxigênio (recarga ou substituição dos cilindros vazios) deverão ocorrer sempre que houver utilização, de forma imediata, garantindo a reposição contínua do sistema de backup, não sendo admitida a permanência de cilindro vazio na residência;

8.1)9. Comunicar a empresa fornecedora de oxigênio, através do canal de atendimento, sempre que houver problemas com o concentrador ou qualquer equipamento da Oxigenoterapia;

8.1)10. Consultar sempre o médico para acompanhar o tratamento;

8.1)11. Manter esquema anual de vacina contra gripe, covid-19 e contra pneumonia;

8.1)12. Comunicar imediatamente a Enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família na sua Unidade Básica de Saúde de referência, no momento de quaisquer intercorrências, como alta, mudança de endereço, óbito etc., conforme estabelecido em Termo de Responsabilidade emitido pela Secretaria Municipal de Saúde no momento do requerimento/cadastramento;

8.1)13. Todas as solicitações dos pacientes e/ou de seus responsáveis deverão ser realizadas na sua Unidade Básica de Saúde de referência, junto à enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família de sua área. As solicitações serão encaminhadas ao Almoxarifado da Saúde, que, por sua vez, as direcionará à Contratada para as devidas providências.

9. DA RESCISÃO CONTRATUAL

9.1) O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela Administração, mediante



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

processo administrativo próprio, assegurando o direito ao contraditório e a ampla defesa, nos seguintes casos:

- a) Descumprimento de cláusulas contratuais, especificações, projetos ou prazos;
- b) Persistência de infrações, após a aplicação de sanções administrativas, tais como advertências e/ou multas previstas no Edital;
- c) Paralisação da execução do objeto, sem justa causa e prévia comunicação à Administração;
- d) Não atendimento das determinações regulares da fiscalização ou da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução contratual;
- e) Interesse público, devidamente motivado e justificado;
- f) Decretação de falência, dissolução da sociedade ou alteração social que comprometa a execução do contrato;
- g) Responsabilização por prejuízos causados à Administração;
- h) Demais hipóteses previstas na Lei nº 14.133/2021, neste Termo de Referência e no Edital.

10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Compete à Contratante, por meio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Capela do Alto/SP:

- 10.1)** Efetuar o pagamento à Contratada de acordo com as condições e prazos estabelecidos no contrato, após a devida liquidação da despesa;
- 10.2)** Promover, por meio do Gestor e do Fiscal do Contrato, o acompanhamento e a fiscalização da execução contratual, registrando e comunicando as ocorrências que exijam providências corretivas;
- 10.3)** Notificar formalmente a Contratada sobre quaisquer irregularidades, falhas ou imperfeições constatadas na execução do contrato, fixando prazo para sua regularização;
- 10.4)** Aplicar à Contratada, quando cabível, as sanções administrativas previstas no contrato e na legislação vigente, em especial na Lei nº 14.133 de 2021;
- 10.5)** Prestar todas as informações necessárias à boa execução dos serviços prestados pela Contratada;
- 10.6)** Proporcionar à Contratada as condições necessárias para a adequada



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

execução do objeto;

10.7) A Contratada deverá ser comunicada sempre que for identificado defeito, falha ou mau funcionamento dos equipamentos, inclusive nos casos em que o paciente e/ou seu responsável não o faça, para que sejam adotadas as providências necessárias.

10.8) Manter atualizada a relação de pacientes a serem atendidos, bem como indicar prepostos responsáveis pelo gerenciamento do atendimento do contrato;

10.9) Cuidar para que todos os relatórios da prestação de serviços sejam devidamente preenchidos;

10.10) Comunicar a empresa em caso de suspensão do tratamento, alta médica, óbito e outras situação que exijam referida comunicação;

10.11) Acompanhar, no domicílio, o paciente no momento da instalação dos equipamentos pela empresa fornecedora, com a emissão de relatório específico (Relatório para Implantação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada). O referido acompanhamento deverá ser realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) vinculado à respectiva equipe de Estratégia de Saúde da Família;

10.12) Acompanhar o tratamento do paciente por meio de visitas domiciliares, com emissão de relatório trimestral conforme roteiro estabelecido (Relatório de Monitoramento). O referido acompanhamento deverá ser realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) vinculado à respectiva equipe de Estratégia de Saúde da Família;

10.13) Efetuar os pagamentos no prazo estipulado a contar da emissão da Nota Fiscal, nas condições e preços pactuados, após o cumprimento das formalidades legais;

10.14) Comunicar à Contratada a ocorrência de quaisquer fatos, irregularidades ou situações que exijam a adoção de medidas corretivas, para que sejam tomadas as providências necessárias;

10.15) Atestar a qualidade e a quantidade dos materiais fornecidos pela Contratada, bem como a qualidade dos serviços prestados, verificando a conformidade dos itens entregues com as especificações e marcas ofertadas e com as quantidades previstas na Autorização de Fornecimento;

10.16) Competirá aos servidores designados pela Secretaria de Saúde, acompanhar, fiscalizar e verificar a conformidade dos serviços.

11. DA DOCUMENTAÇÃO

Para estar tecnicamente habilitada a empresa deverá apresentar, obrigatoriamente,



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

os seguintes documentos relativos à Habilitação, que cabe a sua empresa. Alguns desses documentos também deverão ser apresentados mensalmente para seguimento do processo de pagamento dos serviços prestados:

1. Certidão de débitos relativos a créditos tributários federais e à dívida ativa da união;
2. Certidão negativa do FGTS;
3. Certidão negativa de débitos trabalhistas;
4. Certidão negativa de débitos fiscais estadual/distrital (referente ao domicílio do prestador, pesquisar na secretaria de estado da fazenda);
5. Certidão negativa de débitos fiscais municipais (referente ao domicílio do prestador);
6. Guia do FGTS da competência anterior e comprovante de recolhimento;
7. Cópia do protocolo de envio de arquivos, emitido pela conectividade social (GFIP) atual e-Social;
8. Guia do INSS do mês anterior e Comprovante de Recolhimento
9. Guia do IRRF do mês anterior e Comprovante de Recolhimento;
10. Guia do DAS do mês anterior e comprovante de recolhimento (se optante);
11. Declaração de Débitos e Créditos Tributários Fiscais – DCTF
12. Cópia da folha de pagamento dos empregados (se tiver);
13. Relatório de Frequência dos funcionários (eletrônico)
14. Declaração de optante pelo Simples (se optante);
15. Demais documentos exigidos por Lei, ainda que não mencionados em contrato;
16. Dados bancários para realizar os pagamentos mensais;
17. E-mail e telefone de contato, para troca de informações;
18. Atestado(s) de capacidade técnica, emitido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove(m) que a empresa já executou ou executa serviços compatíveis com o objeto da presente contratação, preferencialmente contendo: Nome da contratante; período de execução; quantidade fornecida; declaração de bom desempenho.

A empresa deverá apresentar para Secretaria de saúde em até 5 dias úteis após a assinatura do contrato, os documentos a seguir para estar tecnicamente habilitado para execução dos serviço:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

- 1. Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE)** emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária; com atividade compatível com: fabricação, envase, distribuição ou transporte de gases medicinais;
- 2. Licença Sanitária (Alvará Sanitário)** emitida pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal dentro do prazo de validade compatível com a atividade de manuseio e comercialização de gases medicinais.
- 3. Certificado de Boas Práticas (quando aplicável)** emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Aplicável principalmente para empresas fabricantes/envasadoras.
- 4. Registro ou Notificação do Produto na ANVISA;** Comprovação de que o oxigênio medicinal atende às normas sanitárias; pode ser substituído por documento que comprove regularidade do produto perante a ANVISA;
- 5. Responsável Técnico:** Comprovação de responsável técnico habilitado para as atividades relacionadas ao fornecimento de oxigênio medicinal, instalação, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de oxigenoterapia domiciliar.

Deverá ser apresentada a documentação do Responsável Técnico, contendo:

a) Comprovante de registro no respectivo Conselho Profissional competente, conforme a natureza das atividades desenvolvidas pela empresa, podendo ser:

- CRQ (Conselho Regional de Química), para atividades relacionadas ao armazenamento, distribuição e fornecimento de gases medicinais, quando aplicável;
- CREA (Conselho Regional de Engenharia e Agronomia), quando houver atividades de natureza técnica relacionadas à manutenção, instalação ou assistência técnica dos equipamentos;
- Outros Conselhos Profissionais que sejam aplicáveis às atividades efetivamente executadas pela Contratada.

b) Comprovação do vínculo do Responsável Técnico com a empresa, mediante apresentação de contrato social, registro em carteira de trabalho ou contrato de prestação de serviços com reconhecimento de firma ou assinatura digital válida.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

6. Regularidade junto ao Conselho Profissional

- Registro da empresa no conselho competente, quando aplicável (CRQ/CREA).

7. Comprovação de estrutura logística

- Declaração ou documentação que comprove:
 - Capacidade de entrega;
 - Disponibilidade de cilindros em comodato;
 - Atendimento emergencial.

8. Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ)

- Do oxigênio medicinal fornecido;
- Atendendo às normas de segurança.

9. Comprovação da regularização dos equipamentos ofertados para oxigenoterapia domiciliar junto à ANVISA, quando aplicável, conforme legislação sanitária vigente;

10. Catálogo técnico dos equipamentos disponibilizados (concentradores de oxigênio, cilindros e demais acessórios), contendo marca, modelo, características técnicas e demais informações necessárias para comprovação do atendimento às especificações estabelecidas neste Termo de Referência;

A exigência dos documentos de habilitação técnica visa garantir que a empresa contratada possua condições operacionais, sanitárias e técnicas adequadas ao fornecimento de gás medicinal, produto essencial à manutenção da vida, assegurando a qualidade, segurança e continuidade dos serviços de saúde.

12. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento será efetuado no prazo de até 28 (vinte e oito) dias contando da entrada definitiva da documentação ao Departamento Financeiro.

A Contratada apresentará ao Almoxarifado da Saúde, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, após o mês vencido, Relatório dos Serviços Prestados, Recibos/Romaneios assinados pelo paciente e/ou responsável/cuidador e respectiva Nota Fiscal, discriminando os serviços e quantitativos efetivamente prestados no mês anterior, contendo o quantitativo realizado, valores unitários e totais, de acordo com os valores



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

adjudicados.

O pagamento será efetuado após a apresentação dos documentos exigidos em contrato que deverá ser apresentado mensalmente, após conferência e mediação pelo Fiscal do Contrato e emissão da Nota Fiscal, desde que não haja fator impeditivo imputável à Contratada;

A nota fiscal ou documento de cobrança equivalente deve fazer referência ao número do processo licitatório, assinatura digital no documento fiscal (FLOWDOCS) pelo gestor do contrato ou pessoal responsável pelo bem ou material adquirido.

Para fins de pagamento o Departamento Solicitante deverá verificar se a nota fiscal apresenta os elementos necessários e essenciais do documento tais como:

1. Data de emissão;
2. Dados do órgão contratante e contratado;
3. Valor a pagar;
4. Destaque do valor de retenções tributárias cabíveis;
5. Número do Processo flowdocs;
6. Número do empenho global.

A Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente será acompanhado da regularidade fiscal disposta no art. 68 da Lei nº 14.133/2021

O pagamento será efetuado por meio de ordem bancária na conta indicada pelo fornecedor. O contratado for regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da lei complementar nº123, não sofrerá retenção tributária quanto aos impostos e contribuições, no entanto deverá ser apresentado a comprovação por meio de documento oficial que faz jus ao tratamento tributário.

13. DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada pelo Gestor da Secretaria Municipal de Saúde e Fiscal do Contrato designado pela Administração Municipal conforme requisitos estabelecidos no art. 7º e art. 117º Lei nº 14.133/2021. Gestor do Contrato: Letícia de Cassia Cocenza Fidêncio e Fiscais do Contrato: Maria Eduarda da Silva Marques, Coordenadora Interina da Atenção Básica, Bruno Cirilo da Silva, Almoxarife e Julia Maria de Moraes, Almoxarife.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Praça São Francisco de Assis, 26 – Fone: (15) 3267-8800

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

14. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTARIA

As despesas decorrentes da presente contratação estão previstas no plano anual e correrão por conta da dotação orçamentária do orçamento em vigor.

A dotação relativa ao exercício financeiro subsequente será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes.

15. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este termo de referência servirá de base para elaboração do edital de licitação e do contrato administrativo.

Os relatórios, Ficha de cadastro, Termo de responsabilidade, Autorizações e solicitações poderão ser ajustados no decorrer do contrato se houver necessidade.

ANEXOS:

ANEXO 1 – Ficha de Cadastro do Paciente para Oxigenoterapia Domiciliar (onde constará todas as informações ref. oxigenoterapia do paciente)

ANEXO 2 – Termo de Responsabilidade para Oxigenoterapia

ANEXO 3 – Autorização de fornecimento de Oxigenoterapia domiciliar

ANEXO 4 – Solicitação de Oxigênio medicinal

ANEXO 5 – Solicitação de retirada de equipamento de Oxigenoterapia domiciliar

MARIA EDUARDA DA SILVA MARQUES
Coordenadora interina da Atenção Básica

BRUNO CIRILO DA SILVA
Almoxarife

JULIA MARIA DE MORAES
Almoxarife

LETÍCIA DE CASSIA COCENZA FIDÊNCIO
Secretária Municipal de Saúde



FICHA DE CADASTRO DO PACIENTE PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

ANEXO 1

Informações do Paciente

Matrícula SIS nº:		Cartão SUS:	
Nome:			
Nome da Mãe:			
Idade:	RG:	CPF:	
Data Nascimento: ___/___/___	Sexo: (M) (F)	Estado Civil:	
Endereço:			
	CEP:	Município : Capela do Alto/SP	
Ponto de referência:			
Telefone(s):			

Identificação do Responsável/Cuidador

Nome:			
RG:	CPF:		
Data Nascimento: ___/___/___	Sexo: (M) (F)	Estado Civil:	
Grau de Parentesco com o Paciente:			
Endereço:			
Telefone(s):			

Identificação do Responsável/Cuidador

Nome:			
RG:	CPF:		
Data Nascimento: ___/___/___	Sexo: (M) (F)	Estado Civil:	
Grau de Parentesco com o Paciente:			
Endereço:			
Telefone(s):			

Composição Familiar (paciente e os que residem com ele)

Nome	Idade	Parentesco	Alfabetizado (S/N)	Fumante (S/N)

Situação de saúde do paciente:

Hospitalizado?	() Não () Sim. Qual hospital?		
Unidade de Saúde:			
Nome do médico responsável:			
Atendimento por:	() SUS	() Convênio	() Particular
Fumante:	() Sim () Não	Não fumante: () Nunca fumou () Ex-fumante	



Fluxo de O2:

CONCENTRADOR DE O2	
FLUXO DE O2: _____	L/min (Dia)
_____	L/min (noite)
_____	L/min (esforço)

Tempo médio de uso incluindo o sono:

() 24 a 18 h/dia	() 18 a 12 h/dia	() 12 a 6 h/dia	() 6 a 0 h/dia
-------------------	-------------------	------------------	-----------------

Médico assistente / Prescritor

Nome:	
CRM:	UF:
Telefone: ()	

Condições de Residência do Paciente

Saneamento básico			
Água:	Pública ()	Poço ()	Outra ()
Rede esgoto ()		Fossa séptica ()	
Rede elétrica			
Sim ()	Não ()	Vizinho ()	Outra ()

Parecer da situação

Eu abaixo assinado(a), assumo a veracidade das informações acima descritas, com base em documentação apresentada, bem como das declarações recebidas do paciente ou do responsável, que comigo assina e se identifica neste documento.

Capela do Alto, _____ de _____ de _____

Nome legível e assinatura do ACS Responsável

Nome legível e assinatura do Paciente ou Responsável/Cuidador



TERMO DE RESPONSABILIDADE USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

ANEXO 2

Eu, _____,
portador (a) do CPF nº _____, Matrícula SIS nº _____,
residente na Rua _____, nº _____,
Bairro _____, CEP: _____, Telefone nº _____,
Capela do Alto/SP, recebi:

- () Concentrador de oxigênio e acessórios para uso domiciliar;
- () Cilindro de oxigênio gasoso medicinal com capacidade de 1m³, com carrinho para mobilidade;
- () Cilindro de oxigênio gasoso medicinal com capacidade de 10m³ para backup
- () Acessórios para uso dos cilindros

São minhas obrigações como usuários dos Serviços de Oxigenoterapia e também do responsável/cuidador:

1. Não fumar;
2. Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na Oxigenoterapia;
3. Usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica;
4. Passar por avaliação médica a cada período de 06 (seis) meses completados e apresentar atualização de TODOS os documentos e exames solicitados quando do início deste tratamento, principalmente laudo ref. a oxigenoterapia contendo Fluxo de O₂ (dia, noite e em esforço) e tempo médio de uso, incluindo sono;
5. O paciente e/ou seu responsável deverá comunicar a Enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família na sua Unidade Básica de Saúde de referência, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, eventual mudança de endereço. A fonte de oxigênio (concentrador ou cilindro) somente poderá ser transportada para fora do domicílio de instalação mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde e com o acompanhamento da Contratada;
6. Solicitar previamente, junto a Enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família na sua Unidade Básica de Saúde de referência, com antecedência mínima de 7 (sete) dias, um cilindro de oxigênio medicinal, para deslocamento do paciente, por qualquer motivo, caso o cilindro de reserva não tenha capacidade suficiente para o referido deslocamento;
7. As solicitações de oxigênio medicinal (recarga ou substituição de cilindros), destinadas ao abastecimento dos cilindros de 1 m³ e 10 m³ (backup), deverão ser realizadas pelo paciente e/ou responsável/cuidador junto à Unidade Básica de Saúde de referência, por meio da enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família, com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis, no período de segunda a quinta-feira. Não serão realizadas solicitações às sextas-feiras, sábados, domingos e feriados;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São Francisco, nº 614 – Centro – Capela do Alto/SP - CEP: 18195-000

Tel.: (15) 3267-1427 - e-mail: saude@capeladoalto.sp.gov.br

8. As solicitações de oxigênio (recarga ou substituição dos cilindros vazios) deverão ocorrer sempre que houver utilização, de forma imediata, garantindo a reposição contínua do sistema de backup, não sendo admitida a permanência de cilindro vazio na residência;
9. Comunicar a empresa fornecedora de oxigênio, através do canal de atendimento, sempre que houver problemas com o concentrador ou qualquer equipamento da Oxigenoterapia;
10. Consultar sempre o médico para acompanhar o tratamento;
11. Manter esquema anual de vacina contra gripe, covid-19 e contra pneumonia;
12. Comunicar imediatamente a Enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família na sua Unidade Básica de Saúde de referência, no momento de quaisquer intercorrências, como alta, mudança de endereço, óbito etc., conforme estabelecido em Termo de Responsabilidade emitido pela Secretaria Municipal de Saúde no momento do requerimento/cadastramento;
13. Todas as solicitações dos pacientes e/ou de seus responsáveis deverão ser realizadas na sua Unidade Básica de Saúde de referência, junto à enfermeira responsável pela respectiva Equipe de Estratégia de Saúde da Família de sua área. As solicitações serão encaminhadas ao Almoxarifado da Saúde, que, por sua vez, as direcionará à Contratada para as devidas providências.

Em caso de perda ou roubo, elaborar e apresentar o Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato.

Capela do Alto, _____ de _____ de _____

Nome legível e assinatura do ACS Responsável

Nome legível e assinatura do Paciente ou Responsável/Cuidador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua São Francisco, nº 614 – Centro – Capela do Alto/SP
CEP: 18195-000 – Tel.: (15) 3267-1427
e-mail: almoxarifado.saude@capeladoalto.sp.gov.br

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO Nº

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Empresa Contratada: _____

Contrato nº: _____ Processo Administrativo nº: _____

Data da emissão: ____ / ____ / ____

Nos termos do Contrato e do Termo de Referência, fica a empresa acima identificada AUTORIZADA a realizar a instalação dos equipamentos de oxigenoterapia domiciliar para o paciente abaixo identificado:

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Matrícula SIS nº: _____ CPF: _____ Data nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

_____ Bairro: _____

Cidade: Capela do Alto/SP Telefone: _____

Equipe de Estratégia da Família: _____ Telefone: _____

Agente comunitário de Saúde responsável: _____

Responsável/Cuidador 1: _____

Telefone do responsável: _____

Responsável/Cuidador 2: _____

Telefone do responsável: _____

2. PRAZO PARA INSTALAÇÃO

A instalação deverá ser realizada no prazo previsto no Cronograma recebido pela Secretaria de Saúde (Anexo), contado da data de recebimento desta Autorização de Fornecimento.

A instalação deverá ocorrer com acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde responsável pela área, conforme indicado acima e conforme Ficha de Cadastro do Paciente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São Francisco, nº 614 – Centro – Capela do Alto/SP

CEP: 18195-000 – Tel.: (15) 3267-1427

e-mail: almoxarifado.saude@capeladoalto.sp.gov.br

3. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

No ato da instalação a empresa deverá:

- instalar todos os equipamentos e acessórios autorizados;
- verificar o perfeito funcionamento dos equipamentos;
- orientar e treinar o paciente e/ou cuidador quanto ao uso correto dos equipamentos;
- fornecer os contatos da Central de Atendimento 24 horas;
- colher assinatura do responsável no comprovante de entrega;
- encaminhar o romaneio/documento comprobatório ao Almoxarifado da Saúde, nos prazos contratuais.

4. OBSERVAÇÕES

Capela do Alto/SP, _____ de _____ de _____.

Responsável pelo Almoxarifado da Saúde

Nome: _____

Cargo: Almoxarife

(Assinatura e carimbo)

ANEXOS:

ANEXO 1 – Ficha de Cadastro do Paciente para Oxigenoterapia Domiciliar (onde constará todas as informações ref. oxigenoterapia do paciente)

ANEXO 2 – Termo de Responsabilidade para Oxigenoterapia



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São Francisco, nº 614 – Centro – Capela do Alto/SP

CEP: 18195-000 – Tel.: (15) 3267-1427

e-mail: almoxarifado.saude@capeladoalto.sp.gov.br

ANEXO 4 - SOLICITAÇÃO DE OXIGÊNIO MEDICINAL

1. Identificação do Paciente

- Nome do Paciente _____
- Matrícula SIS nº: _____ CPF: _____
- Endereço completo: _____

- Telefone de Contato: (____) _____

2. Dados do Responsável

- Nome do Responsável: _____
- CPF: _____ Telefone: _____

3. Especificação do Pedido: RECARGA

- Capacidade do Cilindro: [] _____ m³ (*marcar o tamanho*)
- Quantidade de Cilindros para Recarga: _____ unidades
- Número do Patrimônio / Identificação do Cilindro (se houver):

4. Prescrição / Dados Técnicos (Preenchimento Médico ou do Gestor)

- Fluxo Recomendado: _____ Litros por minuto (L/min)
- Tempo de Uso Diário: _____ horas por dia
- Motivo da Solicitação: [] Rotina / Consumo Contínuo [] Urgência/Esgotamento

Capela do Alto, ____ de _____ de 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São Francisco, nº 614 – Centro – Capela do Alto/SP

CEP: 18195-000 – Tel.: (15) 3267-1427

e-mail: almoxarifado.saude@capeladoalto.sp.gov.br

**ANEXO 5 - SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE EQUIPAMENTO DE
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

Venho, por meio deste, solicitar a retirada do(s) equipamento(s) de oxigenoterapia domiciliar que estava(m) sob a responsabilidade do(a) paciente abaixo identificado(a).

1. Identificação do Paciente

- Nome do Paciente _____
- Matrícula SIS nº: _____ CPF: _____
- Endereço completo: _____

- Telefone de Contato: (____) _____

2. Motivo da Devolução (Marque ou deixe apenas o aplicável)

- Óbito do(a) paciente (ocorrido em: __/__/__)
- Alta / Final do tratamento médico
- Substituição ou descontinuidade do equipamento

4. Informações para a Retirada

- Local para a retirada: _____
[Mesmo endereço do paciente ou outro local]
- Pessoa responsável para acompanhar: _____ [Nome do responsável]
- Telefone do responsável: _____ [DDD + Número]

Solicito a gentileza de entrarem em contato para agendar o dia e o horário da retirada no domicílio com a máxima brevidade possível.

Capela do Alto, ____ de _____ de 2026

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

[Enfermeira responsável]

Assinatura do(a) Responsável/Cuidador

Nome completo: _____

CPF: _____