



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.

Objeto:

A presente licitação tem por objeto a Contratação de empresa para locação de equipamentos de urgência e emergência para o Pronto Atendimento do Município de Capela do Alto/SP, pelo período de 12 (doze) meses.

1) ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO PRETENDIDO:

Contratação de empresa para locação de equipamentos de urgência e emergência para o Pronto Atendimento do Município de Capela do Alto/SP.

Critério de julgamento: MENOR PREÇO GLOBAL.

Item	Quant. Equip.	Quant. em 12 meses	Descrição	Un.	Valor mensal por equip.	Valor total mensal	Valor total ano
1	2	24	Locação de Monitor/desfibrilador externo portátil (Cardioversor)	Serv.	R\$ 1.250,00	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
2	6	72	Locação de monitor multiparâmetros para uso adulto, pediátrico e neonatal	Serv.	R\$ 976,50	R\$ 5.859,00	R\$ 70.308,00
3	2	24	Locação de aparelho eletrocardiógrafo	Serv.	R\$ 720,00	R\$ 1.440,00	R\$ 17.280,00
4	20	240	Locação de bomba de infusão linear	Serv.	R\$486,67	R\$ 9.733,40	R\$ 116.800,80
5	1	12	Locação de aparelho ventilador pulmonar portátil de transporte	Serv.	R\$ 1.599,50	R\$ 1.599,50	R\$ 19.194,00
6	4	48	Locação de aparelho ventilador estacionário eletrônico microprocessado para pacientes adultos/Pediátricos/Neonatais	Serv.	R\$ 1.957,80	R\$ 7.831,20	R\$ 93.974,40
7	1	12	Locação de incubadora de transporte	Serv.	R\$ 2.595,00	R\$ 2.595,00	R\$ 31.140,00
8	1	12	Locação de bomba de infusão universal	Serv.	R\$ 417,50	R\$ 417,50	R\$ 5.010,00
9	1	12	Locação de Monitor multiparâmetros para triagem ambulatorial	Serv.	R\$ 1.090,23	R\$ 1.090,23	R\$ 13.082,76
TOTAL→						R\$ 33.065,83	R\$ 396.789,96



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

Obs: Propostas que tiverem as especificações do produto copiadas do edital serão desclassificadas.

2) JUSTIFICATIVA

A presente contratação tem por objetivo a locação de equipamentos destinados ao atendimento de urgência e emergência do Pronto Atendimento Municipal, visando garantir a adequada assistência à população usuária dos serviços de saúde do Município de Capela do Alto/SP.

O Pronto Atendimento Municipal realiza atendimentos ininterruptos à população, sendo responsável por prestar assistência imediata a pacientes em situações de urgência e emergência, o que exige a disponibilidade contínua de equipamentos específicos e em perfeitas condições de funcionamento, essenciais para a realização de procedimentos médicos, monitoramento de pacientes e suporte à vida.

Considerando a natureza dos atendimentos realizados, bem como a necessidade de equipamentos modernos, calibrados e com manutenção preventiva e corretiva garantida, a locação de equipamentos mostra-se como solução mais eficiente e economicamente viável, uma vez que possibilita a utilização de tecnologia atualizada, assistência técnica especializada e substituição imediata em caso de falhas, evitando a interrupção dos serviços prestados.

Destaca-se ainda que a contratação por meio de locação permite maior agilidade na reposição e manutenção dos equipamentos, reduzindo custos relacionados à aquisição, depreciação, manutenção e gestão patrimonial, além de assegurar que os equipamentos estejam sempre em conformidade com as normas técnicas e sanitárias vigentes, especialmente aquelas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Dessa forma, a contratação de empresa especializada para locação de equipamentos de urgência e emergência justifica-se pela necessidade de garantir continuidade, qualidade e segurança na prestação dos serviços de saúde, assegurando condições adequadas de atendimento à população que depende do Pronto Atendimento Municipal.

3) ESPECIFICAÇÕES E QUANTIDADES

Contratação de empresa para locação de equipamentos de urgência e emergência para o Pronto Atendimento do Município de Capela do Alto/SP.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

O custo estimado total da presente contratação é de R\$ 396.789,96

Item	Descrição	Un.	Quant. Equip.	Qt. em 12 meses
1	<p>LOCAÇÃO DE MONITOR/DEFIBRILADOR EXTERNO PORTÁTIL (CARDIOVERSOR):</p> <p>Modos de operação: Monitoração de ECG. Desfibrilação assíncrona, Cardioversão sincronizada e modo DEA. Construção e operação: Possuir no painel frontal descrição do método de aplicação de desfibrilação “1, 2 e 3”. / Seleção do modo de operação: monitoração, desfibrilação ou DEA, através de seletor rotativo. A operação e configuração do equipamento deve ser realizada através de tela sensível ao toque ou botão rotacional dedicado. / Equipamento deve possuir alça para transporte integrada e sistema de encaixe para utilização futura de alça de ombro com estojos para o armazenamento de acessórios. / Possuir display LCD colorido de no mínimo 6,5”, com visualização de no mínimo 3 curvas simultâneas e valores numéricos. / Possuir função de registro de eventos de tratamentos clínicos, como administração de medicamentos e procedimentos com o paciente. / Interface para Terapia: Conector para cabo terapia compartilhado para uso de pás externas reutilizáveis e pás descartáveis. / Pás externas com possibilidade de uso em pacientes pediátricos através de troca de superfície de contato, com botões dedicados para carregamentos e descarga de choque que possuam indicação luminosa de carga pronta. / Monitoração: Monitorização da frequência cardíaca e traçados de ECG para 3 e 7 derivações, com identificação automática da quantidade de vias do cabo conectado. Possuir ajuste automático de ganho das derivações exibidas na tela. / Terapia de desfibrilação: Onda de terapia bifásica, formato exponencial truncado ou retilíneo, com ajuste de entrega de carga de 2 a no máximo 270 Joules. Com tempo definido para carga máxima de 7 segundos. Possuir modo de Cardioversão sincronizada, com acionamento através de menu dedicado, com detecção e indicação visual da onda R. Em sua tela inicial, deve estar disponível um temporizador para registro do tempo total de atendimento. / DEA: Possuir modo desfibrilador externo automático. Protocolo de análise compatível com pacientes adultos e pediátricos, de acordo com as diretrizes da American Heart Association. Deve exibir instruções ao operador através de mensagens na tela e comandos de voz, apresentando também a quantidade de choques aplicados e carga aplicada. Possuir opção de cronômetro dedicado para RCP e função para retomar análise. Possibilitar a personalização do protocolo padrão do DEA em razão: sequência de choques com cargas pré-definidas e intervalo do cronometro de RCP. / Revisão de dados: Equipamento deve</p>	Serv.	2	24



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

	<p>armazenar 6 horas de tendências ou 360 medições de sinais vitais com intervalo de exibição configurável de 1 min a 30 minutos, deve ainda permitir a impressão de um relatório de tendências. / Deve armazenar resumo de atendimento que contenha as seguintes informações: Identificação do equipamento, número de série, formas de onda, valores de sinais vitais, energia aplicada e quantidade de descargas de desfibrilação, configurações aplicadas ao equipamento e eventos de tratamento clínico durante a intercorrência. Armazenar até 30 relatórios de atendimento com tempo médio de 30 minutos, permitir impressão de relatório que contemple as informações acima e futuramente a exportação das informações para aplicativo de revisão homologado pela fábrica. / Registrador térmico: Possibilitar a impressão manual de resumo dos sinais vitais e traçado de ECG, com possibilidade de programação para acionamento automático durante carga, descarga e alarmes. / Fonte de alimentação: Possuir bateria recarregável com sistema de encaixe rápido, sem necessidade de ferramentas para instalação, deve possuir indicador de carga físico na própria bateria. Possuir autonomia mínima de 100 choques ou 2,0 horas de monitoração. / Testes operacionais: Possuir sistema de teste automático diário que possibilite: impressão e armazenamento dos resultados. Deve armazenar os últimos 50 autos testes, permitindo impressão de histórico ou deve possuir sistema de envio de resultados do auto teste automaticamente. Ainda deve possibilitar realização de teste operacional de descarga de choque, com armazenamento dos últimos 30 resultados, reimpressão dos resultados e do histórico dos testes realizados. Deve possuir Indicador de prontidão ou mensagens de alarmes dedicadas a falhas no auto testes. / Especificações Gerais: Peso máximo do equipamento de 6,5 kg. / Índice de proteção contra sólidos e líquidos IP44. / Acompanha: 1 cabo terapia com pás externas reutilizáveis; 1 cabo terapia para uso com pás adesivas descartáveis; 1 acessório para teste de desfibrilação; 1 cabo de ECG 3 vias; 12 rolos de papel para registrador térmico; 1 cabo de alimentação. Propostas que tiverem as especificações técnicas copiadas do termo de referência do edital serão desclassificadas. Treinamento operacional e assistência técnica disponibilizado pela representante autorizada no estado de entrega.</p>			
2	<p>LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIPARÂMETROS PARA USO ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL: Estrutura de Parâmetros: Pré – Configurada ou Híbrida. Parâmetros: Eletrocardiografia (ECG), Frequência Respiratória (RESP), Saturação Periférica de O₂ (SpO₂), Pressão Não Invasiva (PNI), Temperatura (TEMP). / Expansão de parâmetros: Possibilitar a monitorização simultânea de 3 canais de Pressão Invasiva, BIS™ ou Entropia™ e Análise de Gases Respiratórios, através da inserção de módulos individualizados ou conexão a</p>	Serv.	6	72



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

unidade de aquisição de dados. / **Alça para transporte:** Possui / **Tamanho de tela:** 12" colorida Touchscreen, com resolução mínima de 1280 X 800 Pontos. / **Vida útil declarada:** 8 anos / **Curvas:** Permitir a visualização de 8 traçados distintos simultaneamente. / **Alarmes:** Possuir alarmes fisiológicos e técnicos, deve permitir ajuste manual e automático dos limites de alarme inferior e superior de acordo com os sinais vitais atuais do paciente. / **Gerenciamento de dados:** Deve armazenar tendências numéricas a cada minuto por no mínimo 3 dias. Possibilitar a visualização de tendências gráficas em escala mínima de 4 horas, o armazenamento de tendências gráficas deve possuir duração mínima de três dias. / Permitir o armazenamento e revisão de 100 eventos de alarmes fisiológicos, com exibição de 10 segundos de ao menos duas formas de onda relacionadas ao evento. / **Proteção de dados:** Possuir senha para exportação de dados de tendências e configurações do sistema, através de interface USB. / **Peso do equipamento:** máximo de 8kg. / **Alimentação Elétrica:** Bivolt automático. / **Bateria:** Autonomia mínima de 3 horas. / **Potência de entrada AC:** Inferior a 150 Watts. / **Nível de proteção:** IPX1. / **Conectividade:** Comunicação bidirecional com Central de Monitorização através de protocolo TCP/IP, permitir comunicação unidirecional com HIS através de protocolo HL7. / **Interfaces disponíveis:** USB, RJ45, sincronismo de ECG e para vídeo externo. / **ECG:** Permitir a monitorização de 3 e 7 derivações, possuir algoritmo de análise de arritmia que utilize de mais de uma derivação simultaneamente, para o cálculo da frequência cardíaca e classificação do batimento. Possuir análise de Segmento ST. Possuir detector de Marca-passo. / **RESP:** Método por variação de impedância torácica. Possibilitar ajuste do tempo de alarme de apneia e possibilitar o ajuste manual do limiar de detecção de respiração ou seleção da derivação utilizada para medição. / **SpO₂:** Tecnologia de processamento empregada: BluPRO®, TruSignal®, Masimo SET®, FAST® ou NellCor™. Possuir valor numérico, onda pletismográfica e índice de perfusão. Sistema de gerenciamento de alarme que permita o atraso configurável dos alarmes de SpO₂ baixo e dessaturação. / **PNI:** indicação numérica das pressões Sistólica, Média e Diastólica. Possuir modo Contínuo/STAT e Automático. Exibir no painel numérico o horário da última aferição realizada. / **TEMP:** Possibilitar a monitorização simultânea de 2 canais, permitir identificação através de rótulos, Faixa de temperatura: 30 a 45 °C. / **Ferramentas de suporte à decisão clínica:** Possibilidade de upgrade futuro de ferramenta de pontuação de aviso antecipado (EWS) com exibição das recomendações apropriadas dependendo do escore calculado; deve ainda permitir a criação de escore personalizado com base nos parâmetros definidos pela instituição. / **Acessórios:** 1 Cabo de ECG/RESP de 3 vias (AAMI); 1 Sensor de SpO₂ para paciente



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

	<p>adulto; 1 Sensor de SpO2 pediátrico; 1 mangueira extensora de PNI para pacientes adultos/pediátricos; 1 manguito reutilizável adulto “M”; 1 Manguito reutilizável pediátrico; 1 suporte de parede; 1 Bateria recarregável; 1 Cabo de alimentação; 1 manual de operação em português. O equipamento a ser fornecido deverá possuir assistência técnica disponível no estado de entrega, por empresa credenciada e autorizada pelo fabricante; Registro na ANVISA vigente; Instalação e treinamento operacional inclusos durante o período da garantia. Empresa deverá apresentar manual ou catálogo técnico que comprove pleno atendimento das especificações supracitadas. Propostas que tiverem as especificações técnicas copiadas do edital serão desclassificadas.</p>			
3	<p>LOCAÇÃO DE APARELHO ELETROCARDÍOGRAFO: Deve realizar a aquisição de 12 derivações simultâneas. / Operação: impressão direta no console. Permitir aquisição de exame de emergência (STAT), com captura e impressão, adiando a identificação do paciente através de duplo acionamento da tecla de captura do exame. Possuir modo ritmo com a impressão de até 6 derivações simultâneas configuráveis. / Tela e construção: colorida de no mínimo 7 polegadas, sensível ao toque, integrado ao equipamento (sem possibilidade de remoção da tela do corpo do equipamento), com software em português que permita a visualização das ondas em tempo real. Possuir mapa para auxílio do posicionamento dos eletrodos no paciente, indicando desconexão e um possível posicionamento equivocado de eletrodos. Peso máximo de 6kg. / Identificação: data, hora do exame, nome, peso e sexo do paciente. / Conectividade: Interface para de exportação de dados do exame através de memória USB e rede LAN, com possibilidade de upgrade para comunicação via rede sem fio. Habilitado para exportação de exames em formato PDF. Possibilidade de upgrade para exportação em formato DICOM e para comunicação bidirecional com <i>Work List</i>. / Taxa de amostragem: no mínimo 6000 amostras por segundo por via. / Calibração e Filtro: Sinal de calibração de 1 mv. Possuir filtro para artefato muscular, ruído de rede elétrica, resposta de altas e baixas frequências do espectro de ECG e flutuações da linha de base. / Configurações: Ganho de 5, 10 e 20 mm/mV e velocidade de curva de 25 e 50 mm/s. / Interpretação: possuir algoritmo de análise do exame com critérios específicos de idade e gênero, sem necessidade de programas externos. / Armazenamento e revisão: Capacidade de armazenamento de pelo menos 200 exames, possibilidade de upgrade para visualização de no mínimo 5 minutos de ondas completas do ECG de cada derivação, para revisão e impressão de relatórios. / Alimentação elétrica: Bivolt automático, possuir bateria com autonomia mínima de 6 horas de uso contínuo, ou pelo menos 100 exames. / Impressão: térmica com pelo menos</p>	Serv.	2	24



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

	6 canais, utilizando papel rolo de 110mm ou folha A4. Suporte com rodízios: Não Acompanha. Acessórios: 1 cabos de ECG de 10 vias compatível com eletrodos descartáveis, 10 rolos de papel térmico para impressão, 1 cabo de força, 1 bateria recarregável e 1 manual do usuário em português. A empresa deve apresentar catálogo, ou manual técnico que comprove o pleno atendimento do produto ofertado. Propostas que tiverem as especificações técnicas copiadas do edital serão desclassificadas.			
4	<p>LOCAÇÃO DE BOMBA DE INFUSÃO LINEAR:</p> <p>Bomba de Infusão com sistema de infusão linear, microprocessada, para infusão por via parenteral, enteral e hemoderivados, para utilização em pacientes neonatais, pediátricos e adultos. Utiliza descartável dedicado – com trecho de silicone – com prazo de substituição de no mínimo 72h de acordo com orientação do fabricante. Possuir, ao menos, cinco modos de programação incluindo: Vazão, Volume x Tempo, Volume x Vazão, Peso x Concentração x Dose e Sequencial. Volume limite: 0,1 a 9999,9mL (com incrementos de 0,1 mL); Vazão Limite: 0,1 a 1200mL/h (com incrementos de 0,1 mL/h); Tempo limite: 99h59min; KVO ajustável de 0,0 (desabilitado) a 03 mL/h. Ajustes de Bolus e KVO em vazão e volume. Uso obrigatório do sensor de gotas. Possuir as seguintes funções: ajuste de data e hora, volume sonoro, bloqueio de teclado, dados da última infusão, lista de drogas (mínimo de 150 drogas), ajuste de oclusão, ajustes dos sensores de gotas, ar e pressão, possibilidade de alterar a vazão sem interromper a infusão e zerar volume. Sensor de ar na linha deve possuir, pelo menos, três níveis de ajustes. Display que deve apresentar volume infundido, volume restante, tempo restante de infusão, indicador de nível de bateria, indicador gráfico de gotejamento, indicador de pressão e de bloqueio de teclado. Pré-alarmes de fim de bateria, fim de infusão e fim do volume do frasco. Alarmes visuais e sonoros de espera (stand-by), KVO, infusão interrompida, oclusão, ar na linha, porta aberta, bateria baixa, bateria crítica, bomba sem equipo e sensor de ar desligado. Possuir histórico de pelo menos 1000 eventos. Possibilitar acoplamento de ao menos 3 bombas; se necessário rack, o mesmo deverá constar na proposta. A bomba deve acompanhar uma bateria com autonomia de no mínimo 5 horas a 25mL/h, um cabo de alimentação e o manual do usuário no idioma português; bivolt automático. Proteção contra choques elétricos: Equipamento de classe II, e parte aplicada de tipo CF; proteção contra água IPX2; potência máxima consumida 40VA; peso máximo 1,9 kg. Estar de acordo com a norma ABNT NBR IEC 60601-2-24:2015. Fornecimento, a cada 3 (três) meses, de 100 equipos comuns e 50 equipos fotossensíveis. Propostas que tiverem as especificações técnicas copiadas do edital serão desclassificadas.</p>	Serv.	20	240



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

5	<p>LOCAÇÃO DE APARELHO PULMONAR PORTÁTIL DE TRANSPORTE:</p> <p>Ventilador de transporte microprocessado, de ramo duplo, utilizado em ventilação de emergência e transporte intra/extra hospitalar de pacientes adultos, pediátricos e neonatais. Funcionamento a partir de entrada de fonte de oxigênio, não sendo necessária fonte externa de ar comprimido. Possuir bateria recarregável com autonomia mínima de 05 (cinco) horas de funcionamento contínuo. Monitor incorporado, com tela de LCD de no mínimo de 5,7". Equipamento dotado de alça para transporte e para acoplamento em macas e camas. O equipamento deverá possuir no mínimo os seguintes modos de ventilação: Volume controlado (VCV), Pressão controlada (PCV) ou PLV, SIMV, PSV e CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas), BIPAP (bifásico), ventilação não invasiva com compensação de fuga, apneia de backup.</p> <p>Parâmetros:</p> <p>Volume corrente: ajuste mínimo de 20 a 2000 ml. Frequência respiratória com faixa mínima ajustável: de 1 a 80 rpm. PEEP: de no mínimo 0 a 20 cmH2O. Pressão Inspiratória: no mínimo de 5 a 60 cmH2O. Fluxo: de 2 a 120 l/min. FIO2 com ajuste mínimo de 50 e 100%. Misturador de ar ambiente, que permite ajuste da FIO2. Indicadores numéricos em tela no mínimo para: frequência respiratória programada, pressão máxima de vias aéreas e relação I:E. Exibição de no mínimo a curva de pressão-tempo. Alarmes audiovisuais ajustáveis no mínimo para: alta e baixa pressão, bateria fraca, falha na alimentação de gases e falha de fonte de alimentação, desconexão do circuito e apneia. Parâmetros monitorados: Pressão de Pico, Pressão Base (PEEP) e Volume Tidal Expiratório. Parâmetros Programáveis: FIO2, Tempo Inspiratório, Frequência Respiratória, Volume Corrente (Tidal), Pressão Controlada, PEEP, I:E, Sensibilidade e Tempo de Apneia. Possuir tecla auxiliar para e silenciar alarme. Alimentação elétrica 110 a 220 VAC, com seleção automática. Peso não superior a 6,0 kg. Acessórios: 01 Conjunto de circuito completo autoclavável adulto/pediátrico, 01 Conjunto de circuito completo autoclavável neonatal, 01 válvula exalatória autoclavável e linhas de pressão, se aplicável, sensores de fluxo (adulto e pediátrico), autoclaváveis, se aplicável, 01 Carregador de bateria com alimentação 127/220V - 60hz com sistema bivolt automático de tensão, 01 Mangueira de oxigênio para possibilitar interface do equipamento/cilindro portátil e rede de oxigênio, 01 Manual do usuário em português. Registro na ANVISA vigente. A empresa deverá comprovar que as manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos são executadas com assistência técnica credenciada e autorizada pelo fabricante. A empresa deve apresentar catálogo, ou manual técnico que</p>	Serv.	1	12
---	---	-------	---	----



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

	<p>comprove o pleno atendimento do produto ofertado. Propostas que tiverem as especificações técnicas copiadas do edital serão desclassificadas. Instalação e treinamento operacional inclusos durante o período de vigência do contrato.</p>			
6	<p>LOCAÇÃO DE APARELHO VENTILADOR ESTACIONÁRIO ELETRÔNICO MICROPROCESSADO PARA PACIENTES ADULTOS/PEDIÁTRICOS/NEONATAIS: Ventilador Pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos. Possuir os seguintes modos de ventilação: Ventilação com Volume Controlado; Ventilação com Pressão Controlada; Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada; Ventilação com suporte de pressão; Ventilação com suporte à volume; Ventilação espontânea com volume minuto mandatório; Ventilação com fluxo contínuo ciclado a tempo e com pressão limitada, inclusive em SIMV; Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo; Ventilação em dois níveis, Ventilação Não Invasiva inclusive em neonatal com compensação de fuga; Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas - CPAP; Ventilação de Back up no mínimo nos modos espontâneos e modo de ventilação proporcional com sincronismo/ adaptação do paciente-ventilador para uma melhor mecânica respiratória (NAVA, SmartCare, PAV, ASV, AVA, AMV) ao menos para pacientes adultos/pediátricos. Sistema de Controles: Possuir controle e ajuste para pelo menos os parâmetros com as faixas: Pressão controlada de no mínimo até 90 cmH20; pressão de suporte de no mínimo até 70 cmH20, Volume corrente de no mínimo entre 2 a 2500ml; Frequência respiratória de no mínimo até 100 rpm; Tempo inspiratório de no mínimo entre 0,3 a 5,0 segundos; PEEP de no mínimo até 40 cmH20; Sensibilidade inspiratória por fluxo de no mínimo entre 0,2 a 2,0 lpm e Ajuste do fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo de 2 a no mínimo 50 l/min; FiO2 de no mínimo 21 a 100%. Sistema de Monitorização: Tela colorida de no mínimo 12 polegadas touch-screen, botão rotacional para dupla checagem dos ajustes de programação dos parâmetros; Monitoração de volume por sensor proximal ou distal para pacientes neonatais e distal para pacientes adultos; Principais parâmetros monitorados e/ou calculados: Volume corrente inspirado, pressão de pico, pressão de platô, PEEP, PEEP total, pressão média de vias aéreas, frequência respiratória total e espontânea, Tempo inspiratório, Tempo expiratório, relação I:E, pico de fluxo inspiratório e expiratório, volume minuto inspirado e expirado, constante de tempo expiratório e/ou inspiratório e volume expiratório. Cálculos de mecânica: resistência, complacência, ensaio de respiração espontânea e/ou índice de Tobin, pressão de oclusão, capacidade vital lenta, medida para potencial sobredistensão do pulmão (C20/C e/ou Índice de stress), PV Flex, auto PEEP. Apresentação de curvas: pressão x tempo, fluxo x tempo, volume x tempo; loops: pressão x volume, fluxo x volume, e possibilidade de até dois loops</p>	Serv.	4	48



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

	<p>de sobreposição para efeito de comparação; apresentação de gráficos com as tendências. Sistema de Alarmes com pelo menos: alarmes de alta e baixa pressão inspiratória, alto e baixo volume minuto, frequência respiratória, apneia, pressão de O2 alta e baixa, pressão de ar alta e baixa, falha no fornecimento de gás, falta de energia, baixa carga da bateria e para ventilador sem condição para funcionar ou similar. Recurso de nebulização incorporado ao equipamento sem alteração do fluxo e da FiO2 ajustada, sincronizado com a inspiração; Tecla para pausa manual inspiratória e expiratória. Armazenar na memória os últimos parâmetros ajustados; bateria interna recarregável com autonomia de no mínimo 30 minutos, Entrada de alta pressão de gases de ar comprimido e oxigênio por rede canalizada ou cilindros. O Ventilador deverá continuar ventilando o paciente mesmo com a falta de um dos gases em caso de emergência e alarmar indicando o gás faltante. Acompanhar no mínimo os acessórios: braço articulado, pedestal com rodízios, circuito ventilatório autoclavável para pacientes adultos com filamento aquecido; válvula de exalação, mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido, cabo de energia. Software em Língua Portuguesa. Atendimento às normas: NBR IEC 60601-1; NBR IEC 60601-1-2; Grau de proteção IP21. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante. Registro na ANVISA. A empresa deve apresentar catálogo ou manual técnico que comprove o pleno atendimento do produto ofertado. Propostas que tiverem as especificações do produto copiadas do edital serão desclassificadas.</p>			
7	<p>LOCAÇÃO DE INCUBADORA DE TRANSPORTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipamento deve possuir cúpula construída em acrílico transparente, com paredes duplas em sua superfície para proteção do paciente contra perda de calor; 2. Deve possuir um suporte com capacidade aproximada de 10 kg, fabricado em aço inox, para colocação de monitores, bombas de infusão e outros objetos; 3. Base da incubadora dotada de alças para transporte e dois suportes para cilindros de gases medicinais; 4. Acoplada a suporte com altura ajustável, com 4 rodízios e freios em todos estes; 5. Deverá possuir três portas de acesso, sendo frontal e posterior rebatíveis e uma lateral; 6. Possuir no mínimo 04 portinholas vedadas com guarnições em silicone atóxico e 01 passador de tubos duplo para passagem de tubos e sensores; 7. Para-choque que protege todo o perímetro da incubadora; 8. Deve possuir leito removível em material plástico com dimensões que permitam adequada ergonomia para cintos de segurança em material macio e resistente, de fácil ajuste; 	Serv.	1	12



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

	<p>9. Deve possuir colchão removível e de material atóxico e auto-extinguível com espuma com densidade adequada;</p> <p>10. Umidificação através de espuma sob o leito;</p> <p>11. Iluminação auxiliar com haste flexível para ajuste do foco;</p> <p>12. Deve possuir filtro de retenção bacteriológico na entrada de ar da incubadora;</p> <p>13. Deverá permitir uma taxa de concentração de O₂ de no mínimo 60% em uso com fluxômetro;</p> <p>14. Painel de controle deve proporcionar a monitorização térmica do ambiente do paciente, possuir controle microprocessado de temperatura de ar do ambiente interno da incubadora e controle de temperatura do neonato mediante um sensor de temperatura de pele;</p> <p>15. Deve possuir alarmes audiovisuais para falta de energia elétrica, falta de energia da bateria, falta de circulação de ar, alta/baixa temperatura do ar, sensor do RN desconectado, indicação do modo de alimentação, indicação das temperaturas do ar, indicação do nível de bateria;</p> <p>16. Deve possuir indicação visual do status ligado/desligado do aparelho;</p> <p>17. Deve possuir bateria recarregável com autonomia de pelo menos 4 horas, com carregador para carregamento automático da bateria quando o equipamento estiver conectado à rede elétrica;</p> <p>18. A incubadora deverá possuir um conjunto de reanimação embutido na estrutura do painel de controle do equipamento, composto por um ressuscitador infantil, que permite o ajuste da Pressão de Pico Inspiratória (PIP), pressão máxima e Pressão Positiva Expiratória Final (PEEP), sendo essa última calibrada através da peça “T” incorporada no circuito do paciente.</p> <p>19. Deverá acompanhar o equipamento no mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none">○ 1 sensor de temperatura de pele;○ 1 suporte de soro;○ 1 filtro de ar;○ 1 espuma de umidificação;○ 1 blender (misturador de gases) com possibilidade de ajuste da concentração de oxigênio de 21% a 100%, para uso com o reanimador.○ 1 conjunto de acessórios para uso com o reanimador, contendo 1 pulmão de ensaio, 1 mangueira de fornecimento de gás, 1 conjunto de três máscaras de silicone redondas de tamanhos variados e 1 circuito do paciente com peça T de Ayre.			
--	---	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

8	<p>LOCAÇÃO DE BOMBA DE INFUSÃO UNIVERSAL:</p> <p>Bomba de Infusão com sistema de infusão linear, para infusão por via enteral e parenteral. Utiliza descartável universal específico para bomba de infusão, com registro na ANVISA e INMETRO. Desvio da vazão do equipo de $\pm 5\%$ da vazão programada. Possuir, ao menos, três tipos de programação de infusão: mL/h x volume limite, tempo x volume limite e peso x concentração x dose. Vazão de 0,1 a 999,9 mL/h e controle de volume a infundir de 0,1 a 9999,9 mL. Taxa de KVO ajustável de 0,1 a 5,0 mL/h. Bolus ajustável de 0,1 a 999,9 mL/h. Possuir as seguintes funções durante a infusão: titulação, balanço hídrico, zerar volume, biblioteca de drogas, ajuste de KVO, ajuste de bolus, ajuste de oclusão, ajuste do volume do alarme e memória da última infusão. Display com apresentação constante da vazão, volume programado, volume infundido, tempo total e tempo restante da infusão ou apresentar a vazão, dose, volume infundido e tempo de infusão (quando programada em peso x concentração x dose). Possui detector de ar e sensor de pressão regulável. Pré-alarmes: fim da bateria e fim da infusão. Alarmes visuais e sonoros: alarme de espera, vazão livre, funcionamento em KVO, infusão interrompida, oclusão, ar na linha, porta aberta, frasco vazio, infusão completa, bateria baixa, bateria crítica e erro de programação. Bateria com autonomia de 6 horas, cabo de alimentação e manual do usuário no idioma Português. Bivolt automático (110–230 V / 50–60 Hz). Proteção contra choques elétricos: Equipamento de classe II e parte aplicada de tipo CF; proteção contra água minimamente IPX1; peso máximo de 2,3 kg.</p>	Serv.	1	12
9	<p>LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIPARÂMETROS PARA TRIAGEM AMBULATORIAL:</p> <p>Monitor de Sinais Vitais de triagem ambulatorial utilizado em pronto atendimentos, triagem, enfermaria, dentre outros, em pacientes adultos, pediátricos e neonatais. / Parâmetros: Oxímetria (SpO₂), Frequência de Pulso (FP), Pressão Não Invasiva (PNI) e Temperatura (Temp). / Construção: grau de proteção contra choque elétrico BF ou CF, Índice de proteção contra inserção danosa de sólidos e líquidos IPX1. Peso do equipamento deve ser inferior a 5kg. Possuir luz de tarefa. / Monitor: Tela sensível ao toque, LCD Colorido com dimensão mínima de 7" e resolução de 800 x 480 pixels. / Interfaces e Conectividade: Possuir 1 Porta Ethernet RJ45 e 2 Portas USB. Possibilitar integração ao Sistema de Informações Hospitalares (HIS) via rede com fio e sem fio. Possibilitar admissão rápida através de leitor de código de barras. / SpO₂: Exibir curva pletismográfica, valor numérico de saturação (1 a 100%), frequência de pulso (30 a 250 bpm) e índice de perfusão. Tecnologia de processamento empregada: BluPRO®, Masimo SET® FAST® ou NellCor™. Permitir a configuração da Sensibilidade e o atraso de alarmes de saturação Máxima/Mínima e Dessaturação. / PNI: Apresentar valores das pressões: Sistólica, Média e Diastólica</p>	Serv.	1	12



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

<p>através de Método de aferição oscilométrico convencional e modo alternativo para aferição mais rápida. Permitir acionamento manual, automático e modo STAT. / Temperatura: Leitura através de sonda infravermelho Exergen TemporalScanner™ ou Braun ThermoScan® com apresentação do valor numérico e faixa de medida de 20 °C a 42,2 °C. O termômetro deve funcionar sem o uso de pilhas ou baterias adicionais. / Software e Ferramentas: Sistema operacional em português. Possuir modo de verificação pontual, que permita a captura, armazenamento e revisão de relatórios de sinais vitais de diferentes pacientes, com possibilidade de ativar/desativar alarmes técnicos e fisiológicos. Possuir modo de monitorização contínua que possibilite o armazenamento de dados de tendência do paciente. / Protocolo EWS: Compatível com protocolo de alerta precoce EWS personalizável, de modo a adequar-se ao protocolo utilizado na instituição, no que concerne aos parâmetros fisiológicos utilizados para o cálculo do score, pontuação e diretrizes para a equipe assistencial. Deve possibilitar a adição e personalização de parâmetros de entrada manual como: nível de dor, nível de consciência e observações. / Armazenamento e Revisão de dados: Permitir visualização de tendência tabular e gráfica. Possuir memória interna para armazenar no mínimo 500 registros de pacientes. / Requisitos de alimentação elétrica e bateria: Seleção de tensão automática 100V a 240V, bateria com autonomia mínima de 5 horas e tempo de recarga para 100% de capacidade em no mínimo de 6 horas com o equipamento em funcionamento. / Acessórios: 1 Sensor de temperatura infravermelho compatível com a tecnologia descrita; 1 Sensor de SpO₂ reutilizável tipo clip tamanho adulto; 1 Mangueira para conexão de braçadeira Nibp; 1 Manguito reutilizável tamanho adulto “M”; 1 Cabo força padrão ABNT; 1 bateria recarregável compatível com a autonomia descrita. / O equipamento a ser fornecido deverá possuir assistência técnica disponível no estado de entrega, por empresa credenciada e autorizada pelo fabricante. Registro válido na ANVISA, Instalação e treinamento operacional inclusos durante o período da garantia. Garantia de 36 meses. A Licitante deverá apresentar manual técnico que comprove pleno atendimentos das especificações supracitadas. Propostas que tiverem as especificações técnicas copiadas do edital serão desclassificadas.</p>			
--	--	--	--

4) DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

A contratada deverá cumprir integralmente as condições estabelecidas neste Termo de Referência, no contrato e na legislação aplicável, cabendo-lhe, especialmente:

4.1) Fornecimento dos equipamentos

4.1.1. Fornecer, em regime de locação, os equipamentos de urgência e



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

emergência em perfeitas condições de uso, devidamente instalados e configurados para funcionamento no Pronto Atendimento Municipal;

4.1.2. Para cada equipamento, respeitar as descrições técnicas e exigências conforme descrito no item 3 deste termo de referência;

4.1.3. A Empresa deverá apresentar manual ou catálogo técnico de cada equipamento que comprove pleno atendimento das especificações solicitadas;

4.1.4. Garantir que todos os equipamentos disponibilizados sejam novos ou seminovos, em excelente estado de conservação, devidamente revisados e aptos para utilização em ambiente hospitalar;

4.1.5. Realizar a entrega, instalação, configuração e testes de funcionamento dos equipamentos no local indicado pela Secretaria Municipal de Saúde;

4.1.6. Fornecer todos os acessórios, cabos, sensores, baterias e demais componentes necessários ao pleno funcionamento dos equipamentos;

4.2) Manutenção preventiva e corretiva; e suporte técnico

4.2.1. Responsabilizar-se pela **manutenção preventiva e corretiva** de todos os equipamentos locados, durante toda a vigência contratual sem ônus adicional para a contratante;

4.2.2. Realizar manutenções preventivas periódicas, conforme recomendação do fabricante e normas técnicas aplicáveis, com o objetivo de garantir o pleno funcionamento, a segurança e a confiabilidade dos equipamentos;

4.2.3. A Contratada deverá realizar manutenção corretiva sempre que identificado defeito, falha ou mau funcionamento dos equipamentos, mediante solicitação da Contratante, por meio da unidade de saúde, prestando o devido atendimento técnico para diagnóstico e solução do problema;

4.2.4. A Contratada deverá prestar atendimento técnico no prazo máximo de **até 24 (vinte e quatro) horas**, contadas a partir da comunicação formal da Contratante.

4.2.5. Disponibilizar canal de atendimento para suporte técnico durante todo o período contratual;

4.2.6. Todas as despesas relacionadas à manutenção preventiva e corretiva, incluindo peças, componentes, mão de obra, transporte, deslocamento técnico e eventual substituição de equipamentos, serão de responsabilidade exclusiva da Contratada, não gerando custos adicionais à Contratante.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

4.3) Substituição de equipamentos:

4.3.1. Caso o equipamento apresente falha que impeça seu funcionamento adequado, a Contratada deverá providenciar o **reparo ou substituição por equipamento equivalente ou superior**, no prazo máximo de **até 48 (quarenta e oito) horas**, contadas da abertura do chamado técnico;

4.3.2. A substituição deverá ocorrer de forma a **não comprometer a continuidade dos atendimentos** realizados no Pronto Atendimento Municipal;

4.3.3. Os equipamentos substituídos deverão apresentar as mesmas características técnicas ou superiores às originalmente contratadas.

4.4) Calibração, conformidade técnica e sanitária:

4.4.1. A Contratada deverá manter os equipamentos devidamente **calibrados e certificados**, apresentando os respectivos certificados sempre que solicitado pela fiscalização do contrato;

4.4.2. Todos os equipamentos deverão estar em conformidade com as normas técnicas aplicáveis e devidamente regularizados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, quando exigido;

4.4.3. Assegurar que os equipamentos atendam às normas técnicas, sanitárias e de segurança aplicáveis a equipamentos médicos e hospitalares;

4.4.4. Cumprir todas as normas de segurança, higiene e biossegurança aplicáveis à prestação dos serviços.

4.5) Treinamento e orientação

4.4.1. Realizar treinamento inicial para os profissionais do Pronto Atendimento quanto à correta utilização dos equipamentos, quando necessário;

4.4.2. Disponibilizar manuais de operação e orientações técnicas em língua portuguesa.

4.6) Responsabilidade técnica e operacional

4.3.1. Responsabilizar-se por todos os custos relacionados à entrega, transporte, instalação, manutenção, substituição e retirada dos equipamentos;

4.3.2. Manter, durante toda a execução contratual, as condições de habilitação e



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

qualificação exigidas no processo de contratação;

4.3.3. Designar responsável técnico ou representante para interlocução com a Secretaria de Saúde e acompanhamento da execução contratual;

4.3.4. Responsabilizar-se por eventuais danos causados ao Município ou a terceiros decorrentes de falhas, defeitos ou mau funcionamento dos equipamentos fornecidos.

4.7) Outras obrigações

4.6.1. Substituir imediatamente qualquer equipamento que não atenda às especificações estabelecidas neste Termo de Referência;

4.6.2. Cumprir as determinações da fiscalização do contrato designada pela Administração;

4.6.3. A Empresa deverá apresentar manual ou catálogo técnico que comprove pleno atendimentos das especificações supracitadas.

5) DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

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

5.1. Efetuar o pagamento à Contratada de acordo com as condições e prazos estabelecidos no contrato, após a devida liquidação da despesa.

5.2. 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.

5.3. Notificar formalmente a Contratada sobre quaisquer irregularidades, falhas ou imperfeições constatadas na execução do contrato, fixando prazo para sua regularização.

5.4. Aplicar à Contratada, quando cabível, as sanções administrativas previstas no contrato e na legislação vigente, em especial na Lei nº 14.133 de 2021.

5.5. Prestar as informações e os esclarecimentos necessários à execução do objeto contratual, quando solicitados pela Contratada.

5.6. Proporcionar à Contratada as condições necessárias para a adequada execução do objeto, incluindo a disponibilização de espaço físico apropriado no Pronto Atendimento Municipal para instalação e funcionamento dos equipamentos locados.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

5.7. Permitir o acesso dos técnicos da Contratada às dependências da unidade de saúde, quando necessário para instalação, manutenção, substituição ou retirada dos equipamentos.

5.8. Zelar pela correta utilização dos equipamentos pelos profissionais da unidade de saúde, conforme orientações técnicas de uso.

5.9. Comunicar à Contratada, sempre que identificado defeito, falha ou mau funcionamento dos equipamentos, para que sejam adotadas as providências necessárias.

5.10. Informar à Contratada qualquer situação que possa comprometer o funcionamento adequado dos equipamentos ou a execução do objeto contratual.

6) DO LOCAL, PRAZO E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

6.1. LOCAL DE EXECUÇÃO:

Os equipamentos objetos da presente contratação deverão ser entregues, instalados e disponibilizados para uso no Pronto Atendimento Municipal de Capela do Alto, Rua São Francisco, 614, Centro, Capela do Alto/SP, a partir das 08:00 até as 16:00h de segunda à sexta-feira. A responsável pelo recebimento e acompanhamento será a Enfermeira Laura Cristina de Paulo, RT da unidade.

6.2. PRAZO PARA ENTREGA E INSTALAÇÃO:

6.2.1. A Contratada deverá realizar a entrega, instalação e disponibilização dos equipamentos no prazo máximo de até 2 (dois) dias úteis, contados a partir da ORDEM DE SERVIÇO, de onde passará a contar a vigência do contrato;

6.2.2. Os equipamentos deverão ser entregues devidamente instalados, configurados, testados e em pleno funcionamento, prontos para utilização pela equipe do Pronto Atendimento.

6.3. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO:

6.3.1. Os equipamentos fornecidos deverão estar em perfeitas condições de uso, devidamente revisados, calibrados e aptos para utilização em ambiente hospitalar;

6.3.2. A Contratada será responsável por todas as despesas relacionadas à entrega, transporte, instalação, configuração e testes de funcionamento 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

6.3.3. Durante toda a vigência contratual, a Contratada deverá garantir o pleno funcionamento dos equipamentos locados, realizando manutenção preventiva e corretiva sempre que necessário;

6.3.4. Em caso de falha, defeito ou mau funcionamento, a Contratada deverá realizar o atendimento técnico em até 24 (vinte quatro) hora após acionada e, quando necessário, providenciar a substituição do equipamento, de forma a não comprometer a continuidade dos atendimentos;

6.3.5. A Contratada deverá fornecer todos os acessórios, componentes e insumos necessários ao pleno funcionamento dos equipamentos, sem custos adicionais para a Secretaria Municipal de Saúde;

6.3.6. Sempre que necessário, a Contratada deverá orientar ou prestar suporte técnico à equipe da unidade de saúde quanto à correta utilização dos equipamentos.

7) DA DOCUMENTAÇÃO

Para estar tecnicamente habilitado a empresa deverá apresentar, obrigatoriamente, os seguintes documentos relativos à Habilitação:

I – Habilitação Jurídica

- a) Cédula de Identidade
- b) Registro Comercial

II – Habilitação Regularidade Fiscal

- a) Cartão do CNPJ
- b) Prova de Inscrição Estadual e Municipal
- c) Certidão Negativa de Débitos Receita Federal e contribuições sociais (INSS)
- d) Certidão Negativa de Débitos Receita Estadual débitos inscritos e não inscritos
- e) Certidão Negativa de Débitos Receita Municipal
- g) Certidão Negativa de Débitos FGTS
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho

III – Habilitação Econômica Financeira

- a) Certidão negativa de falências e concordatas
- b) Conta bancária

IV- Habilitação/qualificação técnica



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

- a) 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, relacionados à locação, fornecimento ou manutenção de equipamentos médicos e/ou hospitalares;
- b) Licença ou Alvará Sanitário vigente, expedido pelo órgão competente da vigilância sanitária estadual ou municipal, autorizando o funcionamento da empresa para as atividades relacionadas ao objeto da contratação;
- c) Comprovação de que os equipamentos ofertados possuem registro ou cadastro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, quando exigido pela legislação sanitária vigente;
- d) Declaração de que a empresa dispõe de assistência técnica especializada para realização de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos durante toda a vigência contratual;
- e) Declaração de que os equipamentos ofertados atendem às normas técnicas e sanitárias aplicáveis aos produtos para saúde e encontram-se em conformidade com a legislação vigente.

8) DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias contando da entrada definitiva da documentação ao Departamento Financeiro.

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;

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

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

CEP 18195-000 – Capela do Alto – SP

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.

9) DA FISCALIZAÇÃO

A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada pelo Gestor do Departamento de Saúde e Fiscal do Contrato designado pela Administração Municipal conforme requisitos estabelecidos no art. 7º da e art. 117º Lei nº 14.133/2021. Gestor do Contrato: Letícia de Cassia Cocenza Fidêncio e Fiscal do Contrato: Laura Cristina de Paula, Enfermeira RT do Pronto Atendimento.

10) ADEQUAÇÃO ORÇAMENTARIA

As despesas decorrentes da presente contratação 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.

Capela do Alto, 01 de julho de 2026.

LAURA CRISTINA DE PAULA
Enfermeira RT do Pronto Atendimento

LETÍCIA DE CASSIA COCENZA FIDÊNCIO
Secretária Municipal de Saúde



MUNICÍPIO DE CAPELA DO ALTO

PRACA SÃO FRANCISCO, Nº 26 - CENTRO - CNPJ: 46.634.077/0001-14

CAPELA DO ALTO/SP - CEP 18.195-000

FONE: (15) 3267-8800



CÓDIGO DE ACESSO

0FCCB03ECFCA41E49B9E9A8B7A9AED3D

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://capeladoalto.flowdocs.com.br:2053/public/assinaturas/0FCCB03ECFCA41E49B9E9A8B7A9AED3D>