ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

Código MV	LOTE	Descrição do MV	Quantidade
9155	01	MESA CIRÚRGICA ELÉTRICA, PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS: BASE FABRICADA EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, PODENDO SER REVESTIDA EM POLÍMERO ABS REFORÇADO, AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR. BASE MÓVEL COM RODÍZIOS DE NO MÍNIMO 3 E NO MÁXIMO 5 POLEGADAS DOTADA DE SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO, FIXAÇÃO E FREIOS MOTORIZADOS ACIONADOS ATRAVÉS DO PAINEL DE CONTROLE. COLUNA FABRICADA EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, PODENDO SER REVESTIDA EM POLÍMERO ABS REFORÇADO, AÇO INOXIDÁVEL AISI 304 OU MATERIAL SUPERIOR. CHASSIS: FABRICADO EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, COM SISTEMA QUE PROPORCIONE A BLINDAGEM CONTRA LÍQUIDOS DAS PARTES INTERNAS. LEITO ARTICULÁVEL, RADIOTRANSPARENTE, DIVIDIDO NO MÍNIMO EM 05 SECÇÕES (CABEÇA, DORSO, ASSENTO, RENAL E PERNEIRA RETRÁTEIS). RÉGUA EM AÇO INOXIDÁVEL PARA COLOCAÇÃO DE ACESSÓRIOS. CAPACIDADE DE CARGA MÍNIMA DE 220 KG NA POSIÇÃO ZERO. MOVIMENTOS MOTORIZADOS: REGULAGEM DE ALTURA A PARTIR DE 760 MM OU MENOR COM CURSO DE NO MÍNIMO 200MM DE ELEVAÇÃO, TRENDELEMBURG MÍNIMO DE 0 A 20 GRAUS, REVERSO DO TRENDELEMBURG MÍNIMO DE 0 A 20 GRAUS, LATERALIDADE NAS ANGULAÇÕES MÍNIMAS DE 0 A 18 GRAUS, DESLOCAMENTO LONGITUDINAL NA FAIXA MÍNIMA DE +/-300MM PARA CADA LADO E DORSO. OS MOVIMENTOS MOTORIZADOS DEVERÃO SER ACIONADOS POR PAINEL DE CONTROLE LOCALIZADO NA COLUNA DA MESA E VIA CONTROLE REMOTO COM CABO ESPIRALADO DE NO MÍNIMO 2M DE COMPRIMENTO. DEVE PERMITIR NO MÍNIMO AS SEGUINTES POSIÇÕES: RENAL; SEMIFLEXÃO DE PERNA E COXA; FLEXÃO ABDOMINAL; SEMISSENTADO E SENTADO. ACESSÓRIOS MÍNIMOS QUE ACOMPANHAM O EQUIPAMENTO:01 ARCO DE NARCOSE; 01 SUPORTE PARA RENAL; 01 PAR DE SUPORTES DE BRAÇO, 01PAR DE PORTA-COXA, 01 PAR DE SUPORTES LATERAIS, 01 PAR DE OMBREIRAS, 01 JOGO DE COLCHONETE INJETADO EM POLIURETANO, LEVE E DE FÁCIL MANIPULAÇÃO, IMPERMEÁVEL SEM NENHUM TIPO DE COSTURA OU REVESTIMENTO, BIOCOMPATÍVEL, NÃO IRRITANTE E NÃO ALÉRGICO. BATERIA INTERNA RECARREGÁVEL. ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA A SER DEFINIDA PELA ENTIDADE SOLICITANTE. REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CERTIFICADOS NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-2 E NBR IEC 60601-2-46.	06

Código MV	LOTE	Descrição do MV	Quantidade
9155	02	MESA CIRÚRGICA ELÉTRICA, PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS: BASE FABRICADA EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, PODENDO SER REVESTIDA EM POLÍMERO ABS REFORÇADO, AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR. BASE MÓVEL COM RODÍZIOS DE NO MÍNIMO 3 E NO MÁXIMO 5 POLEGADAS DOTADA DE SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO, FIXAÇÃO E FREIOS MOTORIZADOS ACIONADOS ATRAVÉS DO PAINEL DE CONTROLE. COLUNA FABRICADA EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, PODENDO SER REVESTIDA EM POLÍMERO ABS REFORÇADO, AÇO INOXIDÁVEL AISI 304 OU MATERIAL SUPERIOR. CHASSIS: FABRICADO EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, COM SISTEMA QUE PROPORCIONE A BLINDAGEM CONTRA LÍQUIDOS DAS PARTES INTERNAS. LEITO ARTICULÁVEL, RADIOTRANSPARENTE, DIVIDIDO NO MÍNIMO EM 05 SECÇÕES (CABEÇA, DORSO, ASSENTO, RENAL E PERNEIRA RETRÁTEIS). RÉGUA EM AÇO INOXIDÁVEL PARA COLOCAÇÃO DE ACESSÓRIOS. CAPACIDADE DE CARGA MÍNIMA DE 220 KG NA POSIÇÃO ZERO. MOVIMENTOS MOTORIZADOS: REGULAGEM DE ALTURA A PARTIR DE 760 MM OU MENOR COM CURSO DE NO MÍNIMO 200MM DE ELEVAÇÃO, TRENDELEMBURG MÍNIMO DE 0 A 20 GRAUS, REVERSO DO TRENDELEMBURG MÍNIMO DE 0 A 20 GRAUS, LATERALIDADE NAS ANGULAÇÕES MÍNIMAS DE 0 A 18 GRAUS, DESLOCAMENTO LONGITUDINAL NA FAIXA MÍNIMA DE +/-300MM PARA CADA LADO E DORSO. OS MOVIMENTOS MOTORIZADOS DEVERÃO SER ACIONADOS POR PAINEL DE CONTROLE LOCALIZADO NA COLUNA DA MESA E VIA CONTROLE REMOTO COM CABO ESPIRALADO DE NO MÍNIMO 2M DE COMPRIMENTO. DEVE PERMITIR NO MÍNIMO AS SEGUINTES POSIÇÕES: RENAL; SEMIFLEXÃO DE PERNA E COXA; FLEXÃO ABDOMINAL; SEMISSENTADO E SENTADO. ACESSÓRIOS MÍNIMOS QUE ACOMPANHAM O EQUIPAMENTO:01 ARCO DE NARCOSE; 01 SUPORTE PARA RENAL; 01 PAR DE SUPORTES DE BRAÇO, 01PAR DE PORTA-COXA, 01 PAR DE SUPORTES LATERAIS, 01 PAR DE OMBREIRAS, 01 JOGO DE COLCHONETE INJETADO EM POLIURETANO, LEVE E DE FÁCIL MANIPULAÇÃO, IMPERMEÁVEL SEM NENHUM TIPO DE COSTURA OU REVESTIMENTO, BIOCOMPATÍVEL, NÃO IRRITANTE E NÃO ALÉRGICO. BATERIA INTERNA RECARREGÁVEL. ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA A SER DEFINIDA PELA ENTIDADE SOLICITANTE. REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CERTIFICADOS NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-2 E NBR IEC 60601-2-46.	02

Código MV	LOTE	Descrição do MV	Quantidade
9155	03	MESA CIRÚRGICA ELÉTRICA, PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS: BASE FABRICADA EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, PODENDO SER REVESTIDA EM POLÍMERO ABS REFORÇADO, AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR. BASE MÓVEL COM RODÍZIOS DE NO MÍNIMO 3 E NO MÁXIMO 5 POLEGADAS DOTADA DE SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO, FIXAÇÃO E FREIOS MOTORIZADOS ACIONADOS ATRAVÉS DO PAINEL DE CONTROLE. COLUNA FABRICADA EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, PODENDO SER REVESTIDA EM POLÍMERO ABS REFORÇADO, AÇO INOXIDÁVEL AISI 304 OU MATERIAL SUPERIOR. CHASSIS: FABRICADO EM AÇO INOXIDÁVEL OU MATERIAL SUPERIOR, COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO, COM SISTEMA QUE PROPORCIONE A BLINDAGEM CONTRA LÍQUIDOS DAS PARTES INTERNAS. LEITO ARTICULÁVEL, RADIOTRANSPARENTE, DIVIDIDO NO MÍNIMO EM 05 SECÇÕES (CABEÇA, DORSO, ASSENTO, RENAL E PERNEIRA RETRÁTEIS). RÉGUA EM AÇO INOXIDÁVEL PARA COLOCAÇÃO DE ACESSÓRIOS. CAPACIDADE DE CARGA MÍNIMA DE 220 KG NA POSIÇÃO ZERO. MOVIMENTOS MOTORIZADOS: REGULAGEM DE ALTURA A PARTIR DE 760 MM OU MENOR COM CURSO DE NO MÍNIMO 200MM DE ELEVAÇÃO, TRENDELEMBURG MÍNIMO DE 0 A 20 GRAUS, REVERSO DO TRENDELEMBURG MÍNIMO DE 0 A 20 GRAUS, LATERALIDADE NAS ANGULAÇÕES MÍNIMAS DE 0 A 18 GRAUS, DESLOCAMENTO LONGITUDINAL NA FAIXA MÍNIMA DE +/-300MM PARA CADA LADO E DORSO. OS MOVIMENTOS MOTORIZADOS DEVERÃO SER ACIONADOS POR PAINEL DE CONTROLE LOCALIZADO NA COLUNA DA MESA E VIA CONTROLE REMOTO COM CABO ESPIRALADO DE NO MÍNIMO 2M DE COMPRIMENTO. DEVE PERMITIR NO MÍNIMO AS SEGUINTES POSIÇÕES: RENAL; SEMIFLEXÃO DE PERNA E COXA; FLEXÃO ABDOMINAL; SEMISSENTADO E SENTADO. ACESSÓRIOS MÍNIMOS QUE ACOMPANHAM O EQUIPAMENTO:01 ARCO DE NARCOSE; 01 SUPORTE PARA RENAL; 01 PAR DE SUPORTES DE BRAÇO, 01PAR DE PORTA-COXA, 01 PAR DE SUPORTES LATERAIS, 01 PAR DE OMBREIRAS, 01 JOGO DE COLCHONETE INJETADO EM POLIURETANO, LEVE E DE FÁCIL MANIPULAÇÃO, IMPERMEÁVEL SEM NENHUM TIPO DE COSTURA OU REVESTIMENTO, BIOCOMPATÍVEL, NÃO IRRITANTE E NÃO ALÉRGICO. BATERIA INTERNA RECARREGÁVEL. ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA A SER DEFINIDA PELA ENTIDADE SOLICITANTE. REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CERTIFICADOS NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-2 E NBR IEC 60601-2-46.	03

ANEXO II - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

Lote: 01

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito
	Mesa cirúrgica elétrica, para procedimentos cirúrgicos.	
Características técnicas mínimas:		
	Base fabricada em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, podendo ser revestida em polímero ABS reforçado, aço inoxidável ou material superior.	
	Base móvel com rodízios de no mínimo 3 e no máximo 5 polegadas dotada de sistema de movimentação, fixação e freios motorizados acionados através do painel de controle.	
	Coluna fabricada em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, podendo ser revestida em polímero ABS reforçado, aço inoxidável AISI 304 ou material superior.	
	.Chassis: fabricado em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, com sistema que proporcione a blindagem contra líquidos das partes internas.Leito articulável, radiotransparente, dividido no mínimo em 05 secções (cabeça, dorso, assento, renal e perneira retráteis).	
	Régua em aço inoxidável para colocação de acessórios.	
	Capacidade de carga mínima de 220 kg na posição zero.	
	Movimentos motorizados: regulagem de altura a partir de 760 mm ou menor com curso de no mínimo 200mm de elevação, trendelemburg mínimo de 0 a 20 graus, reverso do trendelemburg mínimo de 0 a 20 graus, lateralidade nas angulações mínimas de 0 a 18 graus, deslocamento longitudinal na faixa mínima de +/-300mm para cada lado e dorso.	
	Os movimentos motorizados deverão ser acionados por painel de controle localizado na coluna da mesa e via controle remoto com cabo espiralado de no mínimo 2m de comprimento.	

	Deve permitir no mínimo as seguintes posições: Renal; semiflexão de perna e coxa; Flexão abdominal; semissentado e sentado.	
Acessórios mínimos que acompanham o equipamento:		
	01 arco de narcose;	
	01 suporte para renal;	
	01 par de suportes de braço, 01par de porta-coxa, 01 par de suportes laterais, 01 par de ombreiras, 01 jogo de colchonete injetado em Poliuretano, leve e de fácil manipulação, impermeável sem nenhum tipo de costura ou revestimento, biocompatível, não irritante e não alérgico	
	Bateria interna recarregável. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.	
	Registro no Ministério da Saúde	
	Certificados NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-2 e NBR IEC 60601-2- 46.	

Lote: 02

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito
	Mesa cirúrgica elétrica, para procedimentos cirúrgicos.	
Características técnicas mínimas:		
	Base fabricada em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, podendo ser revestida em polímero ABS reforçado, aço inoxidável ou material superior.	
	Base móvel com rodízios de no mínimo 3 e no máximo 5 polegadas dotada de sistema de movimentação, fixação e freios motorizados acionados através do painel de controle.	
	Coluna fabricada em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, podendo ser revestida em polímero ABS reforçado, aço inoxidável AISI 304 ou material superior.	
	.Chassis: fabricado em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, com sistema que proporcione a blindagem contra líquidos das partes internas.Leito articulável, radiotransparente, dividido no mínimo em 05 secções (cabeça, dorso, assento, renal e perneira retráteis).	

	Régua em aço inoxidável para colocação de acessórios.	
	Capacidade de carga mínima de 220 kg na posição zero.	
	Movimentos motorizados: regulagem de altura a partir de 760 mm ou menor com curso de no mínimo 200mm de elevação, trendelemburg mínimo de 0 a 20 graus, reverso do trendelemburg mínimo de 0 a 20 graus, lateralidade nas angulações mínimas de 0 a 18 graus, deslocamento longitudinal na faixa mínima de +/-300mm para cada lado e dorso.	
	Os movimentos motorizados deverão ser acionados por painel de controle localizado na coluna da mesa e via controle remoto com cabo espiralado de no mínimo 2m de comprimento.	
	Deve permitir no mínimo as seguintes posições: Renal; semiflexão de perna e coxa; Flexão abdominal; semissentado e sentado.	
Acessórios mínimos que acompanham o equipamento:		
	01 arco de narcose;	
	01 suporte para renal;	
	01 par de suportes de braço, 01par de porta-coxa, 01 par de suportes laterais, 01 par de ombreiras, 01 jogo de colchonete injetado em Poliuretano, leve e de fácil manipulação, impermeável sem nenhum tipo de costura ou revestimento, biocompatível, não irritante e não alérgico	
	Bateria interna recarregável. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.	
	Registro no Ministério da Saúde	
	Certificados NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-2 e NBR IEC 60601-2- 46.	

Lote: 03

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito
	Mesa cirúrgica elétrica, para procedimentos cirúrgicos.	
Características técnicas mínimas:		

	Base fabricada em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, podendo ser revestida em polímero ABS reforçado, aço inoxidável ou material superior.	
	Base móvel com rodízios de no mínimo 3 e no máximo 5 polegadas dotada de sistema de movimentação, fixação e freios motorizados acionados através do painel de controle.	
	Coluna fabricada em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, podendo ser revestida em polímero ABS reforçado, aço inoxidável AISI 304 ou material superior.	
	.Chassis: fabricado em aço inoxidável ou material superior, com tratamento anti-corrosão, com sistema que proporcione a blindagem contra líquidos das partes internas.Leito articulável, radiotransparente, dividido no mínimo em 05 secções (cabeça, dorso, assento, renal e perneira retráteis).	
	Régua em aço inoxidável para colocação de acessórios.	
	Capacidade de carga mínima de 220 kg na posição zero.	
	Movimentos motorizados: regulagem de altura a partir de 760 mm ou menor com curso de no mínimo 200mm de elevação, trendelemburg mínimo de 0 a 20 graus, reverso do trendelemburg mínimo de 0 a 20 graus, lateralidade nas angulações mínimas de 0 a 18 graus, deslocamento longitudinal na faixa mínima de +/-300mm para cada lado e dorso.	
	Os movimentos motorizados deverão ser acionados por painel de controle localizado na coluna da mesa e via controle remoto com cabo espiralado de no mínimo 2m de comprimento.	
	Deve permitir no mínimo as seguintes posições: Renal; semiflexão de perna e coxa; Flexão abdominal; semissentado e sentado.	
Acessórios mínimos que acompanham o equipamento:		
	01 arco de narcose;	
	01 suporte para renal;	
	01 par de suportes de braço, 01par de porta-coxa, 01 par de suportes laterais, 01 par de ombreiras, 01 jogo de colchonete injetado em Poliuretano, leve e de fácil manipulação, impermeável sem nenhum tipo de costura ou revestimento, biocompatível, não irritante e não alérgico	

	Bateria interna recarregável. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.	
	Registro no Ministério da Saúde	
	Certificados NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-2 e NBR IEC 60601-2- 46.	

ANEXO III-TERMO DE ENTREGA PROVISÓRIA

Pelo presente Termo, as partes abaixo identificadas:

[NOME DA EMPRESA CONTRATADA], inscrita no CNPJ sob o nº **[CNPJ]**, com sede em **[ENDEREÇO COMPLETO]**, doravante denominada CONTRATADA, e o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), inscrito no CNPJ sob o nº 28.481.233/0001-72, doravante denominado **CONTRATANTE**, resolvem celebrar o presente Termo de Recebimento Provisório de Equipamentos Médicos-Hospitalares, com base nas condições abaixo especificadas.

1. **IdentificaçãodoEquipamento**
   - **Descrição:** [DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO]
   - **Modelo:** [MODELO]
   - **NúmerodeSérie:** [NÚMERO DE SÉRIE]
   - **Volume(s)/Caixa(s):** [QUANTIDADE DE CAIXAS/ VOLUMES]
   - **Nota Fiscal de Remessa:** [NÚMERO DA NOTA FISCAL]
   - **Data de Remessa:** [DATA DE REMESSA]

2. **CondiçõesdeEntrega**

   A **CONTRATADA** declara que a entregados volumesfoi realizadaemconformidade com a Nota Fiscal de Remessa nº **[NÚMERO DA NOTA FISCAL]**, e que os volumesentregues estão devidamente acondicionados e em conformidade com as especificações acordadas.

   A **CONTRATANTE** deverá conferir os volumes recebidos com a documentação de remessa, sendo que qualquer discrepância ou dano detectado no momento da entrega deverá ser comunicado imediatamente à **CONTRATADA** para as providências cabíveis.

3. **Condições de Entrega Provisória**

   Este termo estabelece que o recebimento dos volumes é provisório, condicionado à verificação da conformidade dos itens entregues com a Nota Fiscal e à instalação dos equipamentos, conforme os seguintes detalhes:

   A **CONTRATADA** compromete-se a realizar a instalaçãodos equipamentos no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de recebimento dos volumes. A instalação deverá ser realizada de acordo com as instruções técnicas e de segurança fornecidas pelo fabricante, bem como com os requisitos legais e normativos aplicáveis.

   A **CONTRATANTE** compromete-se a formalizar a aceitação definitiva dos equipamentos apenas após a instalação completa, realização de treinamentos e a verificação de que os equipamentos atendem aos requisitos técnicos estabelecidos.

4. **DeclaraçõesdasPartes**

   A **CONTRATADA** declara que a entrega dos volumes foi realizada conforme a Nota Fiscal de Remessa nº[NÚMERO DA NOTA FISCAL], e que os volumes entregues estão devidamente acondicionados e em conformidade com as especificações acordadas.

   A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer todo o suporte necessário durante o período de instalação e testes, garantindo que eventuais falhas ou ajustes sejam corrigidos dentro do prazo acordado.

   A **CONTRATANTE** declara que, ao receber os volumes, verificará a integridade dos itens,conferindo-os com a documentação fiscal, e que qualquer divergência ou avaria

Identificada deverá ser comunicada à CONTRATADA no prazo máximo de24 (vinte e quatro) horas corridas.

- A **CONTRATANTE** compromete-se a informar a CONTRATADA sobre a necessidade de ajustes, correções ou manutenções dos equipamentos durante o período de instalação e testes, colaborando para a conclusão bem sucedida do processo de recebimento.

LocaleData:
[**CIDADE**], [**DIA**] de [**MÊS**] de [**ANO**].

Assinaturas:

_____	_____
Representante da Contratada Nome: **[NOME DO REPRESENTANTE]** Cargo: **[CARGO]** CPF: **[CPF]**	Representante da Contratante Nome: **[NOME DO REPRESENTANTE]** Cargo: **[CARGO]** CPF: **[CPF]**

ANEXO IV – TERMO DE RECEBIMENTO PROVISÓRIO

[NOME DA EMPRESA CONTRATADA], inscrita no CNPJ sob o nº **[CNPJ]**, com sede em [ENDEREÇO COMPLETO], doravante denominada "CONTRATADA", e Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), inscrita no CNPJ sob o nº 28.481.233/0001-72, doravante denominada "CONTRATANTE", firmam o presente Termo de Recebimento Provisório de Equipamento Médico-Hospitalar nas seguintes condições:

1. **Identificação do Equipamento**
   - **Descrição:** [DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO]
   - **Modelo:** [MODELO]
   - **Número de Série:** [NÚMERO DE SÉRIE]
   - **Data de Recebimento:** [DATA DO RECEBIMENTO]

2. **Condições de Entrega e Instalação**
   - O equipamento foi entregue e instalado pela CONTRATADA na unidade **[UNIDADE]**, setor **[SETOR]**.
   - A instalação foi realizada conforme os procedimentos técnicos e de segurança estabelecidos pelo fabricante e os instrumentos normativos e legais relacionados;

3. **Período de Avaliação**
   - A CONTRATANTE declara que o equipamento foi recebido e instalado, porém o aceite final está condicionado à aprovação durante o período de avaliação, que terá duração de **15 (quinze) dias corridos** contados a partir da data de emissão deste Termo.
   - Durante esse período, o equipamento será submetido a testes operacionais e avaliação de desempenho para verificar a conformidade com as especificações contratuais e técnicas.
   -

4. **Condições do Recebimento Provisório**
   - Este termo **não implica no aceite definitivo do equipamento**, sendo a CONTRATADA responsável por corrigir eventuais falhas ou irregularidades identificadas durante o período de avaliação.
   - A CONTRATANTE compromete-se a formalizar o recebimento definitivo aotérmino do período de avaliação, caso o equipamento atenda plenamente aos requisitos contratuais e técnicos.
   -

5. **DeclaraçõesdasPartes**
   - A CONTRATADA declara que está ciente de suas responsabilidades durante o período de avaliação, incluindo suporte técnico, manutenção corretiva e eventuais ajustes necessários.
   - A CONTRATANTE compromete-se a comunicar à CONTRATADA qualquer problema identificado durante o uso do equipamento no prazo máximo de **24 (vinte e quatro) horas corridas** após sua ocorrência.

Local e Data:
[**CIDADE**], [**DIA**] de [**MÊS**] de [**ANO**].

Assinaturas:

Representante da Contratada Nome: **[NOME DO REPRESENTANTE]** Cargo: **[CARGO]** CPF :**[CPF]**	Representante da Contratante Nome: **[NOME DO REPRESENTANTE]** Cargo: **[CARGO]** CPF :**[CPF]**

ANEXO V – TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO

[NOME DA EMPRESA CONTRATADA], inscrita no CNPJ sob o nº **[CNPJ]**, com sede em **[ENDEREÇO COMPLETO]**, doravante denominada "CONTRATADA", e Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), inscrita no CNPJ sob o nº 28.481.233/0001- 72, doravante denominada "CONTRATANTE", firmam o presente Termo de Recebimento Definitivo de Equipamento Médico-Hospitalar nas seguintes condições:

1. **Identificação do Equipamento**
   - **Descrição:** [DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO]
   - **Modelo:** [MODELO]
   - **Número de Série:** [NÚMERO DE SÉRIE]
   - **Data de Entrega e Instalação:** [DATA]
2. **Condições do Recebimento**
   - A CONTRATANTE declara que o equipamento foi entregue, instalado e devidamente configurado pela CONTRATADA no local indicado, conforme especificações contratuais.
   - O equipamento foi submetido ao período de avaliação, com duração de **15 (quinze)diascorridos**,duranteo qual foram realizados os testes operacionais e as análises técnicas necessárias para validar seu desempenho.
3. **Declaração de Conformidade**
   - A CONTRATANTE confirma que o equipamento atende plenamente às condições e especificações descritas no Contrato nº **[NÚMERO DO CONTRATO]** e em seus apêndices.
   - Não foram identificadas falhas, defeitos ou irregularidades que comprometam o uso do equipamento para sua finalidade.
4. **AceiteDefinitivo**
   - Mediante o cumprimento integral das obrigações contratuais e técnicas, a CONTRATANTE formaliza o **aceite definitivo** do equipamento, encerrando o período de avaliação e finalizando o processo de recebimento, conforme o contrato firmado entre as partes.
   - A CONTRATADA permanece responsável pelas obrigações de garantia, manutençãoe suporte técnico, conforme os prazos e condições estipulados no contrato.

LocaleData:
[**CIDADE],** [**DIA**] de [**MÊS**] de [**ANO**].

Assinaturas:

_____	_____
Representante da Contratada Nome:**[NOME DO REPRESENTANTE]** Cargo:**[CARGO]** CPF:**[CPF]**	Representante da Contratante Nome:**[NOME DO REPRESENTANTE]** Cargo:**[CARGO]** CPF:**[CPF]**