ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

LOTE 01	CÓDIGO MV	DESCRITIVO	QUANTIDADE
1	15729	**Cama Elétrica Hospitalar** **1. Finalidade** Cama hospitalar elétrica tipo Fawler, destinada à acomodação de pacientes adultos em enfermarias, apartamentos de internação e áreas hospitalares similares. **2. Estrutura Física** Estrutura da base e estrado em aço carbono ou material superior, com pintura eletrostática. Para-choques de proteção em todas as quinas laterais. Capacidade de carga segura mínima de 200 kg. **3. Dimensões** Dimensões internas mínimas do leito: 2000 mm x 1000 mm (±10%) Dimensões externas mínimas da cama: 2200 mm x 1100 mm a 1300mm (±10%). Altura mínima do leito ao chão em posição mais baixa: 45 cm. **4. Mobilidade e Rodízios** Base com 4 rodízios duplos de no mínimo 15 cm (6"), com carenagem protetora. Sistema de frenagem mecânico com comando único em pelo menos 2 rodízios. Freios com 3 estágios: livre, acionado e direcional. Rodízios posicionados fora da zona de saída do leito. **5. Grades e Cabeceiras** Grades laterais bipartidas em termoplástico resistente com sistema de liberação. Cabeceira e peseira removíveis, com pegas vazadas. Superfície rígida para massagem cardíaca (RCP).	**24**

6. Movimentos e Articulações

Estrutura do leito composta por dorso, assento, e encosto para pernas em duas seções.

Movimentos obrigatórios (todos elétricos):

Altura

Dorso

Fawler

Flexão de joelhos

Posição cadeira

Trendelemburg

Próclive (mínimo 12º)

Articulação simultânea da cabeceira e joelhos para minimizar deslizamento corporal.

7. Comandos e Segurança

Mínimo de 3 motores elétricos.

Mínimo de 2 controles com membrana iconográfica (botoeiras), internos e/ou na peseira.

Controles internos com possibilidade de bloqueio da elevação de altura.

Acesso externo deve permitir todos os movimentos previstos.

Dispositivo de parada de emergência.

Sistema de bloqueio de comandos elétricos.

Alça bilateral de RCP com destravamento mecânico.

8. Recursos e Funcionalidades Adicionais

Extensão vertical (mínimo 12 cm), elétrica.

Indicador visual externo de ângulo Trend/Próclive nas grades.

Fixação do colchão em todos os perfis do estrado.

Ganchos para bolsas de drenagem.

Suporte para soro, cilindro de O_2 e haste com trapézio.

Luz noturna integrada.

Classe de proteção mínima: IPX4.

Alimentação elétrica: 220V – 60 Hz ou bivolt automático (padrão ABNT NBR 14136).

Bateria de backup/reserva integrada.

9. Colchão Técnico Incluso

Características Gerais:

Registro válido na ANVISA (ou homologação pelo fabricante da cama).

Suporte de carga: ≥ 180 kg.

Densidade ≥ D40

Compatível com estrutura da cama.

Características Técnicas:

Tecnologia passiva de redistribuição anatômica de pressão.

Livre de látex, antichama, permite RCP.

Espuma em poliuretano e/ou viscoelástico de alta resistência.

Mínimo de 3 zonas de redistribuição de pressão.

Recomendado para risco de escaras grau 1 e/ou 2 (NPIAP).

Possibilidade de rotação cabeça/pés ou lateral.

Capa de Revestimento:

Em poliuretano, poliéster ou nylon.

		Bidirecional, respirável, impermeável a líquidos, antimicrobiana e antichama. Costura protegida contra líquidos, com zíper oculto ou costura selada. **Complementos:** Inclusão de coxins compatíveis com extensão do leito, do mesmo fabricante ou homologados. **Garantia do colchão:** Mínimo de 24 meses (espuma e capa), conforme instruções de uso e higienização. **10. Acessórios Inclusos** 01 (um) suporte de soro. 01 (um) suporte de cilindro de oxigênio. Demais acessórios indispensáveis ao funcionamento completo do equipamento. **11. Conformidade Regulatória** Normas obrigatórias: ABNT NBR IEC 60601-2-52 ABNT NBR IEC 60601-1 ABNT NBR IEC 60601-1-2 ABNT NBR IEC 60601-1-6 Outras normas aplicáveis não citadas. Registro ANVISA da cama e do colchão Garantia mínima do equipamento e acessórios: 24 (vinte e quatro) meses.	

ANEXO II - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

MODELO DE COMPROVAÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E PROPOSTA DE PREÇOS

Nomeda Empresa:	
CNPJ:	
Endereço:	
Responsável pela proposta:	
Telefone:	
E-mail:	

Ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

Prezados Senhores,

Apresentamos nossa proposta para fornecimento de equipamentos médicos destinados à composição da nova sala de procedimentos do serviço de hemodinâmica do **Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF),** em apoio à expansão e modernização do referido serviço. O valor global da proposta é de R$ _____**.**

Declaramos expressamente que os itens e acessórios fornecidos estão em plena conformidade com as especificações técnicas exigidas, sendo devidamente referenciados de acordo com os tópicos e subtópicos descritos no manual de instruções do equipamento, e devidamente identificados nas tabelas de lotes apresentadas a seguir:

Cama Elétrica Hospitalar: O EQUIPAMENTO DEVE SER ACOMPANHADO NO MINIMO DOS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:		
ITEM	**DESCRITIVO TÉCNICO**	**Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito**
1	**1. Finalidade**	
2	Cama hospitalar elétrica tipo Fawler, destinada à acomodação de pacientes adultos em enfermarias, apartamentos de internação e áreas hospitalares similares.	
3	**2. Estrutura Física**	
4	Estrutura da base e estrado em aço carbono ou material superior, com pintura eletrostática.	
5	Para-choques de proteção em todas as quinas laterais.	
6	Capacidade de carga segura mínima de 200 kg	
7	**3. Dimensões**	

8	Dimensões internas mínimas do leito: 2000 mm x 1000 mm (±10%)	
9	Dimensões externas mínimas da cama: 2200 mm x 1100 mm a 1300mm (±10%).	
10	Altura mínima do leito ao chão em posição mais baixa: 45 cm.	
11	**4. Mobilidade e Rodízios**	
12	Base com 4 rodízios duplos de no mínimo 15 cm (6"), com carenagem protetora.	
13	Sistema de frenagem mecânico com comando único em pelo menos 2 rodízios.	
14	Freios com 3 estágios: livre, acionado e direcional.	
15	Rodízios posicionados fora da zona de saída do leito.	
16	**5. Grades e Cabeceiras**	
17	Grades laterais bipartidas em termoplástico resistente com sistema de liberação.	
18	Cabeceira e peseira removíveis, com pegas vazadas.	
19	Superfície rígida para massagem cardíaca (RCP).	
20	**6. Movimentos e Articulações**	
21	Estrutura do leito composta por dorso, assento, e encosto para pernas em duas seções.	
22	Movimentos obrigatórios (todos elétricos):	
23	Altura	
24	Dorso	
25	Fawler	
26	Flexão de joelhos	
27	Posição cadeira	
28	Trendelemburg	
29	Próclive (mínimo 12º)	
30	Articulação simultânea da cabeceira e joelhos para minimizar deslizamento corporal.	
31	**7. Comandos e Segurança**	

32	Mínimo de 3 motores elétricos.	
33	Mínimo de 2 controles com membrana iconográfica (botoeiras), internos e/ou na peseira.	
34	Controles internos com possibilidade de bloqueio da elevação de altura.	
35	Acesso externo deve permitir todos os movimentos previstos.	
36	Dispositivo de parada de emergência.	
37	Sistema de bloqueio de comandos elétricos.	
38	Alça bilateral de RCP com destravamento mecânico.	
39	**8. Recursos e Funcionalidades Adicionais**	
40	Extensão vertical (mínimo 12 cm), elétrica.	
41	Indicador visual externo de ângulo Trend/Próclive nas grades.	
42	Fixação do colchão em todos os perfis do estrado.	
43	Ganchos para bolsas de drenagem.	
44	Suporte para soro, cilindro de O_2 e haste com trapézio.	
45	Luz noturna integrada.	
46	Classe de proteção mínima: IPX4.	
47	Alimentação elétrica: 220V – 60 Hz ou bivolt automático (padrão ABNT NBR 14136).	
48	Bateria de backup/reserva integrada.	
49	**9. Colchão Técnico Incluso**	
50	**Características Gerais:**	
51	Registro válido na ANVISA (ou homologação pelo fabricante da cama).	
52	Suporte de carga: ≥ 180 kg.	
53	Densidade ≥ D40	
54	Compatível com estrutura da cama.	
55	**Características Técnicas:**	

56	Tecnologia passiva de redistribuição anatômica de pressão.	
57	Livre de látex, antichama, permite RCP.	
58	Espuma em poliuretano e/ou viscoelástico de alta resistência.	
59	Mínimo de 3 zonas de redistribuição de pressão.	
60	Recomendado para risco de escaras grau 1 e/ou 2 (NPIAP).	
61	Possibilidade de rotação cabeça/pés ou lateral.	
62	**Capa de Revestimento:**	
63	Em poliuretano, poliéster ou nylon.	
64	Bidirecional, respirável, impermeável a líquidos, antimicrobiana e antichama.	
65	Costura protegida contra líquidos, com zíper oculto ou costura selada.	
66	**Complementos:**	
67	Inclusão de coxins compatíveis com extensão do leito, do mesmo fabricante ou homologados.	
68	**Garantia do colchão:**	
69	Mínimo de 24 meses (espuma e capa), conforme instruções de uso e higienização.	
70	**10. Acessórios Inclusos**	
71	01 (um) suporte de soro.	
72	01 (um) suporte de cilindro de oxigênio.	
73	Demais acessórios indispensáveis ao funcionamento completo do equipamento.	
74	**11. Conformidade Regulatória**	
75	Normas obrigatórias:	
76	ABNT NBR IEC 60601-2-52	
77	ABNT NBR IEC 60601-1	
78	ABNT NBR IEC 60601-1-2	
79	ABNT NBR IEC 60601-1-6	

80	Outras normas aplicáveis não citadas.	
81	Registro ANVISA da cama e do colchão	
82	Garantia mínima do equipamento e acessórios: 24 (vinte e quatro) meses.	

Obs.:1. A proponente deverá preencher exclusivamente o quadro referente ao(s) lote(s) para o(s) qual(is) pretende apresentar proposta, permanecendo em branco os quadros relativos aos demais lotes.

a) Forneceremos os equipamentos em conformidade com os requisitos e normas vigentes, já prevendo encargos e/ou impostos, pelo preço global contratado;

b) Concordamos integralmente e sem qualquer restrição, com as condições da referida Seleção de Fornecedores, expressas no Ato, Anexos, Encartes e Aviso de Convocação respectiva;

c) Temos pleno conhecimento do local onde serão entregues os equipamentos, objeto deste Ato, para o fiel cumprimento das condições de garantia que oferecemos;

d) Serão de nossa responsabilidade todos os custos relativos à execução/enterga do objeto deste Ato, inclusive as obrigações e/ou encargos trabalhistas com o pessoal;

e) Manteremos válidas e imutáveis todas as condições desta proposta pelo prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados da data de abertura das propostas.

Por fim, informamos que o signatário desta proposta está devidamente autorizado e habilitado a prestar ao **IGESDF** quaisquer esclarecimentos ou informações complementares que se façam necessários, em conformidade com as exigências do presente processo..

E por ser verdade, assina a presente declaração sob as penas da lei.

[Local], ____de _____de2024

_____

[NomedoRepresentanteLegal–Cargo–RG-CPF]

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. **Identificação do Equipamento**
   - **Descrição:** [DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO]
   - **Modelo:** [MODELO]
   - **Número de Série:** [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. **Condições de Entrega**
   - A **CONTRATADA** declara que a entrega dos volumes foi realizada em conformidade com 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 **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 instalação dos 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. **Declarações das Partes**
   - 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 de 24 (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.

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 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 ao término do período de avaliação, caso o equipamento atenda plenamente aos requisitos contratuais e técnicos.
   -

5. **Declarações das Partes**
   - 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) dias corridos**, durante o 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. **Aceite Definitivo**
   - 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, manutenção e suporte técnico, conforme os prazos e condições estipulados no contrato.

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 VI – MODELO PARA TERMO DE VISITA TÉCNICA

Modelo para Termo de Visita Técnica (Para preenchimento da participante)

DECLARAÇÃO FORMAL DE VISTORIA

[Nome do Representante Legal – Cargo – RG - CPF]

_____ (nome empresarial da participante), inscrita no CNPJ sob o n° _____ com sede à _____ _____ (endereço completo), por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr. (a) _____, infra-assinado, portador (a) da Carteira de Identidade n°_____ e do CPF/MF n° _____, para fins, DECLARA, expressamente que visitou as áreas da Unidade _____ - IGESDF a fim de inspecionar as instalações e realizar vistoria técnica das áreas prediais e local destinado à instalação do objeto deste elemento técnico, obtendo o conhecimento de todos os detalhes, informações e condições necessárias à elaboração da proposta e SE COMPROMETE a prestar fielmente os serviços nos termos do Edital, do Elemento Técnico e dos demais anexos que compõem o processo nº _____.

LOCAL, ___ de _____ de _____

_____
[Nome do Representante Legal – Cargo – RG – CPF]
Assinatura e Carimbo do Representante Legal

_____
[Nome do Representante do IGE-DF – Cargo – RG – CPF]
Assinatura e Carimbo do Representante do IGESDF