ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

LOTE	ESPECIFICAÇÃO	CÓD MV
1	**OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL** OS OXÍMETROS DE PULSO MONITORAM DE FORMA NÃO INVASIVA A SPO2 (GERALMENTE EXPRESSA COMO UMA PORCENTAGEM [POR EXEMPLO, 70% A 100%]) DA HEMOGLOBINA ARTERIAL MEDINDO AS ALTERAÇÕES NA ABSORÇÃO DE LUZ RESULTANTES DAS PULSAÇÕES DO FLUXO SANGUÍNEO ARTERIAL. SEU USO PERMITE O MONITORAMENTO CONTÍNUO E INSTANTÂNEO DA OXIGENAÇÃO E DA FREQUÊNCIA DE PULSO, PODE FORNECER DETECÇÃO PRECOCE DE HIPÓXIA ANTES QUE OUTROS SINAIS, COMO CIANOSE, SEJAM OBSERVADOS, E PODE REDUZIR A FREQUÊNCIA DE PUNÇÃO ARTERIAL E GASOMETRIA LABORATORIAL. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE NO MÍNIMO 02 ANOS; DEVERÃO ESTAR INCLUSOS NO VALOR FINAL DA PROPOSTA O FRETE DE ENTREGA CARACTERÍSTICAS GERAIS: CARCAÇA DO EQUIPAMENTO DEVERÁ SER EM MATERIAL RESISTENTE AO USO E AO TEMPO; PERMITIR QUE OS SENSORES SEJAM POSICIONADOS NAS EXTREMIDADES DAS MÃOS OU DOS PÉS; · CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: DISPLAY DIGITAL, LCD OU LED, COM TAMANHO DE NO MÍNIMO 2,8 POLEGADAS E QUE PERMITA VISUALIZAÇÃO DA CURVA PLETISMOGRÁFICA; O EQUIPAMENTO DEVERÁ DISPOR DE SENSORES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS E ADULTOS; A UNIDADE DEVERÁ POSSUIR ALARMES VISUAIS E SONOROS AJUSTÁVEIS PARA SPO2 E FREQUÊNCIA CARDÍACA DE PULSO; FAIXA DE MEDIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO DE 0 A 100%, COM PRECISÃO DE PELO MENOS ±3% FAIXA DE MEDIDA DE FREQUÊNCIA DE PULSO: 25 A 240 PULSOS POR MINUTO, COM PRECISÃO DE PELO MENOS 5 BPM; APRESENTAR INDICADORES VISUAIS PARA QUALIDADE DE PULSO; APRESENTAR ALARMES POR MEIO DE INDICADORES VISUAIS E/OU SONOROS; PERMITIR SILENCIAR TEMPORARIAMENTE O ALARME; APRESENTAR SIMULTANEAMENTE EM TELA A INDICAÇÃO NUMÉRICA DOS VALORES DE SATURAÇÃO E PULSO, OS NÍVEIS AJUSTADOS DE ALARME PARA SATURAÇÃO E PULSO, A CURVA PLETISMOGRÁFICA E BARRA DE PULSAÇÃO; O EQUIPMENTO DEVERÁ INDICAR BATERIA COM CARGA BAIXA; A UNIDADE DEVERÁ DISPOR DE PELO MENOS 70 HORAS DE MEMÓRIA PARA ARMAZENAMENTO (PRESUMINDO UM FUNCIONAMENTO CONTÍNUO);	8609

	ALIMENTAÇÃO: ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA BIVOLT AUTOMÁTICO; BATERIA INTERNA RECARREGÁVEL COM AUTONOMIA MÍNIMA DE 30 MINUTOS; **ACESSÓRIOS E OUTROS ITENS** 02 (DOIS) SENSORES DE OXIMETRIA TAMANHO ADULTO; 02 (DOIS) SENSORES DE OXIMETRIA TAMANHO PEDIÁTRICO; 01 (UM) CABO DE ENERGIA ELÉTRICA; 01 CONJUNTO DE BATERIA RECARREGÁVEL; 01 CARREGADOR/ FONTE DE ALIMENTAÇÃO, TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO DE 220V – 60 HZ, OU BIVOLT AUTOMÁTICO.	
2	**CARDIOVERSOR** CARDIOVERSOR BIFÁSICO COM ECG, DEA E MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO DISPOR DE TELA COM NO MÍNIMO 6,5"(POLEGADAS); APRESENTAÇÃO DE NO MÍNIMO 2 (DOIS) TRAÇADOS DE ELETROCARDIOGRAMA NA TELA; O SOFTWARE DEVERÁ ESTAR EM IDIOMA PORTUGUÊS DO BRASIL; TRAZER IMPRESSORA INCORPORADA AO EQUIPAMENTO; TECNOLOGIA DE DESFIBRILAÇÃO BIFÁSICA; POSSUIR DESFIBRILAÇÃO MANUAL; DISPOR DE DESFIBRILAÇÃO SINCRONIZADA (CARDIOVERSÃO); OFERECER MONITORAÇÃO DA FREQÜÊNCIA CARDÍACA (FC); POSSUIR DESFIBRILAÇÃO AUTOMÁTICA (DEA); TER ESTIMULAÇÃO EXTERNA (MARCA- PASSO EXTERNO). **ELETROCARDIOGRAMA (FC)**	5473

DEVERÁ ACOMPANHAR O EQUIPAMENTO, NO MÍNIMO:

01 (UM) CABO DE ECG DE 5 VIAS;

01 (UM) PAR DE PÁS ADESIVAS;

01(UM) ROLO DE PAPEL PARA REGISTRO

MARCA- PASSO EXTERNO TRANSCUTÂNEO

MODOS: MODOS FIXO E MODO DEMANDA;

PÁS PARA DESFIBRILAÇÃO: ADULTO /PEDIÁTRICA COMUTÁVEL;

EXIBIR INFORMAÇÃO DE NÍVEL CONTATO (IMPEDÂNCIA);

BOTÃO PARA ACIONAR O CARREGAMENTO E BOTÃO PARA EFETUAR O DISPARO DA CARGA;

DESCRIÇÃO OU FIGURAS ILUSTRATIVAS PARA INDICAR ONDE DEVEM SER POSICIONADAS AS PÁS NO PACIENTE.

DEVERÁ ANULAR CARGA 30(TRINTA) SEGUNDOS APÓS O CARREGAMENTO SE O CHOQUE NÃO FOR APLICADO;

BOTÃO GIRATÓRIO OU SEMELHANTE PARA AJUSTES DA CARGA;

DEVERÁ FAZER O CARREGAMENTO EM SUA CARGA MÁXIMA EM NO MÁXIMO 6 (SEIS) SEGUNDOS;

PESO MÁXIMO ADMISSÍVEL COM BATERIA E PÁS (ADULTO\ PEDIÁTRICA) 6,5KG (SEIS QUILOS E QUINHENTOS GRAMAS).

BATERIA DE ÍON DE LÍTIO RECARREGÁVEL, COM AUTONOMIA DE 2,5H (DUAS HORAS E TRINTA MINUTOS) OU SUPERIOR.

ARMAZENAMENTO DE DADOS CRÍTICOS AUTOMATICAMENTE;

CAPACIDADE DE ARMAZENAR NO MÍNIMO 6 (SEIS) HORAS CONTÍNUAS DE FORMAS DE ONDA ECG E EVENTOS.

AJUSTE DE CARGA, PELO MENOD DE, 0 (ZERO) A 200 (DUZENTOS) JOULES

TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 220VAC OU BIVOLT AUTOMÁTICO;

PLUGUE PADRÃO NOVO ABNT NBR 14136;

DOCUMENTAÇÃO:

MANUAL OPERACIONAL E TÉCNICO EM PORTUGUÊS (BR);

	ESTAR EM CONFORMIDADE COM AS NORMAS: NBRIEC60601-2-4 DE 03/2022 E NBRIEC 60601-1 DE 01/2022; POSSUIR REGISTRO DA ANVISA VIGENTE E NÃO TEMPORÁRIO	
3	**MONITOR DE SINAIS VITAIS PARA TRIAGEM** MONITOR DE SINAIS VITAIS PARA TRIAGEM DE PACIENTES PEDIÁTRICOS, ADULTOS E NEONATAIS. O EQUIPAMENTO DEVERÁ DISPOR DOS SEGUINTES ITENS: DEVE PERMITIR A MONITORIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL; MONITOR DE SINAIS VITAIS PARA TRIAGEM POSSUIR CAPACIDADE DE ENTRADA MANUAL DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE (PESO, ALTURA, NÚMERO DE REGISTRO) E IDS DE USUÁRIOS; POSSUIR POSSIBILIDADE DE CONEXÃO COM LEITOR PARA ENTRADA AUTOMÁTICA DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE E IDS DE USUÁRIO; POSSUIR ALARMES AUDIOVISUAIS COM LIMITES AJUSTÁVEIS; POSSUIR NO MÍNIMO OS MODOS DE MONITORAMENTO CONTÍNUO E TRIAGEM/PONTUAL; EXIBIÇÃO SIMULTÂNEA NA TELA DE TODOS OS PARÂMETROS FISIOLÓGICOS; PROTEÇÃO PARA DESFIBRILAÇÃO E ELETROCIRURGIA; FREQUÊNCIA DE PULSO, DERIVADA DE UMA MEDIDA DE OXIMETRIA DE PULSO OU PRESSÃO NÃO INVASIVA ADULTO (PNI), COM POSSIBILIDADE PARA ALTERAR ORIGEM DO PULSO, COM APRESENTAÇÃO DE CURVA PLETISMOGRÁFICA; FAIXA DE FREQUÊNCIA DE PULSO COM ALARMES PARA PULSO ALTO E PULSO BAIXO; MONITORAÇÃO DE PRESSÃO NÃO INVASIVA ADULTO (PNI) PELO MÉTODO OSCILOMÉTRICO, COM ACIONAMENTO MANUAL E AUTOMÁTICO COM INTERVALOS DE MEDIÇÕES PROGRAMADOS PELO USUÁRIO; MONITORAÇÃO DE PRESSÃO CONFIGURÁVEL PARA PACIENTES ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL. MEDIÇÃO DE PRESSÃO DIASTÓLICA, SISTÓLICA E MÉDIA COM INDICAÇÃO NO DISPLAY DOS VALORES LIDOS COM RESPECTIVA UNIDADE DE MEDIDA(MMHG), ALARMES PARA ALTA E BAIXA PRESSÃO ARTERIAL; MONITORAÇÃO CONTINUA DE OXIMETRIA DE PULSO (SPO2), COM APRESENTAÇÃO DE CURVA PLETIMOSGRÁFICA, COM TEMPO DE RESPOSTA DE NO MÁXIMO 10 SEGUNDOS. ALARMES PARA ALTA E BAIXA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO; POSSUIR ALARME AUDIOVISUAL PARA DESCONEXÃO OU FALHA DO SENSOR; DEVE POSSUIR SENSOR/SONDA DE TEMPERATURA INFRAVERMELHO SEM CONTANTO E SEM NECESSIDADE DE INSUMOS PARA FUNCIONAMENTO; POSSUIR ALARMES PARA ALTA E BAIXA TEMPERATURA AJUSTÁVEIS. POSSUIR SUPORTE PARA SONDA/SENSOR DE TEMPERATURA INTEGRADO AO MONITOR;	9482

MEMÓRIA PARA ACOMPANHAR TENDÊNCIAS DOS PARÂMETROS;

POSSUIR: PORTA USB, PORTA ETHERNET RJ-45

POSSUIR PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO HL7;

POSSUIR CONEXÃO DE SEDE SEM FIO;

SOFTWARE EM PORTUGUÊS;

POSSUIR IMPRESSORA TÉRMICA PARA IMPRESSÃO DOS REGISTROS DO PACIENTE EM FICHA INDIVIDUAL POR PACIENTE NO MODO DIAGNÓSTICO/TRIAGEM;

POSSUIR INDICAÇÃO PARA EQUIPAMENTO LIGADO EM REDE ELÉTRICA E BATERIA; POSSUIR INDICAÇÃO PARA BATERIA DE EMERGÊNCIA COM BAIXA CARGA;

BATERIA COM AUTONOMIA DE NO MÍNIMO 2 HORAS;

TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA 220V/AC, 60 HZ OU BIVOLT AUTOMÁTICO.

DEVERÁ ACOMPANHAR OS SEGUINTES ACESSÓRIOS:

• 01 (UM) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO ADULTO TIPO CLIP;

• 01 (UM) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO INFANTIL TIPO Y;

• 01 (UM) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO NEONATAL;

• 01 (UM) SENSOR/SONDA DE TEMPERATURA REUTILIZÁVEL;

•01 (UMA) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE NEONATAL;

• 01 (UMA) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE PEDIÁTRICO;

• 01 (UMA) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE ADULTO;

• 01 (UM) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE OBESO.

• 01 (CAIXA) DE BOBINAS DE PAPEL PARA IMPRESSÃO DE EXAMES;

• 01 (UM) CABO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA;

• 01 (UM) SUPORTE COM RODÍZIOS COM FREIOS E COM TRAVA PARA APOIAR MONITOR.*

DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, PRÉ-CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO

	CONJUNTO OFERTADO. O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER AS NORMATIVAS VIGENTES.	
4	**MONITOR MULTIPARÂMETRO ESTRUTURA MISTA OU MODULAR 12" COM SUPORTE** MONITOR MULTIPARAMÉTROS HIBRIDO COM 5(CINCO) PARÂMETROS BÁSICOS (ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP), DEVERÁ DISPOR MINIMAMENTE DOS SEGUINTES ITENS: TELA DE NO MÍNIMO 12 POLEGADAS E RESOLUÇÃO DE NO MÍNIMO 1024X768 PONTOS COM DISPLAY COLORIDO, TELA PLANA, LCD; POSSUIR OPERAÇÃO POR MEIO DE TELA SENSÍVEL AO TOQUE (TOUCHSCREEN); DEVE POSSUIR CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO COM CENTRAL DE MONITORIZAÇÃO; POSSUIR ALARMES AUDIOVISUAIS; DEVERÁ SER MODULAR PERMITINDO A TROCA, INSERÇÃO E RETIRADA PELO USUÁRIO; DEVE POSSUIR CAPACIDADE DE ADIÇÃO DE MÓDULOS EXTERNOS OPCIONAIS; MONITORIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS E NEONATAIS, POR MEIO DE SELEÇÃO; POSSUIR ENTRADA USB PARA EXPORTAÇÃO DE DADOS; POSSIBILIDADE DE COMUNICAÇÃO COM SISTEMA HOSPITALAR (HIS) PELO PROTOCOLO HL7, SEM ÔNUS À CONTRATANTE; APRESENTAÇÃO DE NO MÍNIMO 07 (SETE) CURVAS SIMULTANEAMENTE E TODOS OS DADOS ALFANUMÉRICOS DISPONÍVEIS; SOFTWARE EM PORTUGUÊS; MONITORAMENTO DE SINAIS VITAIS EM TEMPO REAL E CAPACIDADE DE ARMAZENAR EVENTOS E TENDÊNCIAS POR NO MÍNIMO 48 HORAS; DEVE POSSUIR PROTEÇÃO CONTRA DESCARGA DE CARDIOVERSOR E EQUIPAMENTO ELETROCIRÚRGICO; BATERIA COM AUTONOMIA DE NO MÍNIMO 3 HORAS; DEVE POSSUIR ALÇA PARA TRANSPORTE; PESO MÁXIMO DE 7KG; **PARÂMETROS MÍNIMOS:**	9220

ECG E RESPIRAÇÃO, COMPATIBILIDADE COM CABOS DE 3 E 5 VIAS; DERIVAÇÕES MÍNIMAS SELECIONÁVEIS: I, II, III, AVR, AVL, AVF; DETECÇÃO DE MARCA-PASSO; DETECÇÃO DE ARRITMIAS BÁSICAS; PROTEÇÃO PARA DESFIBRILAÇÃO E ELETROCIRURGIA; AJUSTE DE GANHO (MV); VELOCIDADES DE VARREDURA AJUSTÁVEIS MÍNIMAS DE 25 A 50 MM/SEGUNDO. FAIXA DE MEDIÇÃO COM INDICAÇÃO NO DISPLAY DE MENOR OU IGUAL A 30 BPM ATÉ VALORES MAIORES OU IGUAIS A 300 BPM COM ERRO MÁXIMO NÃO SUPERIOR A 5 BPM; ALARME PARA ELETRODO SOLTO OU MAL CONECTADO; FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA COM INDICAÇÃO NO DISPLAY NA FAIXA CUJO LIMITE INFERIOR SEJA 0 (ZERO) RPM (RESPIRAÇÃO POR MINUTO) E CUJO LIMITE SUPERIOR SEJA NO MÍNIMO 150 (CENTO E CINQUENTA) RPM, INCLUINDO-SE NESTA FAIXA OS DOIS EXTREMOS; POSSIBILIDADE DE LEITURA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA ATRAVÉS DOS ELETRODOS DE ECG OU DO SENSOR DE OXIMETRIA;
MONITORAÇÃO CONTÍNUA DE OXIMETRIA DE PULSO (SPO2), COM RESOLUÇÃO MENOR OU IGUAL A 2% NA OXIMETRIA PARA SATURAÇÃO DE 70% A 100%. DEVE OPERAR NA FAIXA DE MEDIÇÃO DE 0 A 100%. RESOLUÇÃO MENOR OU IGUAL A 2 BPM NA TAXA DE BATIMENTOS CARDÍACOS NA FAIXA DE 30 A 300 BPM, COM APRESENTAÇÃO DE CURVA PLETISMOGRÁFICA E INDICADOR NUMÉRICO DE QUALIDADE DE SINAL PLETISMOGRÁFICO. ALARMES DE SATURAÇÃO MÁXIMA E MÍNIMA AJUSTÁVEIS.
MONITORAÇÃO DE PRESSÃO NÃO INVASIVA ADULTO (PNI) PELO MÉTODO OSCILOMÉTRICO, COM ACIONAMENTO MANUAL OU AUTOMÁTICO COM INTERVALOS DE MEDIÇÕES PROGRAMADOS PELO USUÁRIO, COM INTERVALOS MÍNIMOS DE MEDIDA DE 1 A 120 MINUTOS. MONITORAÇÃO DE PRESSÃO CONFIGURÁVEL PARA PACIENTES ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL.
MEDIÇÃO DE PRESSÃO DIASTÓLICA, SISTÓLICA E MÉDIA COM INDICAÇÃO NO DISPLAY DOS VALORES LIDOS COM RESPECTIVA UNIDADE DE MEDIDA (MMHG). FAIXA DE LEITURA MÍNIMA DENTRO DOS LIMITES DE 10 E 270 MMHG. ALARMES PARA ALTA OU BAIXA PRESSÃO.
MONITORAÇÃO DA TEMPERATURA, COM NO MÍNIMO UM CANAL, COM SENSORES APROPRIADOS PARA A MEDIÇÃO DE TEMPERATURA CUTÂNEA, RETAL E ESOFÁGICA. A RESOLUÇÃO DEVE SER DE 0,1 GRAU CELSIUS OU MELHOR, INTERVALO MÍNIMO DE MEDIÇÃO DE TEMPERATURA ENTRE 15 E 45 GRAUS CELSIUS. COM ALARMES PARA ALTA E BAIXA TEMPERATURA AJUSTÁVEIS.

ACESSÓRIOS:

02 (DOIS) CABO COMPLETOS DE ECG DE 5 VIAS;

02 (DOIS) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO ADULTO TIPO CLIP;

02 (DOIS) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO INFANTIL TIPO Y;

02 (DOIS) SENSORES DE TEMPERATURA ESOFÁGICO / RETAL REUTILIZÁVEL;

02 (DOIS) SENSORES DE TEMPERATURA DE SUPERFÍCIE REUTILIZÁVEIS;

02 (DUAS) BRAÇADEIRAS COM MANGUITOS REUTILIZÁVEIS EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE PEDIÁTRICO;

02 (DUAS) BRAÇADEIRAS COM MANGUITOS REUTILIZÁVEIS EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE ADULTO;

02 (DUAS) BRAÇADEIRAS COM MANGUITOS REUTILIZÁVEIS EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE PEDIÁTRICO;

01 (UM) CABO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA;

01 (UM) SUPORTE DE PAREDE PARA APOIAR MONITOR*

	O SUPORTE DE PAREDE PARA FIXAÇÃO DOS MONITORES DEVERÁ POSSUIR ACABAMENTO RESISTENTE (TIPO TINTA ELETROSTÁTICA OU EPÓXI) E DEVERÁ SER DO FABRICANTE OU HOMOLOGADO PELO FABRICANTE E AINDA CONSTAR NO MANUAL DO EQUIPAMENTO OFERTADO QUE ESTÁ REGISTRADO NA ANVISA. DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO; TENSÃO ELÉTRICA DE ALIMENTAÇÃO 220V – 60 HZ, OU BIVOLT AUTOMÁTICO. PADRÃO ABNT NBR 14136. **DOCUMENTAÇÃO:** MANUAL OPERACIONAL E TÉCNICO EM PORTUGUÊS (BR); DEVE ACOMPANHAR CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO OU CERTIFICADO DE CONFORMIDADE VÁLIDO; A INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO É DE RESPONSABILIDADE DA EMPRESA, INCLUSIVE A FIXAÇÃO DO SUPORTE DE SUSTENTAÇÃO DO MONITOR. REGISTRO DO EQUIPAMENTO EMITIDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE VIGENTE OU COMPROVAÇÃO DE QUE O MESMO É ISENTO DE REGISTRO/CADASTRO, QUANDO FOR O CASO. INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E TREINAMENTO OPERACIONAL E TÉCNICO NO LOCAL DA INSTALAÇÃO. O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÀS NORMATIVAS VIGENTES: CERTIFICADO DE CONFORMIDADE À NBR IEC 60601-1 E NBR IEC 60601-1-2, CERTIFICADO DE CONFORMIDADE À NBR IEC 60601-2-49, NBR IEC 60601-2-30, NBR IEC 60601-2-27, NBR IEC 60601-2-34 OU NORMAS INTERNACIONAIS EQUIVALENTES.	

ANEXO II-COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

MODELO DE COMPROVAÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E PROPOSTA DE PREÇOS

Nome da 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 **Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e UPA Ceilância I** 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

LOTE 01

OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL: 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	OS OXÍMETROS DE PULSO MONITORAM DE FORMA NÃO INVASIVA A SPO2 (GERALMENTE EXPRESSA COMO UMA PORCENTAGEM [POR EXEMPLO, 70% A 100%]) DA HEMOGLOBINA ARTERIAL MEDINDO AS ALTERAÇÕES NA ABSORÇÃO DE LUZ RESULTANTES DAS PULSAÇÕES DO FLUXO SANGUÍNEO ARTERIAL. SEU USO PERMITE O MONITORAMENTO CONTÍNUO E INSTANTÂNEO DA OXIGENAÇÃO E DA FREQUÊNCIA DE PULSO, PODE FORNECER DETECÇÃO PRECOCE DE HIPÓXIA ANTES QUE OUTROS SINAIS, COMO CIANOSE, SEJAM OBSERVADOS, E PODE REDUZIR A FREQUÊNCIA DE PUNÇÃO ARTERIAL E GASOMETRIA LABORATORIAL. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE NO MÍNIMO 02 ANOS; DEVERÃO ESTAR	

	INCLUSOS NO VALOR FINAL DA PROPOSTA O FRETE DE ENTREGA	
2	CARACTERÍSTICAS GERAIS:	
3	CARCAÇA DO EQUIPAMENTO DEVERÁ SER EM MATERIAL RESISTENTE AO USO E AO TEMPO;	
4	PERMITIR QUE OS SENSORES SEJAM POSICIONADOS NAS EXTREMIDADES DAS MÃOS OU DOS PÉS;	
5	· CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:	
6	DISPLAY DIGITAL, LCD OU LED, COM TAMANHO DE NO MÍNIMO 2,8 POLEGADAS E QUE PERMITA VISUALIZAÇÃO DA CURVA PLETISMOGRÁFICA;	
7	O EQUIPAMENTO DEVERÁ DISPOR DE SENSORES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS E ADULTOS;	
8	A UNIDADE DEVERÁ POSSUIR ALARMES VISUAIS E SONOROS AJUSTÁVEIS PARA SPO2 E FREQUÊNCIA CARDÍACA DE PULSO;	
9	FAIXA DE MEDIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO DE 0 A 100%, COM PRECISÃO DE PELO MENOS ±3%	
10	FAIXA DE MEDIDA DE FREQUÊNCIA DE PULSO: 25 A 240 PULSOS POR MINUTO, COM PRECISÃO DE PELO MENOS 5 BPM;	
11	APRESENTAR INDICADORES VISUAIS PARA QUALIDADE DE PULSO;	
12	APRESENTAR ALARMES POR MEIO DE INDICADORES VISUAIS E/OU SONOROS;	
13	PERMITIR SILENCIAR TEMPORARIAMENTE O ALARME;	
14	APRESENTAR SIMULTANEAMENTE EM TELA A INDICAÇÃO NUMÉRICA DOS VALORES DE SATURAÇÃO E PULSO, OS NÍVEIS AJUSTADOS DE ALARME PARA SATURAÇÃO E PULSO, A CURVA PLETISMOGRÁFICA E BARRA DE PULSAÇÃO;	
15	O EQUIPMENTO DEVERÁ INDICAR BATERIA COM CARGA BAIXA;	
16	A UNIDADE DEVERÁ DISPOR DE PELO MENOS 70 HORAS DE MEMÓRIA PARA ARMAZENAMENTO (PRESUMINDO UM FUNCIONAMENTO CONTÍNUO);	
17	**ALIMENTAÇÃO:**	
18	ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA BIVOLT AUTOMÁTICO;	
19	BATERIA INTERNA RECARREGÁVEL COM AUTONOMIA MÍNIMA DE 30 MINUTOS;	

20	**ACESSÓRIOS E OUTROS ITENS**	
21	02 (DOIS) SENSORES DE OXIMETRIA TAMANHO ADULTO;	
22	02 (DOIS) SENSORES DE OXIMETRIA TAMANHO PEDIÁTRICO;	
23	01 (UM) CABO DE ENERGIA ELÉTRICA;	
24	01 CONJUNTO DE BATERIA RECARREGÁVEL;	
25	01 CARREGADOR/ FONTE DE ALIMENTAÇÃO, TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO DE 220V – 60 HZ, OU BIVOLT AUTOMÁTICO.	

LOTE 02

CARDIOVERSOR: 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	CARDIOVERSOR BIFÁSICO COM ECG, DEA E MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO	
2	DISPOR DE TELA COM NO MÍNIMO 6,5"(POLEGADAS);	
3	APRESENTAÇÃO DE NO MÍNIMO 2 (DOIS) TRAÇADOS DE ELETROCARDIOGRAMA NA TELA;	
4	O SOFTWARE DEVERÁ ESTAR EM IDIOMA PORTUGUÊS DO BRASIL;	
5	TRAZER IMPRESSORA INCORPORADA AO EQUIPAMENTO;	
6	TECNOLOGIA DE DESFIBRILAÇÃO BIFÁSICA;	
7	POSSUIR DESFIBRILAÇÃO MANUAL;	
8	DISPOR DE DESFIBRILAÇÃO SINCRONIZADA (CARDIOVERSÃO);	
9	OFERECER MONITORAÇÃO DA FREQÜÊNCIA CARDÍACA (FC);	
10	POSSUIR DESFIBRILAÇÃO AUTOMÁTICA (DEA);	
11	TER ESTIMULAÇÃO EXTERNA (MARCA- PASSO EXTERNO).	

12	**ELETROCARDIOGRAMA (FC)**	
13	DEVERÁ ACOMPANHAR O EQUIPAMENTO, NO MÍNIMO:	
14	01 (UM) CABO DE ECG DE 5 VIAS;	
15	01 (UM) PAR DE PÁS ADESIVAS;	
16	01(UM) ROLO DE PAPEL PARA REGISTRO	
17	**MARCA- PASSO EXTERNO TRANSCUTÂNEO**	
18	MODOS: MODOS FIXO E MODO DEMANDA;	
19	**PÁS PARA DESFIBRILAÇÃO:** ADULTO /PEDIÁTRICA COMUTÁVEL;	
20	EXIBIR INFORMAÇÃO DE NÍVEL CONTATO (IMPEDÂNCIA);	
21	BOTÃO PARA ACIONAR O CARREGAMENTO E BOTÃO PARA EFETUAR O DISPARO DA CARGA;	
22	DESCRIÇÃO OU FIGURAS ILUSTRATIVAS PARA INDICAR ONDE DEVEM SER POSICIONADAS AS PÁS NO PACIENTE.	
23	DEVERÁ ANULAR CARGA 30(TRINTA) SEGUNDOS APÓS O CARREGAMENTO SE O CHOQUE NÃO FOR APLICADO;	
24	BOTÃO GIRATÓRIO OU SEMELHANTE PARA AJUSTES DA CARGA;	
25	DEVERÁ FAZER O CARREGAMENTO EM SUA CARGA MÁXIMA EM NO MÁXIMO 6 (SEIS) SEGUNDOS;	
26	PESO MÁXIMO ADMISSÍVEL COM BATERIA E PÁS (ADULTO\ PEDIÁTRICA) 6,5KG (SEIS QUILOS E QUINHENTOS GRAMAS).	
27	BATERIA DE ÍON DE LÍTIO RECARREGÁVEL, COM AUTONOMIA DE 2,5H (DUAS HORAS E TRINTA MINUTOS) OU SUPERIOR.	
28	ARMAZENAMENTO DE DADOS CRÍTICOS AUTOMATICAMENTE;	
29	CAPACIDADE DE ARMAZENAR NO MÍNIMO 6 (SEIS) HORAS CONTÍNUAS DE FORMAS DE ONDA ECG E EVENTOS.	
30	AJUSTE DE CARGA, PELO MENOD DE, 0 (ZERO) A 200 (DUZENTOS) JOULES	
31	TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 220VAC OU BIVOLT AUTOMÁTICO;	
32	PLUGUE PADRÃO NOVO ABNT NBR 14136;	
33	**DOCUMENTAÇÃO:**	

34	MANUAL OPERACIONAL E TÉCNICO EM PORTUGUÊS (BR);	
35	ESTAR EM CONFORMIDADE COM AS NORMAS: NBRIEC60601-2-4 DE 03/2022 E NBRIEC 60601-1 DE 01/2022;	
36	POSSUIR REGISTRO DA ANVISA VIGENTE E NÃO TEMPORÁRIO	

LOTE 03

MONITOR DE SINAIS VITAIS PARA TRIAGEM : 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	MONITOR DE SINAIS VITAIS PARA TRIAGEM DE PACIENTES PEDIÁTRICOS, ADULTOS E NEONATAIS. O EQUIPAMENTO DEVERÁ DISPOR DOS SEGUINTES ITENS:	
2	DEVE PERMITIR A MONITORIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL;	
3	MONITOR DE SINAIS VITAIS PARA TRIAGEM	
4	POSSUIR CAPACIDADE DE ENTRADA MANUAL DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE (PESO, ALTURA, NÚMERO DE REGISTRO) E IDS DE USUÁRIOS;	
5	POSSUIR POSSIBILIDADE DE CONEXÃO COM LEITOR PARA ENTRADA AUTOMÁTICA DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE E IDS DE USUÁRIO;	
6	POSSUIR ALARMES AUDIOVISUAIS COM LIMITES AJUSTÁVEIS;	
7	POSSUIR NO MÍNIMO OS MODOS DE MONITORAMENTO CONTÍNUO E TRIAGEM/PONTUAL;	
8	EXIBIÇÃO SIMULTÂNEA NA TELA DE TODOS OS PARÂMETROS FISIOLÓGICOS;	
9	PROTEÇÃO PARA DESFIBRILAÇÃO E ELETROCIRURGIA;	
10	FREQUÊNCIA DE PULSO, DERIVADA DE UMA MEDIDA DE OXIMETRIA DE PULSO OU PRESSÃO NÃO INVASIVA ADULTO (PNI), COM POSSIBILIDADE PARA ALTERAR ORIGEM DO PULSO, COM APRESENTAÇÃO DE CURVA PLETISMOGRÁFICA;	
11	FAIXA DE FREQUÊNCIA DE PULSO COM ALARMES PARA PULSO ALTO E PULSO BAIXO;	
12	MONITORAÇÃO DE PRESSÃO NÃO INVASIVA ADULTO (PNI) PELO MÉTODO OSCILOMÉTRICO, COM ACIONAMENTO MANUAL E AUTOMÁTICO COM INTERVALOS DE MEDIÇÕES PROGRAMADOS PELO USUÁRIO;	

13	MONITORAÇÃO DE PRESSÃO CONFIGURÁVEL PARA PACIENTES ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL. MEDIÇÃO DE PRESSÃO DIASTÓLICA, SISTÓLICA E MÉDIA COM INDICAÇÃO NO DISPLAY DOS VALORES LIDOS COM RESPECTIVA UNIDADE DE MEDIDA(MMHG),	
14	ALARMES PARA ALTA E BAIXA PRESSÃO ARTERIAL;	
15	MONITORAÇÃO CONTINUA DE OXIMETRIA DE PULSO (SPO2), COM APRESENTAÇÃO DE CURVA PLETIMOSGRÁFICA, COM TEMPO DE RESPOSTA DE NO MÁXIMO 10 SEGUNDOS.	
16	ALARMES PARA ALTA E BAIXA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO; POSSUIR ALARME AUDIOVISUAL PARA DESCONEXÃO OU FALHA DO SENSOR;	
17	DEVE POSSUIR SENSOR/SONDA DE TEMPERATURA INFRAVERMELHO SEM CONTANTO E SEM NECESSIDADE DE INSUMOS PARA FUNCIONAMENTO;	
18	POSSUIR ALARMES PARA ALTA E BAIXA TEMPERATURA AJUSTÁVEIS.	
19	POSSUIR SUPORTE PARA SONDA/SENSOR DE TEMPERATURA INTEGRADO AO MONITOR;	
20	MEMÓRIA PARA ACOMPANHAR TENDÊNCIAS DOS PARÂMETROS;	
21	POSSUIR: PORTA USB, PORTA ETHERNET RJ-45	
22	POSSUIR PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO HL7;	
23	POSSUIR CONEXÃO DE SEDE SEM FIO;	
24	SOFTWARE EM PORTUGUÊS;	
25	POSSUIR IMPRESSORA TÉRMICA PARA IMPRESSÃO DOS REGISTROS DO PACIENTE EM FICHA INDIVIDUAL POR PACIENTE NO MODO DIAGNÓSTICO/TRIAGEM;	
26	POSSUIR INDICAÇÃO PARA EQUIPAMENTO LIGADO EM REDE ELÉTRICA E BATERIA; POSSUIR INDICAÇÃO PARA BATERIA DE EMERGÊNCIA COM BAIXA CARGA;	
27	BATERIA COM AUTONOMIA DE NO MÍNIMO 2 HORAS;	
28	TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA 220V/AC, 60 HZ OU BIVOLT AUTOMÁTICO.	
29	DEVERÁ ACOMPANHAR OS SEGUINTES ACESSÓRIOS:	
30	• 01 (UM) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO ADULTO TIPO CLIP;	
31	• 01 (UM) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO INFANTIL TIPO Y;	
32	• 01 (UM) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO NEONATAL;	

33	• 01 (UM) SENSOR/SONDA DE TEMPERATURA REUTILIZÁVEL;	
34	•01 (UMA) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE NEONATAL;	
35	• 01 (UMA) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE PEDIÁTRICO;	
36	• 01 (UMA) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE ADULTO;	
37	• 01 (UM) BRAÇADEIRA COM MANGUITO REUTILIZÁVEL EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE OBESO.	
38	• 01 (CAIXA) DE BOBINAS DE PAPEL PARA IMPRESSÃO DE EXAMES;	
39	• 01 (UM) CABO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA;	
40	• 01 (UM) SUPORTE COM RODÍZIOS COM FREIOS E COM TRAVA PARA APOIAR MONITOR.*	
41	DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, PRÉ-CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO	
42	CONJUNTO OFERTADO.	
43	O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER AS NORMATIVAS VIGENTES.	

LOTE 04

MONITOR MULTIPARÂMETRO ESTRUTURA MISTA OU MODULAR 12" COM SUPORTE : 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	MONITOR MULTIPARAMÉTROS HIBRIDO COM 5(CINCO) PARÂMETROS BÁSICOS (ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP), DEVERÁ DISPOR MINIMAMENTE DOS SEGUINTES ITENS:	
2	TELA DE NO MÍNIMO 12 POLEGADAS E RESOLUÇÃO DE NO MÍNIMO 1024X768 PONTOS COM DISPLAY COLORIDO, TELA PLANA, LCD;	
3	POSSUIR OPERAÇÃO POR MEIO DE TELA SENSÍVEL AO TOQUE (TOUCHSCREEN);	
4	DEVE POSSUIR CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO COM CENTRAL DE MONITORIZAÇÃO;	
5	POSSUIR ALARMES AUDIOVISUAIS;	

6	DEVERÁ SER MODULAR PERMITINDO A TROCA, INSERÇÃO E RETIRADA PELO USUÁRIO;	
7	DEVE POSSUIR CAPACIDADE DE ADIÇÃO DE MÓDULOS EXTERNOS OPCIONAIS;	
8	MONITORIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS E NEONATAIS, POR MEIO DE SELEÇÃO;	
9	POSSUIR ENTRADA USB PARA EXPORTAÇÃO DE DADOS;	
10	POSSIBILIDADE DE COMUNICAÇÃO COM SISTEMA HOSPITALAR (HIS) PELO PROTOCOLO HL7, SEM ÔNUS À CONTRATANTE;	
11	APRESENTAÇÃO DE NO MÍNIMO 07 (SETE) CURVAS SIMULTANEAMENTE E TODOS OS DADOS ALFANUMÉRICOS DISPONÍVEIS;	
12	SOFTWARE EM PORTUGUÊS;	
13	MONITORAMENTO DE SINAIS VITAIS EM TEMPO REAL E CAPACIDADE DE ARMAZENAR EVENTOS E TENDÊNCIAS POR NO MÍNIMO 48 HORAS;	
14	DEVE POSSUIR PROTEÇÃO CONTRA DESCARGA DE CARDIOVERSOR E EQUIPAMENTO ELETROCIRÚRGICO;	
15	BATERIA COM AUTONOMIA DE NO MÍNIMO 3 HORAS;	
16	DEVE POSSUIR ALÇA PARA TRANSPORTE;	
17	PESO MÁXIMO DE 7KG;	
18	**PARÂMETROS MÍNIMOS:**	
19	ECG E RESPIRAÇÃO, COMPATIBILIDADE COM CABOS DE 3 E 5 VIAS; DERIVAÇÕES MÍNIMAS SELECIONÁVEIS: I, II, III, AVR, AVL, AVF; DETECÇÃO DE MARCA-PASSO; DETECÇÃO DE ARRITMIAS BÁSICAS; PROTEÇÃO PARA DESFIBRILAÇÃO E ELETROCIRURGIA; AJUSTE DE GANHO (MV); VELOCIDADES DE VARREDURA AJUSTÁVEIS MÍNIMAS DE 25 A 50 MM/SEGUNDO. FAIXA DE MEDIÇÃO COM INDICAÇÃO NO DISPLAY DE MENOR OU IGUAL A 30 BPM ATÉ VALORES MAIORES OU IGUAIS A 300 BPM COM ERRO MÁXIMO NÃO SUPERIOR A 5 BPM; ALARME PARA ELETRODO SOLTO OU MAL CONECTADO; FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA COM INDICAÇÃO NO DISPLAY NA FAIXA CUJO LIMITE INFERIOR SEJA 0 (ZERO) RPM (RESPIRAÇÃO POR MINUTO) E CUJO LIMITE SUPERIOR SEJA NO MÍNIMO 150 (CENTO E CINQUENTA) RPM, INCLUINDO-SE NESTA FAIXA OS DOIS EXTREMOS; POSSIBILIDADE DE LEITURA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA ATRAVÉS DOS ELETRODOS DE ECG OU DO SENSOR DE OXIMETRIA;	
20	MONITORAÇÃO CONTÍNUA DE OXIMETRIA DE PULSO (SPO2), COM RESOLUÇÃO MENOR OU IGUAL A 2% NA OXIMETRIA PARA SATURAÇÃO DE 70% A 100%. DEVE OPERAR NA FAIXA DE MEDIÇÃO DE 0 A 100%. RESOLUÇÃO MENOR OU IGUAL A 2 BPM NA TAXA DE BATIMENTOS CARDÍACOS NA FAIXA DE 30 A 300 BPM, COM APRESENTAÇÃO DE CURVA PLETISMOGRÁFICA E INDICADOR NUMÉRICO DE QUALIDADE DE SINAL PLETISMOGRÁFICO. ALARMES DE SATURAÇÃO MÁXIMA E MÍNIMA	

	AJUSTÁVEIS.	
21	MONITORAÇÃO DE PRESSÃO NÃO INVASIVA ADULTO (PNI) PELO MÉTODO OSCILOMÉTRICO, COM ACIONAMENTO MANUAL OU AUTOMÁTICO COM INTERVALOS DE MEDIÇÕES PROGRAMADOS PELO USUÁRIO, COM INTERVALOS MÍNIMOS DE MEDIDA DE 1 A 120 MINUTOS. MONITORAÇÃO DE PRESSÃO CONFIGURÁVEL PARA PACIENTES ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL.	
22	MEDIÇÃO DE PRESSÃO DIASTÓLICA, SISTÓLICA E MÉDIA COM INDICAÇÃO NO DISPLAY DOS VALORES LIDOS COM RESPECTIVA UNIDADE DE MEDIDA (MMHG). FAIXA DE LEITURA MÍNIMA DENTRO DOS LIMITES DE 10 E 270 MMHG. ALARMES PARA ALTA OU BAIXA PRESSÃO.	
23	MONITORAÇÃO DA TEMPERATURA, COM NO MÍNIMO UM CANAL, COM SENSORES APROPRIADOS PARA A MEDIÇÃO DE TEMPERATURA CUTÂNEA, RETAL E ESOFÁGICA. A RESOLUÇÃO DEVE SER DE 0,1 GRAU CELSIUS OU MELHOR, INTERVALO MÍNIMO DE MEDIÇÃO DE TEMPERATURA ENTRE 15 E 45 GRAUS CELSIUS. COM ALARMES PARA ALTA E BAIXA TEMPERATURA AJUSTÁVEIS.	
24	**ACESSÓRIOS:**	
25	02 (DOIS) CABO COMPLETOS DE ECG DE 5 VIAS;	
26	02 (DOIS) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO ADULTO TIPO CLIP;	
27	02 (DOIS) SENSOR REUTILIZÁVEL DE OXIMETRIA DE PULSO INFANTIL TIPO Y;	
28	02 (DOIS) SENSORES DE TEMPERATURA ESOFÁGICO / RETAL REUTILIZÁVEL;	
29	02 (DOIS) SENSORES DE TEMPERATURA DE SUPERFÍCIE REUTILIZÁVEIS;	
30	02 (DUAS) BRAÇADEIRAS COM MANGUITOS REUTILIZÁVEIS EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE PEDIÁTRICO;	
31	02 (DUAS) BRAÇADEIRAS COM MANGUITOS REUTILIZÁVEIS EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE ADULTO;	
32	02 (DUAS) BRAÇADEIRAS COM MANGUITOS REUTILIZÁVEIS EM MATERIAL ANTIALÉRGICO E SEM LÁTEX PARA PACIENTE PEDIÁTRICO;	
33	01 (UM) CABO DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA;	
34	01 (UM) SUPORTE DE PAREDE PARA APOIAR MONITOR*	
35	O SUPORTE DE PAREDE PARA FIXAÇÃO DOS MONITORES DEVERÁ POSSUIR ACABAMENTO RESISTENTE (TIPO TINTA ELETROSTÁTICA OU EPÓXI) E DEVERÁ SER DO FABRICANTE OU HOMOLOGADO PELO FABRICANTE E AINDA CONSTAR NO MANUAL DO EQUIPAMENTO OFERTADO QUE ESTÁ REGISTRADO NA ANVISA.	
36	DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO	

	FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO;	
37	TENSÃO ELÉTRICA DE ALIMENTAÇÃO 220V – 60 HZ, OU BIVOLT AUTOMÁTICO. PADRÃO ABNT NBR 14136.	
38	**DOCUMENTAÇÃO:**	
39	MANUAL OPERACIONAL E TÉCNICO EM PORTUGUÊS (BR);	
40	DEVE ACOMPANHAR CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO OU CERTIFICADO DE CONFORMIDADE VÁLIDO;	
41	A INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO É DE RESPONSABILIDADE DA EMPRESA, INCLUSIVE A FIXAÇÃO DO SUPORTE DE SUSTENTAÇÃO DO MONITOR.	
42	REGISTRO DO EQUIPAMENTO EMITIDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE VIGENTE OU COMPROVAÇÃO DE QUE O MESMO É ISENTO DE REGISTRO/CADASTRO, QUANDO FOR O CASO.	
43	INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E TREINAMENTO OPERACIONAL E TÉCNICO NO LOCAL DA INSTALAÇÃO.	
44	O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÀS NORMATIVAS VIGENTES: CERTIFICADO DE CONFORMIDADE À NBR IEC 60601-1 E	
45	NBR IEC 60601-1-2, CERTIFICADO DE CONFORMIDADE À NBR IEC 60601-2-49, NBR IEC 60601-2-30, NBR IEC	
46	60601-2-27, NBR IEC 60601-2-34 OU NORMAS INTERNACIONAIS EQUIVALENTES.	

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/entergado 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 complementaresque se façam necessários, em conformidade com as exigências do presente processo..

Eporserverdade,assinaapresentedeclaraçãosob aspenasda lei.

[Local], ____de _____de2025

_____

[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