ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

LOTE	CÓDIGO MV	DESCRIÇÃO	QUANT.
I	16179	**INCUBADORA NEONATAL (ESTACIONÁRIA)** **1. Finalidade:** A incubadora neonatal estacionária é um equipamento hospitalar utilizado em unidades de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal), berçários e maternidades, destinado ao cuidado de recém-nascidos prematuros ou com condições clínicas que exigem suporte especial. Tem por finalidade a manutenção da temperatura corporal, Controle de umidade, Proteção contra infecções, Suporte ao desenvolvimento e Monitoramento clínico. **2. Características Gerais:** **Cúpula:** Cúpula em acrílico transparente de paredes duplas nas laterais e na parte superior para evitar a perda de calor por radiação; Possuir trava de segurança e/ou mecanismo de amortecimento para fechamento suave da cúpula para evitar acidentes; Possuir portas de acesso rebatível em ambos os lados; Acesso pelas portinholas bilateralmente para que se permita 2 (dois) profissionais, pelo menos, trabalhando ao mesmo tempo; Possui pelo menos 5 portinholas ovais com sistema de toque de cotovelo e fechamento sobre guarnição de material atóxico, garantindo o isolamento e a condição de leve pressão positiva dentro da câmara; Possuir pelo menos uma portinhola do tipo íris, permitindo a passagem e posicionamento de circuitos de respiradores, facilitando as manobras de intubação, sem alterar as condições do ambiente; Vedação das portinholas para controle do microclima interno, construídas em silicone atóxico e autoclavável; Possuir no mínimo 8 (oito) passa-tubos nas laterais da cúpula (infusão, ventiladores, nebulizadores). **Construção:** Equipamento construído internamente e externamente em material plástico de engenharia para evitar oxidações, facilitar assepsia e que evite a proliferação de bactérias sem qualquer ponto de elétrica ou material ferroso. Suporte com rodízios de pelo menos 4" (polegadas) e freios; Leito do paciente construído em material plástico, atóxico e radiotransparente, permitindo o procedimento de radiografia sem remover o paciente, ajustes do leito nas posições mínimas de trendelenburg e próclive, sem abrir a cúpula e sem qualquer ponto de elétrica ou material ferroso; Possibilidade de deslocamento do leito para fora da cúpula, na parte frontal, através de trilhos, com trava de segurança; Mecanismo de inclinação do leito com acionamento através de manípulos externos em plástico, permitindo posicionamento do leito em trendelemburg, reverso (próclive), horizontal alta e horizontal baixa, sem necessidade de abertura da cúpula; Possuir filtro de ar bacteriologico com retenção de 0,5 micra; Sistema de circulação de ar com baixo nível de ruido; Aquecimento através de resistência antipirolitica; Não possuir cantos vivos, facilitando os trabalhos de limpeza e desinfecção;	45

Módulo de Controle:

Painel de controle microprocessado elevado em LCD ou LEDs que sintetiza todas as opções de ajuste e monitorização da temperatura do recém-nascido, ampla visão dos parâmetros e alarmes pelo operador, mesmo estando na posição ereta;
Servocontrole de temperatura do ar ATC (temperatura do ar controlada) e de pele ITC (temperatura do rn controlada), servocontrole contínuo de umidade relativa do ar;
Controle externo de ajuste, permitindo o movimento contínuo para inclinação do leito em pelo menos 10° (graus);
Monitorização do sensor T1 principal e leitura no display da temperatura auxiliar o periférica.
Sistema de controle de umidade que permita ajuste máximo de concentração de pelo menos 90% de umidade relativa;
Sistema de autoteste para todo sistema de controle e alarmes.
Alarmes de indicação visual e sonoro de no mínimo:

- Alta temperatura ar/pele;
- Baixa temperatura ar/pele;
- Alta de circulação do ar;
- Hipotermia e hipertermia, desconexão do sensor à pele do paciente;
- Falta de sensor, falta de energia, desligamento automático em caso de alta temperatura;

Sistema de segurança;

- Possuir tecla para silenciar alarmes momentaneamente;
- Indicação das temperaturas medidas e ajustadas de pele e ar, pelo menos.

Memorização dos últimos valores programados de temperaturas, umidade e alarmes;
Acompanhar balança integrada ao leito:
Reservatório de água esterilizável com autonomia igual ou maior que 24 horas;
Permitindo a retirada do reservatório sem interromper o funcionamento normal do equipamento;
Sistema de oxigênio com válvula de baixo fluxo, com máximo de 6 LPM (Litros por Minuto) com concentrações de 50 a 60% de oxigênio.

3. Alimentação Elétrica

Alimentação: 220 volts ou Bivolt automático (127/220volts) - 50/60hz (Hertz).

4. Acessórios Inclusos

1 (um) Possuir colchão de espuma de densidade adequada ao conforto do paciente;
1 (um) Capa de materiais atóxicos e autoextinguíveis;
1 (um) Suporte para soro;
1 (uma) Prateleira giratória esquerda para suporte de monitores;
1 (um) Manga íris;
1 (um) Filtro de ar;
1 (um) Pará-choque para proteção da base inferior e conexão dos sensores;
1 (um) Gavetão para guarda de materiais;
1 (um) Kit de vedação das portinholas em silicone atóxico e autoclavável;
Deverá ser entregue com todos os insumos necessários para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do equipamento.

		10. Normas e Certificações Manual técnico e operacional em português (BR); Deverá fornecer instalação e treinamento operacional adequado aos usuários; Registro na ANVISA vigente (conforme Lei 6.360/1976 e RDC nº 665/2022); Conformidade com: NBR IEC 60601-1. NBR IEC 60601-1-6 / NBR IEC 60601-1-8 / NBR IEC 60601-1-9. NBR IEC 60601-2 / 60601-2-21 / 60601-2-50, ou equivalentes internacionais. NBR IEC 60601-2 / 60601-2-21 / 60601-2-50, ou equivalentes internacionais. Garantia de 24 Meses.	

LOTE	CÓDIGO MV	DESCRIÇÃO	QUANT.
II	16180	**BERÇO AQUECIDO** **1. Finalidade:** O Berço Aquecido tem a finalidade de manter a temperatura corporal estável do recém-nascido, prevenindo hipotermia, criando um microambiente térmico neutro, reduzindo o gasto energético do bebê com termorregulação, facilitando o acesso e monitoramento contínuo pela equipe de saúde. Oferecer suporte inicial em salas de parto ou UTI neonatal, principalmente em casos de prematuridade, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal ou reanimação neonatal. **2. Características Gerais:** Painel frontal com teclas de simples toque, permitindo o ajuste de temperatura e demais parâmetros de forma rápida e intuitiva; Display alfanumérico / gráfico de cristal líquido de alta resolução com iluminação de fundo para leitura em ambientes com pouca luminosidade, para indicação de temperatura do paciente, nível da potência atual das resistências, temperatura auxiliar do paciente, temperatura ambiente, relógio e alarmes; Sistema de autoteste das funções; Leito tipo mesa rádio transparente para do chassi de Raios X; Abas laterais rebatíveis, que possibilitem o acesso facilitado ao recém-nascido, sem comprometer a segurança; Base reforçada com estrutura tubular com tratamento antioxidante pintados com tinta epóxi; Mobilidade através de quatro rodízios giratórios com sistema de freio; Deve possuir tomadas de entrada e saída de Ar comprimido e Oxigênio, sendo 2 tomadas com fluxômetro de ar comprimido e O2 além de tomadas disponíveis para ligação de aspirador e nebulizador. **3. Módulo de Aquecimento:** Aquecimento produzido através de sistema irradiante de calor emitido por elemento aquecedor revestido em quartzo, montado em um módulo refletor com aletas direcionadoras, localizado na parte superior do berço, propiciando um aquecimento homogêneo em toda a área do colchão, sem dificultar o acesso ao paciente; Calha protetora do elemento aquecedor metálica com grade de proteção em aço; Permite giro bilateral do elemento aquecedor no plano horizontal (180° graus) com acionamento de alarme de advertência e desligamento automático do aquecimento, facilitando o posicionamento do aparelho de Raios X sem a necessidade de locomover o paciente:	15

Sistema de proteção térmica através de dispositivo de detecção eletrônica para sobrecarga no elemento aquecedor, com desligamento automático do aquecimento e termostato para desligamento da fonte de alimentação em caso de sobrecarga, atendendo a todos os requisitos da norma técnica NBR 60601 -1.

4. Módulo de Controle:

Sistema de acionamento elétrico independente da chave liga -desliga do monitor, para segurança do conjunto, com indicador luminoso no painel de controle;
Sistema eletrônico de controle totalmente microprocessado;
Painel de fácil acesso para manutenção e calibração montado em um chassis metálico destacável;
Painel frontal com acabamento liso em policarbonato que evita a penetração de líquidos e com teclas tipo toque -suave;
Rotina de autoteste do sistema ao ligar;
Deve possuir alarmes de temperatura alta, temperatura baixa, falta de energia e falha de sensor.
Retenção de memória dos valores programados em caso de falta de energia;
Indicação luminosa de standby na coluna do berço com acesso por ambas as laterais;
Indicação gráfica do nível da potência de aquecimento;
Indicação luminosa simultânea de todos os valores de temperatura, potência;
Permitir indicação luminosa de todos os alarmes mesmo com o som inibido;
Indicação luminosa para modo automático ou manual;
Indicação da intensidade da potência de aquecimento de 0 a 100% em relação a potência máxima, com intervalos de 10%;
Indicação de temperatura do RN com faixa entre 10 a 50°C (Graus Celsius), com resolução de 0,1°C (Graus Celsius) e precisão de aproximadamente 0,2°C (Graus Celsius);
Teclas liga, desliga, bloqueio de teclado, aumento e redução do ajuste com bip de alerta para informação do procedimento de ajuste;
Tecla inibidora do som dos alarmes.
Acompanha:
Ressuscitador de fluxo contínuo que permita ajustar as pressões de Pinsp (Pressão Inspiratória), PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) e de segurança através de mano-vacuômetro, com mangueira de entrada de gás, circuito com válvula “T” dispondo de misturador de gases tipo blender incorporado no poste do equipamento com faixa mínima de 21 à 100% de concentração de O2 e tudo incorporado na estrutura integrado ao painel frontal; Deve possuir sistema de aspiração com manômetro, incorporado na estrutura integrado ao painel frontal; Misturador de oxigênio (blender) com concentração de 21 a 100% de oxigênio, econômico e com baixo consumo de oxigênio. Capacidade de uso para o blender de 0 a 30 LPM (Litros por Minuto), com exatidão de aproximadamente 3%.

5. Modos de Operação:

Automático (Servo controle): Monitoração da temperatura do paciente através de sensor de pele e controle automatizado da intensidade de calor fornecida ao recém-nascido por sistema servo -controlado;
Manual: Utilização sem sensor de pele, com seleção da intensidade de calor pré-ajustada pelo operador;
Pré-aquecimento: Utilizado para aquecer o leito do recém-nascido antes de o receber, aumentando o conforto térmico. (Limita a potência).

		6. Leito: Construído em acrílico transparente removível, com cantos arredondados que evitam o acúmulo de sujeira; Sistema de inclinação hidráulico / elétrico, para as posições horizontal, trendelemburg e proclive, com inclinações de até 12° (Graus); Colchão totalmente construído em material atóxico e autoextinguível, constituído de espuma com densidade adequada ao conforto do RN e capa removível, sem costura para evitar concentração de bactérias, aberta de um dos lados para facilitar o procedimento de limpeza; **7. Alimentação Elétrica** Alimentação: 220 volts ou Bivolt automático (127/220volts) - 50/60hz (Hertz); Fusíveis de proteção para os circuitos. **8. Acessórios Inclusos** Régua com 03 saídas; Suporte cilindro oxigênio; Resistencia subsalente; Conjunto com 02 bandejas; Deverá ser entregue com todos os insumos necessários para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do equipamento. **9. Normas e Certificações** Manual técnico e operacional em português (BR); Deverá fornecer instalação e treinamento operacional adequado aos usuários; Registro na ANVISA vigente (conforme Lei 6.360/1976 e RDC nº 665/2022); Conformidade com: NBR IEC 60601-1. NBR IEC 60601-1-6 / NBR IEC 60601-1-8 / NBR IEC 60601-1-9. NBR IEC 60601-2 / 60601-2-21 / 60601-2-50, ou equivalentes internacionais. Garantia de 24 Meses.	

ANEXO II – COMPROVAÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Nome da Empresa:	
CNPJ:	
Endereço:	
Responsável pela proposta:	
Telefone:	
E-mail:	

Ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúdedo Distrito Federal

PrezadosSenhores,

Apresentamos nossa proposta para fornecimento de equipamentos médicos destinados à aquisição de equipamentos médico-hospitalares para as **Unidades Pronto Atendimento - 24h (UPAs),** 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 na tabela apresentada a seguir:

LOTE 01

LOTE	DESCRITIVO TÉCNICO	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito
INCUBADORA NEONATAL (ESTACIONÁRIA)		
	1. Finalidade:	
1	A incubadora neonatal estacionária é um equipamento hospitalar utilizado em unidades de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal), berçários e maternidades, destinado ao cuidado de recém-nascidos prematuros ou com condições clínicas que exigem suporte especial. Tem por finalidade a manutenção da temperatura corporal, Controle de umidade, Proteção contra infecções, Suporte ao desenvolvimento e Monitoramento clínico.	
	2. Características Gerais:	
	Cúpula:	
2	Cúpula em acrílico transparente de paredes duplas nas laterais e na parte superior para evitar a perda de calor por radiação;	

3	Possuir trava de segurança e/ou mecanismo de amortecimento para fechamento suave da cúpula para evitar acidentes;	
4	Possuir portas de acesso rebatível em ambos os lados;	
5	Acesso pelas portinholas bilateralmente para que se permita 2 (dois) profissionais, pelo menos, trabalhando ao mesmo tempo;	
6	Possui pelo menos 5 portinholas ovais com sistema de toque de cotovelo e fechamento sobre guarnição de material atóxico, garantindo o isolamento e a condição de leve pressão positiva dentro da câmara;	
7	Possuir pelo menos uma portinhola do tipo íris, permitindo a passagem e posicionamento de circuitos de respiradores, facilitando as manobras de intubação, sem alterar as condições do ambiente;	
8	Vedação das portinholas para controle do microclima interno, construídas em silicone atóxico e autoclavável;	
9	Possuir no mínimo 8 (oito) passa-tubos nas laterais da cúpula (infusão, ventiladores, nebulizadores).	
	Construção:	
10	Equipamento construído internamente e externamente em material plástico de engenharia para evitar oxidações, facilitar assepsia e que evite a proliferação de bactérias sem qualquer ponto de eletrica ou material ferroso.	
11	Suporte com rodízios de pelo menos 4" (polegadas) e freios;	
12	Leito do paciente construído em material plástico, atóxico e radiotransparente, permitindo o procedimento de radiografia sem remover o paciente, ajustes do leito nas posições mínimas de trendelenburg e próclive, sem abrir a cúpula e sem qualquer ponto de elétrica ou material ferroso;	
13	Possibilidade de deslocamento do leito para fora da cúpula, na parte frontal, através de trilhos, com trava de segurança;	
14	Mecanismo de inclinação do leito com acionamento através de manípulos externos em plástico, permitindo posicionamento do leito em trendelemburg, reverso (próclive), horizontal alta e horizontal baixa, sem necessidade de abertura da cúpula;	
15	Possuir filtro de ar bacteriologico com retencao de 0,5 micra;	
16	Sistema de circulacao de ar com baixo nivel de ruido;	
17	Aquecimento atraves de resistencia antipirolitica;	
18	Não possuir cantos vivos, facilitando os trabalhos de limpeza e desinfecção;	
	Módulo de Controle:	

19	Painel de controle microprocessado elevado em LCD ou LEDs que sintetiza todas as opções de ajuste e monitorização da temperatura do recém nascido, ampla visão dos parâmetros e alarmes pelo operador, mesmo estando na posição ereta;	
20	Servocontrole de temperatura do ar ATC (temperatura do ar controlada) e de pele ITC (temperatura do rn controlada), servocontrole continuo de umidade relativa do ar;	
21	Controle externo de ajuste, permitindo o movimento continuo para inclinacao do leito em pelo menos 10° (graus);	
22	Monitorização do sensor T1 principal e leitura no display da temperatura auxiliar o periférica.	
23	Sistema de controle de umidade que permita ajuste maximo de concentracao de pelo menos 90% de umidade relativa;	
24	Sistema de auto teste para todo sistema de controle e alarmes.	
25	Alarmes de indicação visual e sonoro de no mínimo:	
26	- Alta temperatura ar/pele;	
27	- Baixa temperatura ar/pele;	
28	- Alta de circulação do ar;	
29	- Hipotermia e hipertermia, desconexão do sensor à pele do paciente;	
30	- Falta de sensor, falta de energia, desligamento automático em caso de alta temperatura;	
31	Sistema de segurança;	
32	- Possuir tecla para silenciar alarmes momentaneamente;	
33	- Indicação das temperaturas medidas e ajustadas de pele e ar, pelo o menos.	
34	Memorização dos últimos valores programados de temperaturas, umidade e alarmes;	
35	Acompanhar balanca integrada ao leito:	
36	Reservatório de agua esterilizavel com autonomia igual ou maior que 24 horas;	
37	Permitindo a retirada do reservatório sem interromper o funcionamento normal do equipamento;	
38	Sistema de oxigênio com válvula de baixo fluxo, com máximo de 6 LPM (Litros por Minuto) com concentrações de 50 a 60% de oxigênio.	
	3. Alimentação Elétrica	
39	Alimentação: 220 volts ou Bivolt automático (127/220volts) - 50/60hz (Hertz).	

	4. Acessórios Inclusos	
40	1 (um) Possuir colchão de espuma de densidade adequada ao conforto do paciente;	
41	1 (um) Capa de materiais atóxicos e autoextinguíveis;	
42	1 (um) Suporte para soro;	
43	1 (uma) Prateleira giratoria esquerda para suporte de monitores;	
44	1 (um) Manga iris;	
45	1 (um) Filtro de ar;	
46	1 (um) pará-choque para proteção da base inferior e conexão dos sensores;	
47	1 (um) Gavetao para guarda de materiais;	
48	1 (um) Kit de vedação das portinholas em silicone atóxico e autoclavável;	
49	Deverar ser entregue com todos os insumos necessários para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do equipamento.	
	10. Normas e Certificações	
50	Manual técnico e operacional em português (BR);	
51	Deverá fornecer instalação e treinamento operacional adequado aos usuários;	
52	Registro na ANVISA vigente (conforme Lei 6.360/1976 e RDC nº 665/2022);	
53	Conformidade com: NBR IEC 60601-1.	
54	NBR IEC 60601-1-6 / NBR IEC 60601-1-8 / NBR IEC 60601-1-9.	
55	NBR IEC 60601-2 / 60601-2-21 / 60601-2-50, ou equivalentes internacionais.	
56	NBR IEC 60601-2 / 60601-2-21 / 60601-2-50, ou equivalentes internacionais.	
57	Garantia de 24 Mêses.	

LOTE 02

LOTE	DESCRITIVO TÉCNICO	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito
BERÇO AQUECIDO		
	1. Finalidade:	
1	O Berço Aquecido tem a finalidade de manter a temperatura corporal estável do recém-nascido, prevenindo hipotermia, criando um microambiente térmico neutro, reduzindo o gasto energético do bebê com termorregulação, facilitando o acesso e monitoramento contínuo pela equipe de saúde. Oferecer suporte inicial em salas de parto ou UTI neonatal, principalmente em casos de prematuridade, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal ou reanimação neonatal.	
	2. Características Gerais:	
2	Painel frontal com teclas de simples toque, permitindo o ajuste de temperatura e demais parâmetros de forma rápida e intuitiva;	
3	Display alfanumérico / gráfico de cristal líquido de alta resolução com iluminação de fundo para leitura em ambientes com pouca luminosidade, para indicação de temperatura do paciente, nível da potência atual das resistências, temperatura auxiliar do paciente, temperatura ambiente, relógio e alarmes;	
4	Sistema de autoteste das funções;	
5	Leito tipo mesa rádio transparente para do chassi de Raios X;	
6	Abas laterais rebatíveis, que possibilitem o acesso facilitado ao recém -nascido, sem comprometer a segurança;	
7	Base reforçada com estrutura tubular com tratamento antioxidante pintados com tinta epóxi;	
8	Mobilidade através de quatro rodízios giratórios com sistema de freio;	
9	Deve possuir tomadas de entrada e saída de Ar comprimido e Oxigênio, sendo 2 tomadas com fluxômetro de ar comprimido e O2 além de tomadas disponíveis para ligação de aspirador e nebulizador.	
	3. Módulo de Aquecimento:	
10	Aquecimento produzido através de sistema irradiante de calor emitido por elemento aquecedor revestido em quartzo, montado em um módulo refletor com aletas direcionadoras, localizado na parte superior do berço, propiciando um aquecimento homogêneo em toda a área do colchão, sem dificultar o acesso ao paciente;	

11	Calha protetora do elemento aquecedor metálica com grade de proteção em aço;	
12	Permite giro bilateral do elemento aquecedor no plano horizontal (180° graus) com acionamento de alarme de advertência e desligamento automático do aquecimento, facilitando o posicionamento do aparelho de Raios X sem a necessidade de locomover o paciente:	
13	Sistema de proteção térmica através de dispositivo de detecção eletrônica para sobrecarga no elemento aquecedor, com desligamento automático do aquecimento e termostato para desligamento da fonte de alimentação em caso de sobrecarga, atendendo a todos os requisitos da norma técnica NBR 60601 -1.	
	4. Módulo de Controle:	
14	Sistema de acionamento elétrico independente da chave liga -desliga do monitor, para segurança do conjunto, com indicador luminoso no painel de controle;	
15	Sistema eletrônico de controle totalmente microprocessado;	
16	Painel de fácil acesso para manutenção e calibração montado em um chassis metálico destacável;	
17	Painel frontal com acabamento liso em policarbonato que evita a penetração de líquidos e com teclas tipo toque -suave;	
18	Rotina de autoteste do sistema ao ligar;	
19	Deve possuir alarmes de temperatura alta, temperatura baixa, falta de energia e falha de sensor.	
20	Retenção de memória dos valores programados em caso de falta de energia;	
21	Indicação luminosa de standby na coluna do berço com acesso por ambas as laterais;	
22	Indicação gráfica do nível da potência de aquecimento;	
23	Indicação luminosa simultânea de todos os valores de temperatura, potência;	
24	Permitir indicação luminosa de todos os alarmes mesmo com o som inibido;	
25	Indicação luminosa para modo automático ou manual;	
26	Indicação da intensidade da potência de aquecimento de 0 a 100% em relação a potência máxima, com intervalos de 10%;	
27	Indicação de temperatura do RN com faixa entre 10 a 50°C (Graus Celsius), com resolução de 0,1°C (Graus Celsius) e precisão de aprocimadamente 0,2°C (Graus Celsius);	
28	Teclas liga, desliga, bloqueio de teclado, aumento e redução do ajuste com bip de alerta para informação do procedimento de ajuste;	

29	Tecla inibidora do som dos alarmes.	
	Acompanha:	
30	Ressuscitador de fluxo contínuo que permita ajustar as pressões de Pinsp (Pressão Inspiratória), PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) e de segurança através de mano-vacuômetro, com mangueira de entrada de gás, circuito com válvula “T” dispondo de misturador de gases tipo blender incorporado no poste do equipamento com faixa mínima de 21 à 100% de concentração de O2 e tudo incorporado na estrutura integrado ao painel frontal; Deve possuir sistema de aspiração com manômetro, incorporado na estrutura integrado ao painel frontal; Misturador de oxigênio (blender) com concentração de 21 a 100% de oxigênio, econômico e com baixo consumo de oxigênio. Capacidade de uso para o blender de 0 a 30 LPM (Litros por Minuto), com exatidão de aproximadamente 3%.	
	5. Modos de Operação:	
31	Automático (Servo controle): Monitoração da temperatura do paciente através de sensor de pele e controle automatizado da intensidade de calor fornecida ao recém-nascido por sistema servo - controlado;	
32	Manual: Utilização sem sensor de pele, com seleção da intensidade de calor pré-ajustada pelo operador;	
33	Pré-aquecimento: Utilizado para aquecer o leito do recém-nascido antes de o receber, aumentando o conforto térmico. (Limita a potência).	
	6. Leito:	
34	Construído em acrílico transparente removível, com cantos arredondados que evitam o acúmulo de sujeira;	
35	Sistema de inclinação hidráulico / eletrico, para as posições horizontal, trendelemburg e proclive, com inclinações de até 12° (Graus);	
36	Colchão totalmente construído em material atóxico e autoextinguível, constituído de espuma com densidade adequada ao conforto do RN e capa removível, sem costura para evitar concentração de bactérias, aberta de um dos lados para facilitar o procedimento de limpeza;	
	7. Alimentação Elétrica	
37	Alimentação: 220 volts ou Bivolt automático (127/220volts) - 50/60hz (Hertz);	
38	Fusíveis de proteção para os circuitos.	
	8. Acessórios Inclusos	

39	Régua com 03 saídas ;	
40	Suporte cilindro oxigenio;	
41	Resistencia subsalente;	
42	Conjunto com 02 bandejas;	
43	Deverar ser entregue com todos os insumos necessários para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do equipamento.	
	9. Normas e Certificações	
44	Manual técnico e operacional em português (BR);	
45	Deverá fornecer instalação e treinamento operacional adequado aos usuários;	
46	Registro na ANVISA vigente (conforme Lei 6.360/1976 e RDC nº 665/2022);	
47	Conformidade com: NBR IEC 60601-1.	
48	NBR IEC 60601-1-6 / NBR IEC 60601-1-8 / NBR IEC 60601-1-9.	
49	NBR IEC 60601-2 / 60601-2-21 / 60601-2-50, ou equivalentes internacionais.	
50	Garantia de 24 Mêses.	

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 Entrega e Instalação: **[Data]**
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 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 _____.

( ) Não 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, assumindo, nestes termos, total responsabilidade pelas informações prestadas e se a não utilizar eventual desconhecimento técnico ou ambiental como justificativa para descumprimento contratual ou pleito de reequilíbrio econômico-financeiro 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 IGES-DF - Cargo - RG - CPF]

Assinatura e Carimbo do Representante Legal