| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE |
|---|---|---|---|
| 1 | 16320 | **Ultrassom Diagnóstico Transcraniano**<br><br>**1. Finalidade de Uso**<br>O equipamento deve realizar exames e monitorização de fluxo sanguíneo intracraniano, incluindo:<br>- Monitorização durante terapia trombolítica em Acidente Vascular Cerebral (AVC);<br>- Diagnóstico de AVC;<br>- Auxílio no diagnóstico de morte encefálica;<br>- Acompanhamento de pacientes com anemia falciforme.<br>A execução dos exames deve ser possível em um canal ou dois canais simultâneos.<br>**2. Funcionalidades Doppler**<br>O equipamento deve possuir:<br>- Modo Doppler Espectral Contínuo (CW).<br>- Modo Doppler Espectral Pulsado (PW).<br>- Modo M com 64 (sessenta e quatro) gates por transdutor/canal, no mínimo.<br>- Capacidade de detecção de velocidade de fluxo de, no mínimo, 482 cm/s.<br>- Transformada Rápida de Fourier (FFT) com no mínimo 256 pontos.<br>Todos esses parâmetros devem ser aferíveis por catálogo oficial, manual técnico ou ficha do fabricante.<br>**3. Transdutores**<br>O equipamento deve:<br>- Ser fornecido com 02 (dois) transdutores de 2 MHz, ambos com velocidade detectável mínima de 482 cm/s.<br>- Ser compatível com transdutores que operem nas frequências de 2 MHz, 4 MHz, 8 MHz e 16 MHz.<br>**4. Softwares Obrigatórios**<br>O sistema deve incluir, integrados ou licenciados:<br>- Software de monitorização em dois canais simultâneos;<br>- Software de Reatividade Vaso Motora (VMR);<br>- Software de detecção de êmbolos (HITS);<br>- Software de Fluxo Evocado;<br>- Software de estação de revisão (pós-processamento).<br>Todos devem ser executáveis no próprio equipamento ou em estação de revisão dedicada.<br>**5. Interface e Visualização**<br>O equipamento deve possuir: | 1 |



Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
SRTVN W5 Quadra 702 Edifício PO 700 – Brasília – DF. CNPJ: 28.481.233/0001-72
www.igesdf.org.br

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | - Tela colorida com diagonal mínima de 15 polegadas;<br>- Capacidade de exibir, no mínimo, 8 (oito) janelas espectrais simultâneas.<br>**6. Configuração Física**<br>O equipamento pode ser apresentado em uma das seguintes formas:<br>- Unidade de módulo único (stand-alone); ou<br>- Módulo operado por computador externo, desde que mantenha todas as funcionalidades previstas.<br>**7. Acessórios de Fornecimento Obrigatório**<br>Devem acompanhar o equipamento:<br>- Capacete de fixação de sondas;<br>- Maleta/caixa de transporte;<br>- Cabo de alimentação elétrica;<br>- Teclado externo;<br>- Controle remoto;<br>- Mouse<br>- Deve acompanhar todos os acessórios necessários para o pleno funcionamento do equipamento, conforme o padrão de fornecimento do fabricante. | |



Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
SRTVN W5 Quadra 702 Edifício PO 700 – Brasília – DF. CNPJ: 28.481.233/0001-72
www.igesdf.org.br

**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 equipamento médico destinado ao 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:

**ITEM 01**

| Item nº | Requisito Técnico | Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito |
|---|---|---|
| | 1. Finalidade de Uso | |
| | O equipamento deve realizar exames e monitorização de fluxo sanguíneo intracraniano, incluindo:<br>- Monitorização durante terapia trombolítica em Acidente Vascular Cerebral (AVC);<br>- Diagnóstico de AVC;<br>- Auxílio no diagnóstico de morte encefálica;<br>- Acompanhamento de pacientes com anemia falciforme. | |
| | A execução dos exames deve ser possível em um canal ou dois canais simultâneos. | |
| 2. Funcionalidades Doppler | | |
| O equipamento deve possuir: | | |
| | - Modo Doppler Espectral Contínuo (CW). | |
| | Modo Doppler Espectral Pulsado (PW). | |
| | Modo M com 64 (sessenta e quatro) gates por transdutor/canal, no mínimo. | |
| | Capacidade de detecção de velocidade de fluxo de, no mínimo, 482 cm/s. | |
| | Transformada Rápida de Fourier (FFT) com no mínimo 256 pontos. | |
| Todos esses parâmetros devem ser aferíveis por catálogo oficial, manual técnico ou ficha do fabricante. | | |
| **3. Transdutores** | | |
| O equipamento deve: | | |
| | Ser fornecido com 02 (dois) transdutores de 2 MHz, ambos com velocidade detectável mínima de 482 cm/s. | |
| | Ser compatível com transdutores que operem nas frequências de 2 MHz, 4 MHz, 8 MHz e 16 MHz. | |
| **4. Softwares Obrigatórios** | | |
| O sistema deve incluir, integrados ou licenciados: | | |

| | | |
|---|---|---|
| | Software de monitorização em dois canais simultâneos; | |
| | Software de Reatividade Vaso Motora (VMR); | |
| | Software de detecção de êmbolos (HITS); | |
| | Software de Fluxo Evocado; | |
| | Software de estação de revisão (pós-processamento). | |
| | Todos devem ser executáveis no próprio equipamento ou em estação de revisão dedicada. | |
| **5. Interface e Visualização** | | |
| | O equipamento deve possuir:<br>Tela colorida com diagonal mínima de 15 polegadas; | |
| | O equipamento deve possuir: - Capacidade de exibir, no mínimo, 8 (oito) janelas espectrais simultâneas. | |
| **6. Configuração Física** | | |
| | O equipamento pode ser apresentado em uma das seguintes formas:<br>- Unidade de módulo único (stand-alone); ou<br>- Módulo operado por computador externo, desde que mantenha todas as funcionalidades previstas. | |
| **7. Acessórios de Fornecimento Obrigatório** | | |
| Devem acompanhar o equipamento: | | |
| | Capacete de fixação de sondas; | |
| | Maleta/caixa de transporte; | |
| | Cabo de alimentação elétrica; | |
| | Teclado externo; | |
| | Controle remoto; | |
| | Mouse | |
| | Deve acompanhar todos os acessórios necessários para o pleno funcionamento do equipamento, conforme o padrão de fornecimento do fabricante. | |



Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
SRTVN W5 Quadra 702 Edifício PO 700 – Brasília – DF. CNPJ: 28.481.233/0001-72
www.igesdf.org.br

**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.

**OBSERVAÇÃO:** *Para fins de clareza, registra-se que os campos grafados entre colchetes [ ] representam informações variáveis, que deverão ser substituídas no momento da formalização do presente Termo pelas informações correspondentes, tais como nome e CNPJ da empresa contratada, endereço, modelo e número de série do equipamento, quantidade de volumes, número e data da nota fiscal, local e data da assinatura, bem como dados dos representantes legais.*

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<br>Nome:[NOME DO REPRESENTANTE]<br>Cargo:[CARGO]<br>CPF:[CPF] | Representante da Contratante<br>Nome:[NOME DO REPRESENTANTE]<br>Cargo:[CARGO]<br>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:

***OBSERVAÇÃO:*** *Para fins de clareza, registra-se que os campos grafados entre colchetes [ ] representam informações variáveis, que deverão ser substituídas no momento da formalização do presente Termo pelas informações correspondentes, tais como nome e CNPJ da empresa contratada, endereço, modelo e número de série do equipamento, quantidade de volumes, número e data da nota fiscal, local e data da assinatura, bem como dados dos representantes legais.*

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 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.

6. 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<br>Nome: [NOME DO REPRESENTANTE]<br>Cargo:[CARGO]<br>CPF:[CPF] | Representante da Contratante<br>Nome: [NOME DO REPRESENTANTE]<br>Cargo:[CARGO]<br>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:

***OBSERVAÇÃO:*** *Para fins de clareza, registra-se que os campos grafados entre colchetes [ ] representam informações variáveis, que deverão ser substituídas no momento da formalização do presente Termo pelas informações correspondentes, tais como nome e CNPJ da empresa contratada, endereço, modelo e número de série do equipamento, quantidade de volumes, número e data da nota fiscal, local e data da assinatura, bem como dados dos representantes legais.*

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<br>Nome: [NOME DO REPRESENTANTE]<br>Cargo:[CARGO]<br>CPF:[CPF] | Representante da Contratante<br>Nome: [NOME DO REPRESENTANTE]<br>Cargo:[CARGO]<br>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