ANEXO I-DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

Lote	Codigo MV	Descrição do MV	Quantidade
1	8638	CAMA HOSPITALAR TIPO FAWLER ELÉTRICA PARA PACIENTES ADULTOS COM COLCHÃO Especificação: CAMA HOSPITALAR TIPO FAWLER ELÉTRICA, PARA ACOMODAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS EM AMBIENTES DE ENFERMARIA, APARTAMENTOS DE INTERNAÇÃO E DEMAIS ÁREAS SEMELHANTES; CARGA SEGURA DE TRABALHO MAIOR OU IGUAL A 200 KG; POSSUIR BASE INTEGRADA CONTENDO QUATRO RODÍZIOS COM RODAS DUPLAS E COM CARENAGEM NAS RODAS PARA PROTEÇÃO CONTRA RESPINGOS E DEMAIS SUJIDADES E COM DIMENSÕES DE NO MÍNIMO 15CM OU (6") PARA MOVIMENTAÇÃO ADEQUADA DO EQUIPAMENTO. O SISTEMA DE FRENAGEM MECÂNICO PODERÁ SER DE COMANDO ÚNICO E ESTAR DISPONÍVEL EM PELO MENOS 2 (DOIS) RODÍZIOS DO CONJUNTO E QUE PERMITA O ACIONAMENTO DE FREIOS E DIREÇÃO CENTRAL DISPONDO DE NO MÍNIMO 03 (TRÊS) ESTÁGIOS (LIVRE, ACIONADO E DIRECIONAL), E QUE ESTEJAM POSICIONADOS DISTANTES DAS ZONAS DE SAÍDA DO LEITO; A ESTRUTURA FÍSICA DA BASE E DO ESTRADO DO LEITO DEVERÁ SER EM MATERIAL CONSTITUÍDO DE AÇO CARBONO OU OUTRO DE QUALIDADE SUPERIOR, REVESTIDO EM PINTURA ELETROSTÁTICA, E COM PARA-CHOQUES DE PROTEÇÃO EM TODAS AS QUINAS DAS LATERAIS DA CAMA; APRESENTAR GRADES LATERAIS BIPARTIDAS QUE ABRANJAM TODA LATERAL DA CAMA EM MATERIAL TERMOPLÁSTICO OU DE QUALIDADE SUPERIOR COM ALTA RESISTÊNCIA E COM RESPECTIVO SISTEMA DE LIBERAÇÃO; DISPOR DE CABECEIRA E PESEIRA REMOVÍVEIS, PARA ACESSO CEFÁLICO E UTILIZAÇÃO EVENTUAL COMO SUPERFÍCIE RÍGIDA PARA MASSAGEM CARDÍACA COM PEGAS VAZADAS NA CABECEIRA E NA PESEIRA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS E ERGONOMIA DURANTE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR; O TAMPO DA CAMA DEVERÁ COMPOR NO MÍNIMO, AS SEGUINTES PARTES: DORSO, ASSENTO, ENCOSTO PARA PERNAS COM DUAS SEÇÕES (SUPERIOR E INFERIOR); POSIÇÃO DE PÉS VASCULARES MECÂNICO OU ELÉTRICO; INDICADOR VISUAL EXTERNO DE ÂNGULO TREND/PRÓCLIVE VISUALMENTE LOCALIZADO NA GRADE LATERAL DA PLATAFORMA PARA AUXILIAR O CUMPRIMENTO EFETIVO DE PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS ASSOCIADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS); DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO OU RETENÇÃO DO COLCHÃO EM TODOS OS PERFIS DO ESTRADO, CAPAZ DE ADAPTAR O COLCHÃO À PLATAFORMA DE REPOUSO E PREVENIR POTENCIAIS PONTOS DE APRISIONAMENTO DE MEMBROS; ALÇA BILATERAL DE CPR COM DESTRAVAMENTO MECÂNICO PARA ACESSO EFICIENTE E RESSUSCITAÇÃO CARDÍACA EM TEMPO HÁBIL E/OU COMANDO DE EMERGÊNCIA PARA COLOCAÇÃO IMEDIATA DO DORSO DO TAMPO DA MESA EM POSIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MANOBRA DE CPR; VISANDO O EGRESSO SEGURO DO PACIENTE, A PLATAFORMA QUANDO FOR DESCIDA DEVERÁ POSSIBILITAR UMA DISTÂNCIA DO LEITO ATÉ O CHÃO DE PELO MENOS 45CM, SEM O AUXÍLIO DE ESCADA; POSSUIR GANCHOS PARA BOLSAS DE DRENAGEM; A ESTRUTURA DA CAMA DEVERÁ PERMITIR A MONTAGEM DO SUPORTE DE SORO, DO CILINDRO DE OXIGÊNIO E DA HASTE COM TRAPÉZIO; POSSIBILIDADE DE EXTENSÃO VERTICAL (COMPRIMENTO DO LEITO) POR MECANISMO ELÉTRICO E/OU MECÂNICO DE NO MÍNIMO 12CM; BATERIA DE BACKUP E/OU RESERVA INTEGRADA; CLASSE DE PROTEÇÃO IPX4 OU SUPERIOR; POSSUIR LUZ NOTURNA; POSSUIR DIMENSÕES INTERNAS DA CAMA, LEITO DO PACIENTE, DE NO MÍNIMO 1900 MM DE COMPRIMENTO COM TOLERÂNCIA DE (+/- 10%) E 900 MM DE LARGURA COM TOLERÂNCIA DE (+/-10%);	03

		POSSUIR DIMENSÕES EXTERNAS DA CAMA DE NO MÍNIMO 2000 MM DE COMPRIMENTO COM TOLERÂNCIA DE (+/- 10%) E 1000 MM DE LARGURA COM TOLERÂNCIA DE (+/- 10%); DISPOR DE NO MÍNIMO DE 3 (TRÊS) MOTORES; COMPOR NO MÍNIMO COM 2 (DOIS) CONTROLES EM MEMBRANA ICONOGRÁFICOS, POR MEIO DE BOTOEIRAS, COM ACESSO INTERNO/EXTERNO, LOCALIZADOS NAS GRADES LATERAIS DO LEITO E/OU LOCALIZADO NA PESEIRA; DEVERÁ CONTER NO MÍNIMO OS SEGUINTES MOVIMENTOS: ALTURA, DORSO, FOWLER, FLEXÃO DE JOELHOS, POSIÇÃO CADEIRA, TRENDELENBURG E PRÓCLIVE, SENDO TODOS OS MOVIMENTOS ACIONADOS ATRAVÉS DE MOTORES ELÉTRICOS ACOMPANHADOS DOS DEMAIS ELEMENTOS NECESSÁRIOS DE CONTROLE E COMANDOS ELÉTRICOS DEDICADOS PARA TAIS FUNÇÕES; OS COMANDOS OPERACIONAIS ELÉTRICOS QUE PORVENTURA ESTEJAM CONTIDOS NA REGIÃO INTERNA DA GRADE, ONDE O PACIENTE TEM FÁCIL ACESSO, NÃO DEVERÃO CONTER O MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO DE ALTURA, OU CASO CONTENHA, QUE ESSE COMANDO OU CONTROLE POSSA SER DESATIVADO OU BLOQUEADO PELA ENFERMAGEM; O ACESSO EXTERNO AOS CONTROLES OPERACIONAIS ELÉTRICOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVERÁ PERMITIR NO MÍNIMO, AS SEGUINTES FUNÇÕES: ALTURA, DORSO, FOWLER, FLEXÃO DE JOELHOS, POSIÇÃO CADEIRA, TRENDELENBURG E PRÓCLIVE; POSSUIR DISPOSITIVO DE SEGURANÇA PARA ACIONAMENTO DE PARADA DE EMERGÊNCIA; POSSUIR MECANISMO PARA BLOQUEIO DE CONTROLES ELÉTRICOS; ARTICULAÇÃO DA CABECEIRA E JOELHOS SIMULTANEAMENTE CAPAZ DE REDUZIR FORÇA DE TRAÇÃO EXCESSIVA NA PELE DO PACIENTE (CONTAS, SACRO E CALCANHO) E O DESCOLAMENTO INVOLUNTÁRIO DO CORPO EM DIREÇÃO À PESEIRA; PRÓCLIVE PARA APLICAÇÃO DE PROTOCOLOS DE MOBILIDADE E VERTICALIZAÇÃO PRECOCE PARA APROVEITAMENTO DO LEITO EM UTI OU ENFERMARIAS MAIOR OU IGUAL A 12º; COR PREDOMINANTE DA CAMA EM COR CLARA, PREFERENCIALMENTE NA COR BRANCA; TENSÃO ELÉTRICA DE ALIMENTAÇÃO: 220V – 60 HZ, OU BIVOLT AUTOMÁTICO. PADRÃO ABNT NBR 14136 EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR UMA VIDA ÚLTI DE APROXIMADAMENTE 10 (DEZ) ANOS, CONSIDERANDO O USO ADEQUADO DO EQUIPAMENTO. DEVERÁ ACOMPANHAR: 01(UM) COLCHÃO COM AS SEGUINTES CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: A) O COLCHÃO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO NA ANVISA E EM CASOS DE NÃO SER DO MESMO FABRICANTE DA CAMA, O MESMO DEVERÁ SER HOMOLOGADO PELO FABRICANTE DA CAMA OFERTADA, CONSTANDO NO MANUAL DA CAMA E/OU DO COLCHÃO A EVIDÊNCIA DA HOMOLOGAÇÃO. AS DIMENSÕES DO COLCHÃO DEVERÃO SER COMPATÍVEIS COM A ESTRUTURA DA CAMA E OFERECER CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DO PACIENTE DE NO MÍNIMO 120KG. B) COLCHÃO COM TECNOLOGIA PASSIVA DE REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO ANATÔMICA E LIVRE DE LÁTEX E POSSUIR PROPRIEDADES ANTICHAMA (AUTOEXTINGUÍVEL) EM CONFORMIDADE COM NORMAS VIGENTES E APLICÁVEIS DE INFLAMABILIDADE. C) PERMITIR A COMPRESSÃO TORÁCICA PARA RESSUSCITAÇÃO/REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP). D) COLCHÃO DEVERÁ SER DE ESPUMA CONSTITUÍDA DE MATERIAL POLIURETANO E/OU VISCOELÁSTICO COM ALTA RESISTÊNCIA E FLEXÍVEL. E) COLCHÃO DEVERÁ APRESENTAR A POSSIBILIDADE DE GIRO E/OU ROTAÇÃO, PODENDO SER NO MÍNIMO EM UMA DAS FORMAS POSSÍVEIS, OU SEJA, ROTACIONADO NO SENTIDO CABEÇA/PÉS E/OU GIRANDO DO SENTIDO LADO SUPERIOR E INFERIOR. F) DISPOR DE NO MÍNIMO TRÊS (3) ZONAS DE REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO ANATÔMICA. G) DEVERÁ ATENDER A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ESCARAS COM NO MÍNIMO, OS GRAUS 1 E/OU 2* * GUIDELINES DO GRAU DE RISCO DE LESÕES DO “THE NATIONAL	

		PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL" (NPIAP).A INFORMAÇÃO DEVERÁ CONSTAR NO MANUAL REGISTRADO DO EQUIPAMENTO NA ANVISA OU ENTÃO APRESENTAR CERTIFICADO QUE APRESENTE A INFORMAÇÃO. H) DEVERÁ ACOMPANHAR O(S) RESPECTIVO(S) COMPLEMENTO(S) DO COLCHÃO (COXINS) PARA ATENDER A FUNCIONALIDADE DA CAMA DE EXTENSÃO VERTICAL E/OU HORIZONTAL DO LEITO, DEVENDO ESSES ITENS SEREM DO PRÓPRIO FABRICANTE OU HOMOLOGADOS PELO FABRICANTE E CONSTANDO NO MANUAL DA CAMA E/OU DO COLCHÃO COMPATÍVEL E COM REGISTRO SANITÁRIO VIGENTE. I) A CAPA DE REVESTIMENTO DO COLCHÃO DEVERÁ SER EM POLIURETANO E/OU POLIÉSTER OU NYLON, BIDIRECIONAL, RESISTENTE A FUNGOS E BACTÉRIAS, ANTICHAMA, ISENTA DE LÁTEX, RESPIRÁVEL, IMPERMEÁVEL A PENETRAÇÃO DE LÍQUIDOS E PERMEÁVEL A MOLÉCULAS DE VAPOR E UMIDADE CAPAZ DE PRESERVAR A TEMPERATURA ADEQUADA ENTRE PELE/COLCHÃO. J) A COSTURA DA CAPA DEVE SER À PROVA DE INGRESSO DE LÍQUIDOS, PODENDO SER VULCANIZADA, SOLDADA ELETRONICAMENTE OU OUTRA TÉCNICA QUE PROTEJA O COLCHÃO DO INGRESSO DE LÍQUIDOS E O ZÍPER DEVE TER A SUA COSTURA ESCONDIDA NA PARTE INTERNA DA CAPA OU QUANDO ESTIVER NA PARTE EXTERNA, QUE O ACABAMENTO DA COSTURA SEJA SOLDADA NA CAPA. K)DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE NO MÍNIMO 24 MESES PARA ESPUMA E PARA CAPA, CONSIDERANDO AS INSTRUÇÕES DE USO DE GIRO E REPOSICIONAMENTO E DE LIMPEZA/DESINFECÇÃO. DEVERÁ SER ACOMPANHADA DOS SEGUINTES ACESSÓRIOS: 01 (UM) SUPORTE DE SORO. 01(UM) SUPORTE DE CILINDRO DE OXIGÊNIO. F ORNECER DEMAIS ACESSÓRIOS NÃO LISTADOS AQUI, MAS QUE SÃO INDISPENSÁVEIS AO COMPLETO FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO. O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÀS NORMATIVAS VIGENTES: ABNT NBR IEC 60601-2-52; ABNT NBR IEC 60601-1; ABNT NBR IEC 60601-1-2; ABNT NBR IEC 60601-1-6 E TODAS AS DEMAIS NORMAS APLICÁVEIS QUE NÃO FORAM CITADAS. REGISTRO NA ANVISA DA CAMA E DO COLCHÃO VÁLIDO E NÃO TEMPORÁRIO, CONFORME DISPOSIÇÕES DA LEI N°: 6.360/1976, RDC ANVISA N°: 665/2022 E LEGISLAÇÕES CORRELATAS. A GARANTIA DO EQUIPAMENTO E ACESSÓRIOS DEVERÁ SER DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES;	

ANEXO II - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

MODELO DE COMPROVAÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E PROPOSTA DE PREÇOS

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

Ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

Prezados Senhores,

Apresentamos nossa proposta para fornecimento de equipamentos médicos destinados à composição do setro pediátrico da **Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h Ceilândia 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:

***ITEM 01**

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito.
CAMA HOSPITALAR TIPO FAWLER ELÉTRICA: O EQUIPAMENTO DEVE SER ACOMPANHADO NO MINIMO DOS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:		
1	CAMA HOSPITALAR TIPO FAWLER ELÉTRICA, PARA ACOMODAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS EM AMBIENTES DE ENFERMARIA, APARTAMENTOS DE INTERNAÇÃO E DEMAIS ÁREAS SEMELHANTES; CARGA SEGURA DE TRABALHO MAIOR OU IGUAL A 200 KG;;	
2	POSSUIR BASE INTEGRADA CONTENDO QUATRO RODÍZIOS COM RODAS DUPLAS E COM CARENAGEM NAS RODAS PARA PROTEÇÃO CONTRA RESPINGOS E DEMAIS SUJIDADES E COM DIMENSÕES DE NO MÍNIMO 15CM OU (6") PARA MOVIMENTAÇÃO ADEQUADA DO EQUIPAMENTO.;	
3	O SISTEMA DE FRENAGEM MECÂNICO PODERÁ SER DE COMANDO ÚNICO E ESTAR DISPONÍVEL EM PELO MENOS 2 (DOIS) RODÍZIOS DO CONJUNTO E QUE PERMITA O ACIONAMENTO DE FREIOS E DIREÇÃO CENTRAL DISPONDO DE NO MÍNIMO 03 (TRÊS) ESTÁGIOS (LIVRE, ACIONADO E DIRECIONAL), E QUE ESTEJAM POSICIONADOS DISTANTES DAS ZONAS DE SAÍDA DO LEITO;	

4	A ESTRUTURA FÍSICA DA BASE E DO ESTRADO DO LEITO DEVERÁ SER EM MATERIAL CONSTITUÍDO DE AÇO CARBONO OU OUTRO DE QUALIDADE SUPERIOR, REVESTIDO EM PINTURA ELETROSTÁTICA, E COM PARA-CHOQUES DE PROTEÇÃO EM TODAS AS QUINAS DAS LATERAIS DA CAMA;	
5	APRESENTAR GRADES LATERAIS BIPARTIDAS QUE ABRANJAM TODA LATERAL DA CAMA EM MATERIAL TERMOPLÁSTICO OU DE QUALIDADE SUPERIOR COM ALTA RESISTÊNCIA E COM RESPECTIVO SISTEMA DE LIBERAÇÃO;	
6	DISPOR DE CABECEIRA E PESEIRA REMOVÍVEIS, PARA ACESSO CEFÁLICO E UTILIZAÇÃO EVENTUAL COMO SUPERFÍCIE RÍGIDA PARA MASSAGEM CARDÍACA COM PEGAS VAZADAS NA CABECEIRA E NA PESEIRA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS E ERGONOMIA DURANTE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR;	
7	O TAMPO DA CAMA DEVERÁ COMPOR NO MÍNIMO, AS SEGUINTES PARTES: DORSO, ASSENTO, ENCOSTO PARA PERNAS COM DUAS SEÇÕES (SUPERIOR E INFERIOR);	
8	POSIÇÃO DE PÉS VASCULARES MECÂNICO OU ELÉTRICO;	
9	INDICADOR VISUAL EXTERNO DE ÂNGULO TREND/PRÓCLIVE VISUALMENTE LOCALIZADO NA GRADE LATERAL DA PLATAFORMA PARA AUXILIAR O CUMPRIMENTO EFETIVO DE PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS ASSOCIADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS);	
10	DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO OU RETENÇÃO DO COLCHÃO EM TODOS OS PERFIS DO ESTRADO, CAPAZ DE ADAPTAR O COLCHÃO À PLATAFORMA DE REPOUSO E PREVENIR POTENCIAIS PONTOS DE APRISIONAMENTO DE MEMBROS;	
11	ALÇA BILATERAL DE CPR COM DESTRAVAMENTO MECÂNICO PARA ACESSO EFICIENTE E RESSUSCITAÇÃO CARDÍACA EM TEMPO HÁBIL E/OU COMANDO DE EMERGÊNCIA PARA COLOCAÇÃO IMEDIATA DO DORSO DO TAMPO DA MESA EM POSIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MANOBRA DE CPR;	
12	VISANDO O EGRESSO SEGURO DO PACIENTE, A PLATAFORMA QUANDO FOR DESCIDA DEVERÁ POSSIBILITAR UMA DISTÂNCIA DO LEITO ATÉ O CHÃO DE PELO MENOS 45CM, SEM O AUXÍLIO DE ESCADA;	
13	POSSUIR GANCHOS PARA BOLSAS DE DRENAGEM;	
14	A ESTRUTURA DA CAMA DEVERÁ PERMITIR A MONTAGEM DO SUPORTE DE SORO, DO CILINDRO DE OXIGÊNIO E DA HASTE COM TRAPÉZIO;	
15	POSSIBILIDADE DE EXTENSÃO VERTICAL (COMPRIMENTO DO LEITO) POR MECANISMO ELÉTRICO E/OU MECÂNICO DE NO MÍNIMO 12CM	
16	BATERIA DE BACKUP E/OU RESERVA INTEGRADA;	
17	CLASSE DE PROTEÇÃO IPX4 OU SUPERIOR; POSSUIR LUZ NOTURNA;	
18	POSSUIR DIMENSÕES INTERNAS DA CAMA, LEITO DO PACIENTE, DE NO MÍNIMO 1900 MM DE COMPRIMENTO COM TOLERÂNCIA DE (+/- 10%) E 900 MM DE LARGURA	

	COM TOLERÂNCIA DE (+/-10%);	
19	POSSUIR DIMENSÕES EXTERNAS DA CAMA DE NO MÍNIMO 2000 MM DE COMPRIMENTO COM TOLERÂNCIA DE (+/- 10%) E 1000 MM DE LARGURA COM TOLERÂNCIA DE (+/- 10%);	
20	DISPOR DE NO MÍNIMO DE 3 (TRÊS) MOTORES;	
21	COMPOR NO MÍNIMO COM 2 (DOIS) CONTROLES EM MEMBRANA ICONOGRÁFICOS, POR MEIO DE BOTOEIRAS, COM ACESSO INTERNO/EXTERNO, LOCALIZADOS NAS GRADES LATERAIS DO LEITO E/OU LOCALIZADO NA PESEIRA;	
22	DEVERÁ CONTER NO MÍNIMO OS SEGUINTES MOVIMENTOS: ALTURA, DORSO, FOWLER, FLEXÃO DE JOELHOS, POSIÇÃO CADEIRA, TRENDELENBURG E PRÓCLIVE, SENDO TODOS OS MOVIMENTOS ACIONADOS ATRAVÉS DE MOTORES ELÉTRICOS ACOMPANHADOS DOS DEMAIS ELEMENTOS NECESSÁRIOS DE CONTROLE E COMANDOS ELÉTRICOS DEDICADOS PARA TAIS FUNÇÕES;	
23	OS COMANDOS OPERACIONAIS ELÉTRICOS QUE PORVENTURA ESTEJAM CONTIDOS NA REGIÃO INTERNA DA GRADE, ONDE O PACIENTE TEM FÁCIL ACESSO, NÃO DEVERÃO CONTER O MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO DE ALTURA, OU CASO CONTENHA, QUE ESSE COMANDO OU CONTROLE POSSA SER DESATIVADO OU BLOQUEADO PELA ENFERMAGEM;	
24	O ACESSO EXTERNO AOS CONTROLES OPERACIONAIS ELÉTRICOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVERÁ PERMITIR NO MÍNIMO, AS SEGUINTES FUNÇÕES: ALTURA, DORSO, FOWLER, FLEXÃO DE JOELHOS, POSIÇÃO CADEIRA, TRENDELENBURG E PRÓCLIVE;	
25	POSSUIR DISPOSITIVO DE SEGURANÇA PARA ACIONAMENTO DE PARADA DE EMERGÊNCIA;	
26	POSSUIR MECANISMO PARA BLOQUEIO DE CONTROLES ELÉTRICOS;	
27	ARTICULAÇÃO DA CABECEIRA E JOELHOS SIMULTANEAMENTE CAPAZ DE REDUZIR FORÇA DE TRAÇÃO EXCESSIVA NA PELE DO PACIENTE (CONTAS, SACRO E CALCANHO) E O DESCOLAMENTO INVOLUNTÁRIO DO CORPO EM DIREÇÃO À PESEIRA;	
28	PRÓCLIVE PARA APLICAÇÃO DE PROTOCOLOS DE MOBILIDADE E VERTICALIZAÇÃO PRECOCE PARA APROVEITAMENTO DO LEITO EM UTI OU ENFERMARIAS MAIOR OU IGUAL A 12º;	
29	COR PREDOMINANTE DA CAMA EM COR CLARA, PREFERENCIALMENTE NA COR BRANCA;	
30	TENSÃO ELÉTRICA DE ALIMENTAÇÃO: 220V – 60 HZ, OU BIVOLT AUTOMÁTICO. PADRÃO ABNT NBR 14136	
31	EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR UMA VIDA ÚLTI DE APROXIMADAMENTE 10 (DEZ) ANOS, CONSIDERANDO O USO ADEQUADO DO EQUIPAMENTO.	
32	DEVERÁ ACOMPANHAR:	
33	01(UM) COLCHÃO COM AS SEGUINTES CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS:	
34	A) O COLCHÃO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO NA ANVISA E	

	EM CASOS DE NÃO SER DO MESMO FABRICANTE DA CAMA, O MESMO DEVERÁ SER HOMOLOGADO PELO FABRICANTE DA CAMA OFERTADA, CONSTANDO NO MANUAL DA CAMA E/OU DO COLCHÃO A EVIDÊNCIA DA HOMOLOGAÇÃO. AS DIMENSÕES DO COLCHÃO DEVERÃO SER COMPATÍVEIS COM A ESTRUTURA DA CAMA E OFERECER CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DO PACIENTE DE NO MÍNIMO 120KG.	
35	B) COLCHÃO COM TECNOLOGIA PASSIVA DE REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO ANATÔMICA E LIVRE DE LÁTEX E POSSUIR PROPRIEDADES ANTICHAMA (AUTOEXTINGUÍVEL) EM CONFORMIDADE COM NORMAS VIGENTES E APLICÁVEIS DE INFLAMABILIDADE.	
36	C) PERMITIR A COMPRESSÃO TORÁCICA PARA RESSUSCITAÇÃO/REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP).	
37	D) COLCHÃO DEVERÁ SER DE ESPUMA CONSTITUÍDA DE MATERIAL POLIURETANO E/OU VISCOELÁSTICO COM ALTA RESISTÊNCIA E FLEXÍVEL.	
38	E) COLCHÃO DEVERÁ APRESENTAR A POSSIBILIDADE DE GIRO E/OU ROTAÇÃO, PODENDO SER NO MÍNIMO EM UMA DAS FORMAS POSSÍVEIS, OU SEJA, ROTACIONADO NO SENTIDO CABEÇA/PÉS E/OU GIRANDO DO SENTIDO LADO SUPERIOR E INFERIOR.	
39	F) DISPOR DE NO MÍNIMO TRÊS (3) ZONAS DE REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO ANATÔMICA.	
40	G) DEVERÁ ATENDER A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ESCARAS COM NO MÍNIMO, OS GRAUS 1 E/OU 2* * GUIDELINES DO GRAU DE RISCO DE LESÕES DO “THE NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL” (NPIAP).A INFORMAÇÃO DEVERÁ CONSTAR NO MANUAL REGISTRADO DO EQUIPAMENTO NA ANVISA OU ENTÃO APRESENTAR CERTIFICADO QUE APRESENTE A INFORMAÇÃO.	
41	H) DEVERÁ ACOMPANHAR O(S) RESPECTIVO(S) COMPLEMENTO(S) DO COLCHÃO (COXINS) PARA ATENDER A FUNCIONALIDADE DA CAMA DE EXTENSÃO VERTICAL E/OU HORIZONTAL DO LEITO, DEVENDO ESSES ITENS SEREM DO PRÓPRIO FABRICANTE OU HOMOLOGADOS PELO FABRICANTE E CONSTANDO NO MANUAL DA CAMA E/OU DO COLCHÃO COMPATÍVEL E COM REGISTRO SANITÁRIO VIGENTE.	
42	I) A CAPA DE REVESTIMENTO DO COLCHÃO DEVERÁ SER EM POLIURETANO E/OU POLIÉSTER OU NYLON, BIDIRECIONAL, RESISTENTE A FUNGOS E BACTÉRIAS, ANTICHAMA, ISENTA DE LÁTEX, RESPIRÁVEL, IMPERMEÁVEL A PENETRAÇÃO DE LÍQUIDOS E PERMEÁVEL A MOLÉCULAS DE VAPOR E UMIDADE CAPAZ DE PRESERVAR A TEMPERATURA ADEQUADA ENTRE PELE/COLCHÃO.	
43	J) A COSTURA DA CAPA DEVE SER À PROVA DE INGRESSO DE LÍQUIDOS, PODENDO SER VULCANIZADA, SOLDADA ELETRONICAMENTE OU OUTRA TÉCNICA QUE PROTEJA O COLCHÃO DO INGRESSO DE LÍQUIDOS E O ZÍPER DEVE TER A SUA COSTURA ESCONDIDA NA PARTE INTERNA DA	

	CAPA OU QUANDO ESTIVER NA PARTE EXTERNA, QUE O ACABAMENTO DA COSTURA SEJA SOLDADA NA CAPA.	
44	K)DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE NO MÍNIMO 24 MESES PARA ESPUMA E PARA CAPA, CONSIDERANDO AS INSTRUÇÕES DE USO DE GIRO E REPOSICIONAMENTO E DE LIMPEZA/DESINFECÇÃO.	
45	DEVERÁ SER ACOMPANHADA DOS SEGUINTES ACESSÓRIOS:	
46	01 (UM) SUPORTE DE SORO.	
47	01(UM) SUPORTE DE CILINDRO DE OXIGÊNIO.	
48	FORNECER DEMAIS ACESSÓRIOS NÃO LISTADOS AQUI, MAS QUE SÃO INDISPENSÁVEIS AO COMPLETO FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO.	
49	O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÀS NORMATIVAS VIGENTES:	
50	ABNT NBR IEC 60601-2-52;	
51	ABNT NBR IEC 60601-1;	
52	ABNT NBR IEC 60601-1-2;	
53	ABNT NBR IEC 60601-1-6 E	
54	TODAS AS DEMAIS NORMAS APLICÁVEIS QUE NÃO FORAM CITADAS.	
55	REGISTRO NA ANVISA DA CAMA E DO COLCHÃO VÁLIDO E NÃO TEMPORÁRIO, CONFORME DISPOSIÇÕES DA LEI N°: 6.360/1976, RDC ANVISA N°: 665/2022 E LEGISLAÇÕES CORRELATAS.	
56	A GARANTIA DO EQUIPAMENTO E ACESSÓRIOS DEVERÁ SER DE 24(VINTE E QUATRO) MESES;	

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

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

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

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

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

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

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

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

[Local], ____de _____de2024

_____

[NomedoRepresentanteLegal–Cargo–RG-CPF]

ANEXOIII-TERMO DE ENTREGA PROVISÓRIA

PelopresenteTermo,aspartesabaixoidentificadas:

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

1. **IdentificaçãodoEquipamento**
   - **Descrição:**[DESCRIÇÃODOEQUIPAMENTO]
   - **Modelo:**[MODELO]
   - **NúmerodeSérie:**[NÚMERODESÉRIE]
   - **Volume(s)/Caixa(s):**[QUANTIDADEDECAIXAS/VOLUMES]
   - **NotaFiscaldeRemessa:**[NÚMERODANOTAFISCAL]
   - **DatadeRemessa:**[DATADEREMESSA]

2. **CondiçõesdeEntrega**

- A **CONTRATADA** declaraqueaentregados volumesfoi realizadaemconformidade com a Nota Fiscal de Remessa nº **[NÚMERO DA NOTA FISCAL]**, e que os volumesentregues estão devidamente acondicionados e em conformidade com as especificações acordadas.
- A **CONTRATANTE** deverá conferir os volumes recebidos com a documentação de remessa, sendo que qualquer discrepância ou dano detectado no momento da entrega deverá ser comunicado imediatamente à **CONTRATADA** para as providências cabíveis.

3. **CondiçõesdeEntregaProvisória**

- 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-searealizara instalaçãodos equipamentosno prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de recebimento dos volumes. A instalação deverá ser realizada de acordo com as instruções técnicas e de segurança fornecidas pelo fabricante, bem como com os requisitos legais e normativos aplicáveis.
- A **CONTRATANTE** compromete-se a formalizar a aceitação definitiva dos equipamentos apenas após a instalação completa, realização de treinamentos e a verificação de que os equipamentos atendem aos requisitos técnicos estabelecidos.

4. **DeclaraçõesdasPartes**

- A **CONTRATADA** declara que a entrega dos volumes foi realizada conforme a Nota Fiscal de Remessa nº[NÚMERO DA NOTA FISCAL], e que os volumes entregues estão devidamente acondicionados e em conformidade com as especificações acordadas.
- A **CONTRATADA** compromete-se a fornecer todo o suporte necessário durante o períododeinstalaçãoe testes,garantindo queeventuaisfalhasouajustes sejamcorrigidos dentro do prazo acordado.
- A **CONTRATANTE** declara que, ao receber os volumes, verificará a integridade dos itens,conferindo-oscomadocumentaçãofiscal,equequalquerdivergênciaouavaria

identificadadeverásercomunicadaàCONTRATADAnoprazomáximode24(vintee quatro) horas corridas.

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

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

Assinaturas:

_____	_____
Representante da Contratada Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]** Cargo:**[CARGO]** CPF:**[CPF]**	Representante da Contratante Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]** 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. **IdentificaçãodoEquipamento**
   - **Descrição:**[DESCRIÇÃODOEQUIPAMENTO]
   - **Modelo:**[MODELO]
   - **NúmerodeSérie:**[NÚMERODESÉRIE]
   - **DatadeRecebimento:**[DATADORECEBIMENTO]

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

5. **DeclaraçõesdasPartes**
   - A CONTRATADA declara que está ciente de suas responsabilidades durante o períododeavaliação,incluindosuporte técnico,manutençãocorretivaeeventuais ajustes necessários.
   - A CONTRATANTEcompromete-seacomunicaràCONTRATADAqualquerproblema identificado durante o uso do equipamento no prazo máximo de **24 (vinte e quatro) horas corridas** após sua ocorrência.

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

Assinaturas:

_____	_____
Representante da Contratada Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]** Cargo:**[CARGO]** CPF:**[CPF]**	Representante da Contratante Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]** Cargo:**[CARGO]** CPF:**[CPF]**

ANEXOV-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 EstratégicadeSaúdedo DistritoFederal(IGESDF),inscrita noCNPJsobonº28.481.233/0001- 72, doravante denominada "CONTRATANTE", firmam o presente Termo de Recebimento Definitivo de Equipamento Médico-Hospitalar nas seguintes condições:

1. **IdentificaçãodoEquipamento**
   - **Descrição:**[DESCRIÇÃODOEQUIPAMENTO]
   - **Modelo:**[MODELO]
   - **NúmerodeSérie:**[NÚMERODESÉRIE]
   - **DatadeEntregaeInstalação:**[DATA]
2. **CondiçõesdoRecebimento**
   - A CONTRATANTE declara que o equipamento foi entregue, instalado e devidamenteconfiguradopelaCONTRATADAnolocalindicado,conforme especificações contratuais.
   - O equipamento foi submetido ao período de avaliação, com duração de **15 (quinze)diascorridos**,duranteo qualforamrealizadosostestesoperacionaiseas análises técnicas necessárias para validar seu desempenho.
3. **DeclaraçãodeConformidade**
   - ACONTRATANTEconfirmaqueoequipamentoatende plenamenteàscondiçõese especificações descritas no Contrato nº **[NÚMERO DO CONTRATO]** e em seus apêndices.
   - Nãoforamidentificadasfalhas,defeitosouirregularidadesquecomprometamo uso do equipamento para sua finalidade.
4. **AceiteDefinitivo**
   - Mediante o cumprimento integral das obrigações contratuais e técnicas, a CONTRATANTEformalizao**aceitedefinitivo**doequipamento,encerrandoo período de avaliação e finalizando o processo de recebimento, conforme o contrato firmado entre as partes.
   - A CONTRATADA permanece responsável pelas obrigações de garantia, manutençãoesuportetécnico,conformeosprazosecondiçõesestipuladosno contrato.

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

Assinaturas:

_____	_____
Representante da Contratada Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]** Cargo:**[CARGO]** CPF:**[CPF]**	Representante da Contratante Nome:**[NOMEDOREPRESENTANTE]** 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 comprometendo-se a não utilizar eventual desconhecimento técnico ou ambiental como justificativa para descumprimento contratual ou pleito de reequilíbrio econômico-financeiro do 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