ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO SISTEMA MV

Lote: 01

Código MV nº	Descrição
18088	Ventilador pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos, destinado à assistência de média e alta complexidade. **1. Faixa de Pacientes:** **1.1.** Deverá atender pacientes com peso corporal aproximado entre: **3 kg a 200 kg** **2. Parâmetros Técnicos Mínimos** **2.2.** O ventilador pulmonar deverá permitir o ajuste direto, pelo operador, dos seguintes parâmetros ventilatórios, devendo as faixas de ajuste declaradas no manual técnico do fabricante contemplar, no mínimo, os intervalos abaixo indicados: • **Volume corrente (VT):** faixa ajustável mínima de 20 mL a 2000 mL; • **Pressão controlada (Pinsp ou pressão inspiratória acima da PEEP, conforme nomenclatura do fabricante):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 90 cmH_2O; • **PEEP:** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 40 cmH_2O; • **Frequência respiratória (FR):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 100 respirações por minuto (RPM); • **FiO_2:** faixa ajustável de, no mínimo, 21% a 100%; • **Tempo inspiratório (TI):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, o intervalo de 0,3 a 5,0 segundos; • **Relação I:E:** ajustável; • **Sensibilidade inspiratória (trigger):** ajustável por fluxo e/ou por pressão; • **Fluxo inspiratório (quando aplicável ao modo ventilatório selecionado):** ajustável; • **Fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, 2 a 50 L/min. **3. Modos Ventilatórios** • Ventilação Controlada a Volume (VCV) • Ventilação Controlada a Pressão (PCV) • Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) • Ventilação com Suporte de Pressão (PSV) • Ventilação com Suporte a Volume (VSV) • Modo de Volume Garantido, inclusive para pacientes neonatais • Ventilação Não Invasiva (NIV)), inclusive para neonatal • Ventilação em Dois Níveis de Pressão (Bilevel) ou equivalente funcional

- Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP)
- Ventilação com Fluxo Contínuo, ciclada a tempo e com pressão limitada, inclusive associada ao SIMV
- Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT)
- Recurso de segurança:
    - Backup/Apneia (ventilação de segurança) disponível nos modos espontâneos (ex.: CPAP/PSV/NIV), com parâmetros configuráveis e alarme de apneia.

4. Recursos avançados:

4.1. Deverá permitir a inclusão de modos avançados de ventilação proporcional/adaptativa e/ou automação de desmame, com sincronismo paciente–ventilador, tais como: assistência proporcional ao esforço (ex.: PAV), modos adaptativos (ex.: ASV) e/ou protocolos automatizados de desmame (ex.: SmartCare), ou equivalentes funcionais, no mínimo para pacientes adultos e pediátricos. recurso de backup/apneia no mínimo disponível nos modos espontâneos

5. Sistema de Monitorização

- Tela colorida **touch-screen**, com dimensão mínima de **12 polegadas**

6. Monitorização de volume:

- Sensor proximal ou distal para pacientes **neonatais**
- Sensor distal para pacientes **adultos**

7. Parâmetros monitorados (mínimo)

Os parâmetros abaixo deverão ser monitorados sempre que o modo ventilatório, a interface utilizada (invasiva ou não invasiva) e a condição operacional permitirem sua medição de forma válida, conforme o projeto do equipamento:

- Volume corrente exalado e inspirado, quando aplicável
- Pressão de pico e pressão de platô, quando aplicável
- PEEP ajustada e PEEP total, quando aplicável
- Pressão média de vias aéreas
- Frequência respiratória total e espontânea, quando aplicável
- Tempos inspiratório e expiratório
- Relação I:E
- FiO_2, com monitoração por sensor paramagnético, ultrassônico ou galvânico
- Pico de fluxo inspiratório
- Volume minuto expirado

8. Cálculos automáticos da mecânica respiratória:

- Resistência
- Complacência
- Pressão de oclusão
- Auto-PEEP

9. Representação gráfica:

- Curvas: pressão × tempo, fluxo × tempo, volume × tempo
- Loops: pressão × volume, fluxo × volume

	• Tendências gráficas dos parâmetros monitorados **10. Sistema de Alarmes** • O ventilador deverá possuir, no mínimo, alarmes visuais e sonoros para: • Alta e baixa pressão inspiratória • Alto e baixo volume minuto • Frequência respiratória alta e baixa • Alta e baixa FiO_2 • Apneia • Baixa pressão de oxigênio • Baixa pressão de ar comprimido • Falha no fornecimento de gases • Falta de energia elétrica • Bateria fraca • Falha geral do equipamento ou condição de não funcionamento **11. Recursos Adicionais** • Sistema de **nebulização integrado**, sem alteração da FiO_2 ajustada • Tecla para **pausa inspiratória e expiratória manual** • Memória para armazenamento dos **últimos parâmetros ajustados** • **Bateria interna recarregável**, com autonomia mínima de **30 minutos** • Capacidade de **manter ventilação** mesmo na ausência de um dos gases, em situação de emergência, com alarme indicativo do gás ausente • Compatibilidade com protocolo de comunicação **HL7** • **Software em língua portuguesa** **12. Acessórios Inclusos (mínimo)** • 01 (um) Umidificador aquecido • 01 (uma) Jarra térmica • 01 (um) Braço articulado • 01 (um) Pedestal com rodízios • 03 (três) Circuito paciente pediátrico/adulto • 03 (três) Circuito paciente neonatal/pediátrico • 03 (três) Válvula de exalação (quando aplicável ao equipamento) • 01(um) conjunto de mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido **13. Normas e Conformidades** • O equipamento deverá atender às seguintes normas (ou versões vigentes/equivalentes): • NBR IEC 60601-1 • NBR IEC 60601-1-2 • NBR IEC 60601-1-8 (alarmes) • ABNT NBR ISO 80601-2-12 (ventiladores para cuidados críticos) • Grau de proteção IP21 ou superior
18089	Ventilador pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos, destinado à assistência de média e alta complexidade.

	1. Faixa de Pacientes: 1.1. Deverá atender pacientes com peso corporal aproximado entre: 0,5 kg a 200 kg 2. Parâmetros Técnicos Mínimos 2.2. O ventilador pulmonar deverá permitir o ajuste direto, pelo operador, dos seguintes parâmetros ventilatórios, devendo as faixas de ajuste declaradas no manual técnico do fabricante contemplar, no mínimo, os intervalos abaixo indicados: • Volume corrente (VT): faixa ajustável mínima de 20 mL a 2000 mL; • Pressão controlada (Pinsp ou pressão inspiratória acima da PEEP, conforme nomenclatura do fabricante): faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 90 cmH_2O; • PEEP: faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 40 cmH_2O; • Frequência respiratória (FR): faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 100 respirações por minuto (RPM); • FiO_2: faixa ajustável de, no mínimo, 21% a 100%; • Tempo inspiratório (TI): faixa ajustável que contemple, no mínimo, o intervalo de 0,3 a 5,0 segundos; • Relação I:E: ajustável; • Sensibilidade inspiratória (trigger): ajustável por fluxo e/ou por pressão; • Fluxo inspiratório (quando aplicável ao modo ventilatório selecionado): ajustável; • Fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT): faixa ajustável que contemple, no mínimo, 2 a 50 L/min. 3. Modos Ventilatórios • Ventilação Controlada a Volume (VCV) • Ventilação Controlada a Pressão (PCV) • Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) • Ventilação com Suporte de Pressão (PSV) • Ventilação com Suporte a Volume (VSV) • Modo de Volume Garantido, inclusive para pacientes neonatais • Ventilação Não Invasiva (NIV)), inclusive para neonatal • Ventilação em Dois Níveis de Pressão (Bilevel) ou equivalente funcional • Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) • Ventilação com Fluxo Contínuo, ciclada a tempo e com pressão limitada, inclusive associada ao SIMV • Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT) • Recurso de segurança: ○ Backup/Apneia (ventilação de segurança) disponível nos modos espontâneos (ex.: CPAP/PSV/NIV), com parâmetros configuráveis e alarme de apneia. 4. Recursos avançados:

	4.1. Deverá permitir a inclusão de modos avançados de ventilação proporcional/adaptativa e/ou automação de desmame, com sincronismo paciente–ventilador, tais como: assistência proporcional ao esforço (ex.: PAV), modos adaptativos (ex.: ASV) e/ou protocolos automatizados de desmame (ex.: SmartCare), ou equivalentes funcionais, no mínimo para pacientes adultos e pediátricos. recurso de backup/apneia no mínimo disponível nos modos espontâneos 5. Sistema de Monitorização • Tela colorida touch-screen, com dimensão mínima de 12 polegadas 6. Monitorização de volume: • Sensor proximal ou distal para pacientes neonatais • Sensor distal para pacientes adultos 7. Parâmetros monitorados (mínimo) Os parâmetros abaixo deverão ser monitorados sempre que o modo ventilatório, a interface utilizada (invasiva ou não invasiva) e a condição operacional permitirem sua medição de forma válida, conforme o projeto do equipamento: • Volume corrente exalado e inspirado, quando aplicável • Pressão de pico e pressão de platô, quando aplicável • PEEP ajustada e PEEP total, quando aplicável • Pressão média de vias aéreas • Frequência respiratória total e espontânea, quando aplicável • Tempos inspiratório e expiratório • Relação I:E • FiO_2, com monitoração por sensor paramagnético, ultrassônico ou galvânico • Pico de fluxo inspiratório • Volume minuto expirado 8. Cálculos automáticos da mecânica respiratória: • Resistência • Complacência • Pressão de oclusão • Auto-PEEP 9. Representação gráfica: • Curvas: pressão × tempo, fluxo × tempo, volume × tempo • Loops: pressão × volume, fluxo × volume • Tendências gráficas dos parâmetros monitorados 10. Sistema de Alarmes • O ventilador deverá possuir, no mínimo, alarmes visuais e sonoros para: • Alta e baixa pressão inspiratória • Alto e baixo volume minuto • Frequência respiratória alta e baixa • Alta e baixa FiO_2 • Apneia

	• Baixa pressão de oxigênio • Baixa pressão de ar comprimido • Falha no fornecimento de gases • Falta de energia elétrica • Bateria fraca • Falha geral do equipamento ou condição de não funcionamento 11. Recursos Adicionais • Sistema de nebulização integrado, sem alteração da FiO_2 ajustada • Tecla para pausa inspiratória e expiratória manual • Memória para armazenamento dos últimos parâmetros ajustados • Bateria interna recarregável, com autonomia mínima de 30 minutos • Capacidade de manter ventilação mesmo na ausência de um dos gases, em situação de emergência, com alarme indicativo do gás ausente • Compatibilidade com protocolo de comunicação HL7 • Software em língua portuguesa 12. Acessórios Inclusos (mínimo) • 01 (um) Umidificador aquecido • 01 (uma) Jarra térmica • 01 (um) Braço articulado • 01 (um) Pedestal com rodízios • 03 (três) Circuito paciente pediátrico/adulto • 03 (três) Circuito paciente neonatal/pediátrico • 03 (três) Válvula de exalação (quando aplicável ao equipamento) • 01(um) conjunto de mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido 13. Normas e Conformidades • O equipamento deverá atender às seguintes normas (ou versões vigentes/equivalentes): • NBR IEC 60601-1 • NBR IEC 60601-1-2 • NBR IEC 60601-1-8 (alarmes) • ABNT NBR ISO 80601-2-12 (ventiladores para cuidados críticos) • Grau de proteção IP21 ou superior

ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO SISTEMA MV

Lote: 01

Código MV nº	Descrição
18088	Ventilador pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos, destinado à assistência de média e alta complexidade. 1. Faixa de Pacientes: 1.1. Deverá atender pacientes com peso corporal aproximado entre: 3 kg a 200 kg 2. Parâmetros Técnicos Mínimos 2.2. O ventilador pulmonar deverá permitir o ajuste direto, pelo operador, dos seguintes parâmetros ventilatórios, devendo as faixas de ajuste declaradas no manual técnico do fabricante contemplar, no mínimo, os intervalos abaixo indicados: • Volume corrente (VT): faixa ajustável mínima de 5 mL a 2000 mL; • Pressão controlada (Pinsp ou pressão inspiratória acima da PEEP, conforme nomenclatura do fabricante): faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 90 cmH_2O; • Pressão de suporte: faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 60cmH20; • PEEP: faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 40 cmH_2O; • Frequência respiratória (FR): faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 100 respirações por minuto (RPM); • FiO_2: faixa ajustável de, no mínimo, 21% a 100%; • Tempo inspiratório (TI): faixa ajustável que contemple, no mínimo, o intervalo de 0,3 a 5,0 segundos; • Relação I:E: ajustável; • Fluxo inspiratório (quando aplicável ao modo ventilatório selecionado): ajustável; • Fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT): faixa ajustável que contemple, no mínimo, 2 a 50 L/min. • Sensibilidade inspiratória por fluxo: faixa ajustável que contemple, no mínimo, 0,5 a 2,0 lpm 3. Modos Ventilatórios • Ventilação Controlada a Volume (VCV) • Ventilação Controlada a Pressão (PCV) • Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) ou modo volume garantido para pacientes neonatais • Ventilação com Suporte de Pressão (PSV) • Ventilação com Suporte a Volume (VSV)

	• Modo de Volume Garantido, inclusive para pacientes neonatais • Ventilação Não Invasiva (NIV)), inclusive para neonatal • Ventilação em Dois Níveis de Pressão (Bilevel) ou equivalente funcional • Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) • Ventilação com Fluxo Contínuo, ciclada a tempo e com pressão limitada, inclusive associada ao SIMV • Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT) • Recurso de segurança: ○ Backup/Apneia (ventilação de segurança) disponível nos modos espontâneos (ex.: CPAP/PSV/NIV), com parâmetros configuráveis e alarme de apneia. • Modo de ventilação que melhore a sincronia/adaptação paciente ventilador para uma melhor mecânica respiratória, podendo ser minimamente um dos modos a seguir: NAVA, SmartCare, PAV, ASV, AVA, AMV, para, pelo menos, pacientes adultos e pediátricos. 4. Sistema de Monitorização • Tela colorida touch-screen, com dimensão mínima de 12 polegadas, e botão rotacional para ajuste de programação dos parâmetros 5. Monitorização de volume: • Sensor proximal ou distal para pacientes neonatais • Sensor distal para pacientes adultos 6. Parâmetros monitorados (mínimo) Os parâmetros abaixo deverão ser monitorados sempre que o modo ventilatório, a interface utilizada (invasiva ou não invasiva) e a condição operacional permitirem sua medição de forma válida, conforme o projeto do equipamento: • Volume corrente exalado e inspirado, quando aplicável • Pressão de pico e pressão de platô, quando aplicável • PEEP ajustada e PEEP total, quando aplicável • Pressão média de vias aéreas • Frequência respiratória total e espontânea, quando aplicável • Tempos inspiratório e expiratório • Relação I:E • FiO_2, com monitoração por sensor paramagnético, ultrassônico ou galvânico • Pico de fluxo inspiratório • Volume minuto expirado • Constante de tempo expiratório • Índice de stress e volume expiratório 7. Cálculos automáticos da mecânica respiratória: • Resistência • Complacência • Pressão de oclusão • Auto-PEEP

	8. Representação gráfica: • Curvas: pressão × tempo, fluxo × tempo, volume × tempo • Loops: pressão × volume, fluxo × volume • Tendências gráficas dos parâmetros monitorados 9. Sistema de Alarmes • O ventilador deverá possuir, no mínimo, alarmes visuais e sonoros para: • Alta e baixa pressão inspiratória • Alto e baixo volume minuto • Frequência respiratória alta e baixa • Alta e baixa FiO_2 • Apneia • Baixa pressão de oxigênio • Baixa pressão de ar comprimido • Falha no fornecimento de gases • Falta de energia elétrica • Bateria fraca • Falha geral do equipamento ou condição de não funcionamento 10. Recursos Adicionais • Sistema de **nebulização integrado**, sem alteração da FiO_2 ajustada • Tecla para **pausa inspiratória e expiratória manual** • Memória para armazenamento dos **últimos parâmetros ajustados** • **Bateria interna recarregável**, com autonomia mínima de **30 minutos** • Capacidade de **manter ventilação** mesmo na ausência de um dos gases, em situação de emergência, com alarme indicativo do gás ausente • Compatibilidade com protocolo de comunicação **HL7** • **Software em língua portuguesa** 11. Acessórios Inclusos (mínimo) • 01 (um) Umidificador aquecido • 01 (uma) Jarra térmica • 01 (um) Braço articulado • 01 (um) Pedestal com rodízios • 03 (três) Circuito paciente pediátrico/adulto • 03 (três) Circuito paciente neonatal/pediátrico • 03 (três) Válvula de exalação (quando aplicável ao equipamento) • 01(um) conjunto de mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido 12. Normas e Conformidades • O equipamento deverá atender às seguintes normas (ou versões vigentes/equivalentes): • NBR IEC 60601-1 • NBR IEC 60601-1-2 • NBR IEC 60601-1-8 (alarmes) • ABNT NBR ISO 80601-2-12 (ventiladores para cuidados críticos) • Grau de proteção IP21 ou superior

18089	Ventilador pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos, destinado à assistência de média e alta complexidade. **1. Faixa de Pacientes:** **1.1.** Deverá atender pacientes com peso corporal aproximado entre: **0,5 kg a 200 kg** **2. Parâmetros Técnicos Mínimos** **2.2.** O ventilador pulmonar deverá permitir o ajuste direto, pelo operador, dos seguintes parâmetros ventilatórios, devendo as faixas de ajuste declaradas no manual técnico do fabricante contemplar, no mínimo, os intervalos abaixo indicados: • **Volume corrente (VT):** faixa ajustável mínima de 5 mL a 2000 mL; • **Pressão controlada (Pinsp ou pressão inspiratória acima da PEEP, conforme nomenclatura do fabricante):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 90 cmH_2O; • **Pressão de suporte:** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 60cmH20; • **PEEP:** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 40 cmH_2O; • **Frequência respiratória (FR):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 100 respirações por minuto (RPM); • **FiO_2:** faixa ajustável de, no mínimo, 21% a 100%; • **Tempo inspiratório (TI):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, o intervalo de 0,3 a 5,0 segundos; • **Relação I:E:** ajustável; • **Fluxo inspiratório (quando aplicável ao modo ventilatório selecionado):** ajustável; • **Fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, 2 a 50 L/min. • **Sensibilidade inspiratória por fluxo:** faixa ajustável que contemple, no mínimo, 0,5 a 2,0 lpm **3. Modos Ventilatórios** • Ventilação Controlada a Volume (VCV) • Ventilação Controlada a Pressão (PCV) • Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) ou modo volume garantido para pacientes neonatais • Ventilação com Suporte de Pressão (PSV) • Ventilação com Suporte a Volume (VSV) • Modo de Volume Garantido, inclusive para pacientes neonatais • Ventilação Não Invasiva (NIV)), inclusive para neonatal • Ventilação em Dois Níveis de Pressão (Bilevel) ou equivalente funcional • Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) • Ventilação com Fluxo Contínuo, ciclada a tempo e com pressão limitada, inclusive associada ao SIMV

	• Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT) • Recurso de segurança: ○ Backup/Apneia (ventilação de segurança) disponível nos modos espontâneos (ex.: CPAP/PSV/NIV), com parâmetros configuráveis e alarme de apneia. • Modo de ventilação que melhore a sincronia/adaptação paciente ventilador para uma melhor mecânica respiratória, podendo ser minimamente um dos modos a seguir: NAVA, SmartCare, PAV, ASV, AVA, AMV, para, pelo menos, pacientes adultos e pediátricos. **4. Sistema de Monitorização** • Tela colorida **touch-screen**, com dimensão mínima de **12 polegadas**, e botão rotacional para ajuste de programação dos parâmetros **5. Monitorização de volume:** • Sensor proximal ou distal para pacientes **neonatais** • Sensor distal para pacientes **adultos** **6. Parâmetros monitorados (mínimo)** Os parâmetros abaixo deverão ser monitorados sempre que o modo ventilatório, a interface utilizada (invasiva ou não invasiva) e a condição operacional permitirem sua medição de forma válida, conforme o projeto do equipamento: • Volume corrente exalado e inspirado, quando aplicável • Pressão de pico e pressão de platô, quando aplicável • PEEP ajustada e PEEP total, quando aplicável • Pressão média de vias aéreas • Frequência respiratória total e espontânea, quando aplicável • Tempos inspiratório e expiratório • Relação I:E • FiO_2, com monitoração por sensor paramagnético, ultrassônico ou galvânico • Pico de fluxo inspiratório • Volume minuto expirado • Constante de tempo expiratório • Índice de stress e volume expiratório **7. Cálculos automáticos da mecânica respiratória:** • Resistência • Complacência • Pressão de oclusão • Auto-PEEP **8. Representação gráfica:** • Curvas: pressão × tempo, fluxo × tempo, volume × tempo • Loops: pressão × volume, fluxo × volume • Tendências gráficas dos parâmetros monitorados **9. Sistema de Alarmes** • O ventilador deverá possuir, no mínimo, alarmes visuais e sonoros para:

	• Alta e baixa pressão inspiratória • Alto e baixo volume minuto • Frequência respiratória alta e baixa • Alta e baixa FiO_2 • Apneia • Baixa pressão de oxigênio • Baixa pressão de ar comprimido • Falha no fornecimento de gases • Falta de energia elétrica • Bateria fraca • Falha geral do equipamento ou condição de não funcionamento **10. Recursos Adicionais** • Sistema de **nebulização integrado**, sem alteração da FiO_2 ajustada • Tecla para **pausa inspiratória e expiratória manual** • Memória para armazenamento dos **últimos parâmetros ajustados** • **Bateria interna recarregável**, com autonomia mínima de **30 minutos** • Capacidade de **manter ventilação** mesmo na ausência de um dos gases, em situação de emergência, com alarme indicativo do gás ausente • Compatibilidade com protocolo de comunicação **HL7** • **Software em língua portuguesa** **11. Acessórios Inclusos (mínimo)** • 01 (um) Umidificador aquecido • 01 (uma) Jarra térmica • 01 (um) Braço articulado • 01 (um) Pedestal com rodízios • 03 (três) Circuito paciente pediátrico/adulto • 03 (três) Circuito paciente neonatal/pediátrico • 03 (três) Válvula de exalação (quando aplicável ao equipamento) • 01(um) conjunto de mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido **12. Normas e Conformidades** • O equipamento deverá atender às seguintes normas (ou versões vigentes/equivalentes): • NBR IEC 60601-1 • NBR IEC 60601-1-2 • NBR IEC 60601-1-8 (alarmes) • ABNT NBR ISO 80601-2-12 (ventiladores para cuidados críticos) • Grau de proteção IP21 ou superior

ANEXO II - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

Lote: 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
1	Ventilador pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos, destinado à assistência de média e alta complexidade.	
	1. Faixa de Pacientes:	
2	**1.1.** Deverá atender pacientes com peso corporal aproximado entre: **3 kg a 200 kg**	
	2. Parâmetros Técnicos Mínimos	
3	**2.2.** O ventilador pulmonar deverá permitir o ajuste direto, pelo operador, dos seguintes parâmetros ventilatórios, devendo as faixas de ajuste declaradas no manual técnico do fabricante contemplar, no mínimo, os intervalos abaixo indicados:	
4	**Volume corrente (VT):** faixa ajustável mínima de 5 mL a 2000 mL;	
5	**Pressão controlada (Pinsp ou pressão inspiratória acima da PEEP, conforme nomenclatura do fabricante):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 90 cmH_2O;	
6	**Pressão de suporte:** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 60cmH20;	
7	**PEEP:** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 40 cmH_2O;	
8	**Frequência respiratória (FR):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 100 respirações por minuto (RPM);	
9	**FiO_2:** faixa ajustável de, no mínimo, 21% a 100%;	
10	**Tempo inspiratório (TI):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, o intervalo de 0,3 a 5,0 segundos;	
11	**Relação I:E:** ajustável;	
12	**Fluxo inspiratório (quando aplicável ao modo ventilatório selecionado):** ajustável;	
13	**Fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, 2 a 50 L/min.	
14	**Sensibilidade inspiratória por fluxo:** faixa ajustável que contemple, no mínimo, 0,5 a 2,0 lpm	
	3. Modos Ventilatórios	
15	Ventilação Controlada a Volume (VCV)	
16	Ventilação Controlada a Pressão (PCV)	
17	Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) ou modo volume garantido para pacientes neonatais	
18	Ventilação com Suporte de Pressão (PSV)	

19	Ventilação com Suporte a Volume (VSV)	
20	Modo de Volume Garantido, inclusive para pacientes neonatais	
21	Ventilação Não Invasiva (NIV)), inclusive para neonatal	
22	Ventilação em Dois Níveis de Pressão (Bilevel) ou equivalente funcional	
23	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP)	
24	Ventilação com Fluxo Contínuo, ciclada a tempo e com pressão limitada, inclusive associada ao SIMV	
25	Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT)	
26	Recurso de segurança:	
27	Backup/Apneia (ventilação de segurança) disponível nos modos espontâneos (ex.: CPAP/PSV/NIV), com parâmetros configuráveis e alarme de apneia.	
28	Modo de ventilação que melhore a sincronia/adaptação paciente ventilador para uma melhor mecânica respiratória, podendo ser minimamente um dos modos a seguir: NAVA, SmartCare, PAV, ASV, AVA, AMV, para, pelo menos, pacientes adultos e pediátricos.	
4. Sistema de Monitorização		
29	Tela colorida **touch-screen**, com dimensão mínima de **12 polegadas**, e botão rotacional para ajuste de programação dos parâmetros	
5. Monitorização de volume:		
30	Sensor proximal ou distal para pacientes **neonatais**	
31	Sensor distal para pacientes **adultos**	
6. Parâmetros monitorados (mínimo)		
32	Os parâmetros abaixo deverão ser monitorados sempre que o modo ventilatório, a interface utilizada (invasiva ou não invasiva) e a condição operacional permitirem sua medição de forma válida, conforme o projeto do equipamento:	
33	Volume corrente exalado e inspirado, quando aplicável	
34	Pressão de pico e pressão de platô, quando aplicável	
35	PEEP ajustada e PEEP total, quando aplicável	
36	Pressão média de vias aéreas	
37	Frequência respiratória total e espontânea, quando aplicável	
38	Tempos inspiratório e expiratório	
39	Relação I:E	
40	FiO_2, com monitoração por sensor paramagnético, ultrassônico ou galvânico	
41	Pico de fluxo inspiratório	
42	Volume minuto expirado	
43	Constante de tempo expiratório	
44	Índice de stress e volume expiratório	
7. Cálculos automáticos da mecânica respiratória:		
45	Resistência	
46	Complacência	
47	Pressão de oclusão	
48	Auto-PEEP	

8. Representação gráfica:		
49	Curvas: pressão × tempo, fluxo × tempo, volume × tempo	
50	Loops: pressão × volume, fluxo × volume	
51	Tendências gráficas dos parâmetros monitorados	
9. Sistema de Alarmes		
52	O ventilador deverá possuir, no mínimo, alarmes visuais e sonoros para:	
53	Alta e baixa pressão inspiratória	
54	Alto e baixo volume minuto	
55	Frequência respiratória alta e baixa	
56	Alta e baixa FiO_2	
57	Apneia	
58	Baixa pressão de oxigênio	
59	Baixa pressão de ar comprimido	
60	Falha no fornecimento de gases	
61	Falta de energia elétrica	
62	Bateria fraca	
63	Falha geral do equipamento ou condição de não funcionamento	
10. Recursos Adicionais		
64	Sistema de **nebulização integrado**, sem alteração da FiO_2 ajustada	
65	Tecla para **pausa inspiratória e expiratória manual**	
66	Memória para armazenamento dos **últimos parâmetros ajustados**	
67	**Bateria interna recarregável**, com autonomia mínima de **30 minutos**	
68	Capacidade de **manter ventilação** mesmo na ausência de um dos gases, em situação de emergência, com alarme indicativo do gás ausente	
69	Compatibilidade com protocolo de comunicação **HL7**	
70	**Software em língua portuguesa**	
11. Acessórios Inclusos (mínimo)		
71	01 (um) Umidificador aquecido	
72	01 (uma) Jarra térmica	
73	01 (um) Braço articulado	
74	01 (um) Pedestal com rodízios	
75	03 (três) Circuito paciente pediátrico/adulto	
76	03 (três) Circuito paciente neonatal/pediátrico	
77	03 (três) Válvula de exalação (quando aplicável ao equipamento)	
78	01(um) conjunto de mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido	
12. Normas e Conformidades		
79	O equipamento deverá atender às seguintes normas (ou versões vigentes/equivalentes):	
80	NBR IEC 60601-1	
81	NBR IEC 60601-1-2	
82	NBR IEC 60601-1-8 (alarmes)	
83	ABNT NBR ISO 80601-2-12 (ventiladores para cuidados críticos)	

84	Grau de proteção IP21 ou superior	

Lote: 02

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	Ventilador pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos, destinado à assistência de média e alta complexidade.	
	1. Faixa de Pacientes:	
2	**1.1.** Deverá atender pacientes com peso corporal aproximado entre: **0,5 kg a 200 kg**	
	2. Parâmetros Técnicos Mínimos	
3	**2.2.** O ventilador pulmonar deverá permitir o ajuste direto, pelo operador, dos seguintes parâmetros ventilatórios, devendo as faixas de ajuste declaradas no manual técnico do fabricante contemplar, no mínimo, os intervalos abaixo indicados:	
4	**Volume corrente (VT):** faixa ajustável mínima de 5 mL a 2000 mL;	
5	**Pressão controlada (Pinsp ou pressão inspiratória acima da PEEP, conforme nomenclatura do fabricante):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 90 cmH_2O;	
6	**Pressão de suporte:** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 60cmH20;	
7	**PEEP:** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 40 cmH_2O;	
8	**Frequência respiratória (FR):** faixa ajustável que permita valor máximo igual ou superior a 100 respirações por minuto (RPM);	
9	**FiO_2:** faixa ajustável de, no mínimo, 21% a 100%;	
10	**Tempo inspiratório (TI):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, o intervalo de 0,3 a 5,0 segundos;	
11	**Relação I:E:** ajustável;	
12	**Fluxo inspiratório (quando aplicável ao modo ventilatório selecionado):** ajustável;	
13	**Fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT):** faixa ajustável que contemple, no mínimo, 2 a 50 L/min.	
14	**Sensibilidade inspiratória por fluxo:** faixa ajustável que contemple, no mínimo, 0,5 a 2,0 lpm	
	3. Modos Ventilatórios	
15	Ventilação Controlada a Volume (VCV)	
16	Ventilação Controlada a Pressão (PCV)	

17	Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) ou modo volume garantido para pacientes neonatais	
18	Ventilação com Suporte de Pressão (PSV)	
19	Ventilação com Suporte a Volume (VSV)	
20	Modo de Volume Garantido, inclusive para pacientes neonatais	
21	Ventilação Não Invasiva (NIV)), inclusive para neonatal	
22	Ventilação em Dois Níveis de Pressão (Bilevel) ou equivalente funcional	
23	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP)	
24	Ventilação com Fluxo Contínuo, ciclada a tempo e com pressão limitada, inclusive associada ao SIMV	
25	Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo (HFOT)	
26	Recurso de segurança:	
27	Backup/Apneia (ventilação de segurança) disponível nos modos espontâneos (ex.: CPAP/PSV/NIV), com parâmetros configuráveis e alarme de apneia.	
28	Modo de ventilação que melhore a sincronia/adaptação paciente ventilador para uma melhor mecânica respiratória, podendo ser minimamente um dos modos a seguir: NAVA, SmartCare, PAV, ASV, AVA, AMV, para, pelo menos, pacientes adultos e pediátricos.	
4. Sistema de Monitorização		
29	Tela colorida **touch-screen**, com dimensão mínima de **12 polegadas**, e botão rotacional para ajuste de programação dos parâmetros	
5. Monitorização de volume:		
30	Sensor proximal ou distal para pacientes **neonatais**	
31	Sensor distal para pacientes **adultos**	
6. Parâmetros monitorados (mínimo)		
32	Os parâmetros abaixo deverão ser monitorados sempre que o modo ventilatório, a interface utilizada (invasiva ou não invasiva) e a condição operacional permitirem sua medição de forma válida, conforme o projeto do equipamento:	
33	Volume corrente exalado e inspirado, quando aplicável	
34	Pressão de pico e pressão de platô, quando aplicável	
35	PEEP ajustada e PEEP total, quando aplicável	
36	Pressão média de vias aéreas	
37	Frequência respiratória total e espontânea, quando aplicável	
38	Tempos inspiratório e expiratório	
39	Relação I:E	
40	FiO_2, com monitoração por sensor paramagnético, ultrassônico ou galvânico	
41	Pico de fluxo inspiratório	
42	Volume minuto expirado	
43	Constante de tempo expiratório	
44	Índice de stress e volume expiratório	
7. Cálculos automáticos da mecânica respiratória:		
45	Resistência	

46	Complacência	
47	Pressão de oclusão	
48	Auto-PEEP	
8. Representação gráfica:		
49	Curvas: pressão × tempo, fluxo × tempo, volume × tempo	
50	Loops: pressão × volume, fluxo × volume	
51	Tendências gráficas dos parâmetros monitorados	
9. Sistema de Alarmes		
52	O ventilador deverá possuir, no mínimo, alarmes visuais e sonoros para:	
53	Alta e baixa pressão inspiratória	
54	Alto e baixo volume minuto	
55	Frequência respiratória alta e baixa	
56	Alta e baixa FiO_2	
57	Apneia	
58	Baixa pressão de oxigênio	
59	Baixa pressão de ar comprimido	
60	Falha no fornecimento de gases	
61	Falta de energia elétrica	
62	Bateria fraca	
63	Falha geral do equipamento ou condição de não funcionamento	
10. Recursos Adicionais		
64	Sistema de **nebulização integrado**, sem alteração da FiO_2 ajustada	
65	Tecla para **pausa inspiratória e expiratória manual**	
66	Memória para armazenamento dos **últimos parâmetros ajustados**	
67	**Bateria interna recarregável**, com autonomia mínima de **30 minutos**	
68	Capacidade de **manter ventilação** mesmo na ausência de um dos gases, em situação de emergência, com alarme indicativo do gás ausente	
69	Compatibilidade com protocolo de comunicação **HL7**	
70	**Software em língua portuguesa**	
11. Acessórios Inclusos (mínimo)		
71	01 (um) Umidificador aquecido	
72	01 (uma) Jarra térmica	
73	01 (um) Braço articulado	
74	01 (um) Pedestal com rodízios	
75	03 (três) Circuito paciente pediátrico/adulto	
76	03 (três) Circuito paciente neonatal/pediátrico	
77	03 (três) Válvula de exalação (quando aplicável ao equipamento)	
78	01(um) conjunto de mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido	
12. Normas e Conformidades		
79	O equipamento deverá atender às seguintes normas (ou versões vigentes/equivalentes):	
80	NBR IEC 60601-1	

81	NBR IEC 60601-1-2	
82	NBR IEC 60601-1-8 (alarmes)	
83	ABNT NBR ISO 80601-2-12 (ventiladores para cuidados críticos)	
84	Grau de proteção IP21 ou superior	

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, 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