ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

Lote	Código MV	Descrição do MV	Quantidade
1	16354	**CENTRIFUGA DE BANCADA DE 04 ATÉ 30 TUBOS** **1. FINALIDADE** A centrífuga de bancada facilita a obtenção de componentes específicos de uma amostra líquida, de forma rápida, eficiente e padronizada, permitindo que os testes laboratoriais tenham maior precisão e confiabilidade. **2. CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS** Capacidade mínima de 4 a 30 tubos; Velocidade de rotação mínima programável: 100 a 5.000 RPM; Rotor de ângulo variável; Display digital; Sistema microprocessado; Timer de 1 até 99 minutos; Trava de tampa com intertravamento, detecção de desbalanceamento; Aviso sonoro após término da centrifugação; Motor de corrente continua sem escovas. **3. ALIMENTAÇÃO E AUTONOMIA** Alimentação Elétrica 220 Volts ou Bivolt automático - 50/60 HZ **4. ACESSÓRIOS INCLUSOS** Deve possuir todos os acessórios e insumos para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do produto; 01 Rotor de ângulo variável para 4 a 30 tubos; 01 Chave para troca de roto; 01 Manual em português (BR). **5. NORMAS E CONFORMIDADES** Registro ativo na ANVISA; Atender aos requisitos das normas da ABNT e RDCs aplicáveis; Garantia de 24 meses.	2

Lote	Código MV	Descrição do MV	Quantidade
2	16353	**CONTADOR DIFERENCIAL DE CÉLULAS** **1. FINALIDADE** O contador de células é um dispositivo que mede o número de células presentes em amostras suspensas. Ele é usado para quantificar a densidade celular e pode ser usado tanto para a determinação in vitro de densidades celulares como para a quantificação de células neoplásicas em biópsias. **2. CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS** O equipamento deve possuir visor digital; De 11 até 14 teclas, sendo no mínimo 09 teclas de contagem e 2 teclas de função (configuráveis); Teclado de alta durabilidade, Capaz de Suportar uma quantidade elevada de toques; O equipamento deve permitir configuração mínima do Paciente: Número, Idade e Sexo; O equipamento deve permitir minimamente os seguintes resultados: - Registro de leucócitos absolutos e relativo (Valores totais e subtotais); - Volume corpuscular ou globular médio (VCM); - Hemoglobina corpuscular média (HCM); - Concentração da hemoglobina corpuscular média (CHCM ou CHGM); - Possibilidade de contagem de até 999 células; - Função timer com possibilidade de controle de tempos; - O equipamento deve ser capaz de emitir Bip Sonoro toda vez que for atingido o limite de contagem de células pelo usuário; - Carcaça do equipamento deverá ser em material resistente ao uso e ao tempo com pés em borracha antiderrapante. **3. ALIMENTAÇÃO E AUTONOMIA** Alimentação Elétrica 220 Volts ou Bivolt automático - 50/60 HZ. **4. ACESSÓRIOS INCLUSOS** Deve possuir todos os acessórios e insumos para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do produto tais como cabos, conectores, adaptadores e quaisquer outros itens essenciais para a funcionalidade completa do conjunto ofertado. **5. NORMAS E CONFORMIDADES** Registro ativo na ANVISA; Garantia de 24 meses.	2

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 I

Lote	**Descritivo Técnico**	**Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito.**
CENTRIFUGA DE BANCADA DE 04 ATÉ 30 TUBOS		
1. FINALIDADE		
A centrífuga de bancada facilita a obtenção de componentes específicos de uma amostra líquida, de forma rápida, eficiente e padronizada, permitindo que os testes laboratoriais tenham maior precisão e confiabilidade.		
2. CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS		
1	Capacidade mínima de 4 a 30 tubos;	
2	Velocidade de rotação mínima programável: 100 a 5.000 RPM;	
3	Rotor de ângulo variável;	
4	Display digital;	
5	Sistema microprocessado;	
6	Timer de 1 até 99 minutos;	
7	Trava de tampa com intertravamento, detecção de desbalanceamento;	
8	Aviso sonoro após término da centrifugação;	
9	Motor de corrente continua sem escovas.	
3. ALIMENTAÇÃO E AUTONOMIA		
10	Alimentação Elétrica 220 Volts ou Bivolt automático - 50/60 HZ.	

4. ACESSÓRIOS INCLUSOS		
11	Deve possuir todos os acessórios e insumos para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do produto;	
12	01 Rotor de ângulo variável para 4 a 30 tubos;	
13	01 Chave para troca de roto;	
14	01 Manual em português (BR).	
COMPONENTES MÍNIMOS:		
15	Registro ativo na ANVISA;	
16	Atender aos requisitos das normas da ABNT e RDCs aplicáveis;	
17	Garantia de 24 meses.	

LOTE II

Lote	**Descritivo Técnico**	**Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito.**
CONTADOR DIFERENCIAL DE CÉLULAS		
1. FINALIDADE		
O contador de células é um dispositivo que mede o número de células presentes em amostras suspensas. Ele é usado para quantificar a densidade celular e pode ser usado tanto para a determinação in vitro de densidades celulares como para a quantificação de células neoplásicas em biópsias.		
2. CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS		
1	O equipamento deve possuir visor digital;	
2	De 11 até 14 teclas, sendo no mínimo 09 teclas de contagem e 2 teclas de função (configuráveis);	
3	Teclado de alta durabilidade, Capaz de Suportar uma quantidade elevada de toques;	
4	O equipamento deve permitir configuração mínima do Paciente: Número, Idade e Sexo;	
5	O equipamento deve permitir minimamente os seguintes resultados:	
6	- Registro de leucócitos absolutos e relativo (Valores totais e subtotais);	
7	- Volume corpuscular ou globular médio (VCM);	
8	- Hemoglobina corpuscular média (HCM);	
9	- Concentração da hemoglobina corpuscular média (CHCM ou CHGM);	
10	- Possibilidade de contagem de até 999 células;	
11	- Função timer com possibilidade de controle de tempos;	
12	- O equipamento deve ser capaz de emitir Bip Sonoro toda vez que for atingido o limite de contagem de células pelo usuário;	
13	- Carcaça do equipamento deverá ser em material resistente ao uso e ao tempo com pés em borracha antiderrapante.	
3. ALIMENTAÇÃO E AUTONOMIA		
14	Alimentação Elétrica 220 Volts ou Bivolt automático - 50/60 HZ.	

4. ACESSÓRIOS INCLUSOS		
15	Deve possuir todos os acessórios e insumos para pleno funcionamento de todos os recursos disponíveis do produto tais como cabos, conectores, adaptadores e quaisquer outros itens essenciais para a funcionalidade completa do conjunto ofertado.	
COMPONENTES MÍNIMOS:		
16	Registro ativo na ANVISA;	
27	Garantia de 24 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/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