ANEXO I-DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

Lote	Codigo MV	Descrição do MV	Quantidade
1	16066	**BALANÇA PEDIÁTRICA** 1. FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO A FINALIDADE DA BALANÇA PEDIÁTRICA É UM EQUIPAMENTO MÉDICO DESENVOLVIDO ESPECIFICAMENTE PARA PESAR RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS PEQUENAS COM ALTA PRECISÃO E SEGURANÇA. 2. CARACTERÍSTICAS CONSTRUTIVAS CAPACIDADE DE NO MÁXIMO 25KG. FRAÇÃO 5G CONCHA EM POLIPROPILENO VISOR DIGITAL HOMOLOGAÇÃO PELO INMETRO E AFERIÇÃO PELO IPEM (PROVER CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO) FUNÇÃO TARA TENSÃO DE ENTRADA BIVOLT AUTOMÁTICO. PADRÃO ABNT NBR 14136. 3.ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES 01 (UM) ESTADIÔMETRO MANUAL DE OPERAÇÃO OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO. O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÁS NORMAS TÉCNICAS VIGENTES PARA SEGURANÇA ELÉTRICA, COMPATIBILIDADE ELETROMAGNÉTICA E DESEMPENHO, INCLUINDO NBR IEC 60601-1 NBR IEC 60601-1-2 NBR IEC 60601-2-49 OU NORMAS INTERNACIONAIS EQUIVALENTES. DEVERÁ AINDA POSSUI REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022 GARANTIA DE 24 MESES.	01
2	16067	**BALANÇA ANTROPOMÉTRICA** 1. FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO A FINALIDADE PRINCIPAL É MEDIR COM PRECISÃO O PESO CORPORAL E , EM MINUTOS MODELOS, TAMBÉM A ESTATURA (ALTURA) DE UMA PESSOA. ELA É AMPLAMENTE UTILIZADA EM AMBIENTES DE SAÚDE. 2. CARACTERÍSTICAS CONSTRUTIVAS DIGITAL ATÉ 200 KG DIVISÃO DE FRAÇÃO DE 100G RÉGUA ANTROPOMÉTRICA: 1 METRO ATÉ 2 METROS DISPLAY LED DIGITAL DE 6 DÍGITOS FUNÇÃO TARA MÍNIMO DE 4 CÉLULAS DE CARGA PROTEÇÃO DAS CÉLULAS DE CARGA CONTRA IMPACTOS LATERAIS HOMOLOGAÇÃO PELO INMETRO E AFERIÇÃO PELO IPEM (PROVER CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO) BASE EM FERRO FUNDIDO PINTADO EM EPÓXI COM TRATAMENTO ANTICORROSIVO PLATAFORMA EM CHAPA DE AÇO REFORÇADO COM TAPETE DE BORRACHA ANTIDERRAPANTE. 3. ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES FONTE EXTERNA 90 A 240 VAC COM CHAVEAMENTO AUTOMÁTICO OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO. O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÁS NORMAS TÉCNICAS VIGENTES PARA SEGURANÇA ELÉTRICA, COMPATIBILIDADE ELETROMAGNÉTICA E DESEMPENHO, INCLUINDO NBR IEC 60601-1 NBR IEC 60601-1-2	01

		NBR IEC 60601-2-49 OU NORMAS INTERNACIONAIS EQUIVALENTES. DEVERÁ AINDA POSSUI REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022 GARANTIA DE 24 MESES.	
3	16064	**ESFIGMOMANÔMETRO PEDIÁTRICO** 1. FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO ESFIGMOMANÔMETRO É UM EQUIPAMENTO USADO PARA AVALIAR A PRESSÃO SISTÓLICA E DIASTÓLICA DO SANGUE NAS ARTÉRIAS. 2. CARACTERÍSTICAS CONSTRUTIVAS MANÔMETRO DE ALTA PRECISÃO MANGUITO EM PVC PERA EM PVC SEM EMENDAS. CIRCUNFERÊNCIA DE BRAÇO PEDIÁTRICO ESFIGMOMANÔMETRO ANEROIDE LIVRE DE MERCÚRIO BRAÇADEIRAS EM NYLON COM FECHO EM VELCRO BRAÇADEIRA PEDIÁTRIA FAIXA DE MEDIÇÃO DE 0 ATÉ 300 MMHG COM DIVISÃO DE ESCALA DE 2 MMHG TOLERÂNCIA DE +/- 3 MMHG 3. ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES 01 (UMA) BRAÇADEIRA EM NYLON COM FECHO EM VELCRO COM MANGUITO DE LÁTEX DE 2 VIAS PEDIÁTRICO 01 (UMA) PERA COM VÁLVULA E MANÔMETRO 01 (UM) ESTOJO PARA VIGEM 01 (UM) CERTIFICADO DE GARANTIA MANUAL DO OPERADOR EM PORTUGUÊS REGISTO DO EQUIPAMENTO NA ANVISA VIGENTE, CONFORME LEI Nº 6.360/1976. RDC ANVISA Nº 665/2022 VERIFICADO E APROVADO PELO INMETRO GARANTIA DE 24 MESES	02
4	16055	**LANTERNA CLÍNICA** 1. FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO A FINALIDADE DA LANTERNA CLÍNICA É PROPORCIONAR ILUMINAÇÃO DIRECIONADA E CONTROLADA DURANTE EXAMES FÍSICOS, PERMITINDO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE AVALIAR VISUALMENTE ESTRUTURAS ANATÔMICAS COM MAIS PRECISÃO. 2. CARACTERÍSTICAS CONSTRUTIVAS LUZ LED AMARELO POSSUI CONVENIENTE CLIPE DE BOLSO LED COM VIDA ÚTIL POR MAIS DE 10.000 HORAS ALIMENTAÇÃO ATRAVÉS DE DUAS PILHAS AAA (PALITO) LÂMPADA DE LED É PROTEGIDA EVITANDO QUEBRAS POR QUEDAS ACIDENTAIS LANTERNA DE ALTA PERFORMANCE COM ILUMINAÇÃO LED DE 2,2V 3. ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES MANUAL DO OPERADOR EM PORTUGUÊS OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO PILHAS AAA DEVERÁ AINDA POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022 GARANTIA DE 24 MESES.	01
5	16063	**LARINGOSCÓPIO PEDIÁTRICO** 1. FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO A FINALIDADE DO LARINGOSCÓPIO PEDIÁTRICO É PERMITIR A VISUALIZAÇÃO DIRETA DA LARINGE E DAS CORDAS VOCAIS DE BEBÊS E CRIANÇAS, FACILITANDO PROCEDIMENTOS CRUCIAIS COMO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E A AVALIAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, EM CONTEXTOS QUE INCLUEM ANESTESIA, EMERGÊNCIA, UTI PEDIÁTRICA OU REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS.	03

		2. CARACTERÍSTICAS CONSTRUTIVAS CONJUNTO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL LARINGOSCÓPIO DE USO INFANTIL EM AÇO INOXIDÁVEL FIBRA ÓTICA, Á PROVA DE FERRUGEM, LEVE E RESISTENTE CABO COM SUPERFÍCIE O QUE GARANTE MELHOR ADERÊNCIA E SEGURANÇA, PADRÃO UNIVERSAL (ISSO 7376) ILUMINAÇÃO FIBRA ÓTICA ALIMENTAÇÃO POR DUAS PILHAS ALCALINAS AA DE 2,5V 3. ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES MANUAL DO OPERADOR EM PORTUGUÊS OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 0 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 1 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 2 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 3 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 4 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 5 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 00 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 0 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 1 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 2 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 3 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 4 03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 5 01 (UM) GUIA PARA INTUBAÇÃO 01 (UM) CABO PEDIÁTRICO 02 (DUAS) PILHAS ALCALINAS TIPO AA DE 2,5V DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022 GARANTIA DE 24 MESES	
6	16068	**OTOSCÓPIO** 1. FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO A FINALIDADE DO OTOSCÓPIO É EXAMINAR O OUVIDO, ESPECIALMENTE O CANAL AUDITIVO EXTERNO E O TÍMPANO (MEMBRANA TIMPÂNICA). ELE É UM INSTRUMENTO MÉDICO COM UMA LUZ E UMA LENTE DE AUMENTO, USADO PRINCIPALMENTE POR MÉDICOS, ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE. 2. CARACTERÍSTICAS CONSTRUTIVAS ILUMINAÇÃO A PARTIR LÂMPADA LED DE ALTA INTENSIDADE, COM VIDA ÚTIL MÍNIMO 20.000 HORAS TRANSMISSÃO DA LUZ POR FIBRA ÓPTICA, SEM OBSTRUÇÕES, SEM REFLEXOS E SEM AQUECIMENTO PORTÁTIL, LEVE E ERGONÔMICO LENTE GIRATÓRIA CONECTADA AO FOTOSCÓPIO, PERMITINDO INSTRUMENTAÇÃO COM AMPLIAÇÃO DA IMAGEM AUMENTO DO CAMPO DE VISÃO DE NO MÍNIMO 3 (TRÊS) VEZES ACIONAMENTO ATRAVÉS DE BOTÃO LIGA/DESLIGA INTEGRADO E REGULADOR DE INTENSIDADE DE LUZ ALIMENTAÇÃO POR BATERIA RECARREGÁVEL OU PILHA AA CONEXÃO PARA PERA DE INSUFLAÇÃO, POSSIBILITA AVALIAR A MOBILIDADE DA MEMBRANA TIMPÂNICA CABO CARREGÁVEL COMPATÍVEL COM TODAS AS CABEÇAS. 3. ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES 05 (CINCO) ESPÉCULOS AURICULARES REUTILIZÁVEIS DE TAMANHOS DISTINTOS, PERMITINDO A ADAPTAÇÃO A DIFERENTES PACIENTES 02 (DUAS) PILHAS AA RECARREGÁVEIS OU 01 (UMA) BATERIA 01 (UMA) LÂMPADA LED EXTRA 01 (UM) CARREGADOR DE BATERIAS – BIVOLT AUTOMÁTICO OU 220V – 60HZ	02

		01 (UMA) PERA DE INSUFLAÇÃO COMPATÍVEL COM O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022 GARANTIA DE 24 MESE	

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.
BALANÇA PEDIÁTRICA: O EQUIPAMENTO DEVE SER ACOMPANHADO NO MINIMO DOS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:		
1	CAPACIDADE DE NO MÁXIMO 25KG;	
2	FRAÇÃO 5G;	
3	CONCHA EM POLIPROPILENO VISOR DIGITAL;	
4	HOMOLOGAÇÃO PELO INMETRO E AFERIÇÃO PELO IPEM (PROVER CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO);	
5	FUNÇÃO TARA;	
6	TENSÃO DE ENTRADA BIVOLT AUTOMÁTICO;	
7	ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES:	
8	01 (UM) ESTADIÔMETRO MANUAL DE OPERAÇÃO;	
9	OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO.	
10	O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÁS NORMAS TÉCNICAS VIGENTES PARA SEGURANÇA ELÉTRICA, COMPATIBILIDADE ELETROMAGNÉTICA E	

	DESEMPENHO, INCLUINDO	
11	NBR IEC 60601-1 NBR IEC 60601-1-2 NBR IEC 60601-2-49 OU NORMAS INTERNACIONAIS EQUIVALENTES.	
12	DEVERÁ AINDA POSSUI REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976	
13	RDC ANVISA Nº 665/2022	
14	GARANTIA DE 24 MESES.	

***ITEM 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.
	BALANÇA ANTROPOMÉTRICA - UNIDADE DE AQUECIMENTO - ACOMPANHAR NO MÍNIMO OS SEGUINTES ACESSÓRIOS:	
1	DIGITAL ATÉ 200 KG	
2	DIVISÃO DE FRAÇÃO DE 100G	
3	RÉGUA ANTROPOMÉTRICA: 1 METRO ATÉ 2 METROS	
4	DISPLAY LED DIGITAL DE 6 DÍGITOS	
5	FUNÇÃO TARA MÍNIMO DE 4 CÉLULAS DE CARGA	
6	PROTEÇÃO DAS CÉLULAS DE CARGA CONTRA IMPACTOS LATERAIS	
7	HOMOLOGAÇÃO PELO INMETRO E AFERIÇÃO PELO IPEM (PROVER CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO)	
8	BASE EM FERRO FUNDIDO PINTADO EM EPÓXI COM TRATAMENTO ANTICORROSIVO	
9	PLATAFORMA EM CHAPA DE AÇO REFORÇADO COM TAPETE DE BORRACHA ANTIDERRAPANTE.	
10	ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES:	
11	FONTE EXTERNA 90 A 240 VAC COM CHAVEAMENTO AUTOMÁTICO	
12	OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO.	
13	O EQUIPAMENTO DEVERÁ ATENDER ÁS NORMAS TÉCNICAS VIGENTES PARA SEGURANÇA ELÉTRICA, COMPATIBILIDADE ELETROMAGNÉTICA E DESEMPENHO, INCLUINDO: NBR IEC 60601-1 NBR IEC 60601-1-2 NBR IEC 60601-2-49 OU NORMAS INTERNACIONAIS EQUIVALENTES.	
14	DEVERÁ AINDA POSSUI REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022	
15	GARANTIA DE 24 MESES.	

***ITEM 03**

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito.
	ESFIGMOMANÔMETRO PEDIÁTRICO - ACOMPANHAR NO MÍNIMO OS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:	
1	MANÔMETRO DE ALTA PRECISÃO MANGUITO EM PVC	
2	PERA EM PVC SEM EMENDAS.	
3	CIRCUNFERÊNCIA DE BRAÇO PEDIÁTRICO	
4	ESFIGMOMANÔMETRO ANEROIDE	
5	LIVRE DE MERCÚRIO	
6	BRAÇADEIRAS EM NYLON COM FECHO EM VELCRO	
7	BRAÇADEIRA PEDIÁTRIA	
8	FAIXA DE MEDIÇÃO DE 0 ATÉ 300 MMHG COM DIVISÃO DE ESCALA DE 2 MMHG	
9	TOLERÂNCIA DE +/- 3 MMHG	
10	ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES	
11	01 (UMA) BRAÇADEIRA EM NYLON COM FECHO EM VELCRO COM MANGUITO DE LÁTEX DE 2 VIAS PEDIÁTRICO	
12	01 (UMA) PERA COM VÁLVULA E MANÔMETRO	
13	01 (UM) ESTOJO PARA VIGEM	
14	01 (UM) CERTIFICADO DE GARANTIA	
15	MANUAL DO OPERADOR EM PORTUGUÊS	
16	REGISTO DO EQUIPAMENTO NA ANVISA VIGENTE, CONFORME LEI Nº 6.360/1976. RDC ANVISA Nº 665/2022	
17	VERIFICADO E APROVADO PELO INMETRO	
18	GARANTIA DE 24 MESES	

***ITEM 04**

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito.
	LANTERNA CLÍNICA- ACOMPANHAR NO MÍNIMO OS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:	
1	LUZ LED AMARELO	
2	POSSUI CONVENIENTE CLIPE DE BOLSO	
3	LED COM VIDA ÚTIL POR MAIS DE 10.000 HORAS	
4	ALIMENTAÇÃO ATRAVÉS DE DUAS PILHAS AAA (PALITO)	
5	LÂMPADA DE LED É PROTEGIDA EVITANDO QUEBRAS POR QUEDAS ACIDENTAIS	
6	LANTERNA DE ALTA PERFORMANCE COM ILUMINAÇÃO LED DE 2,2V	
7	ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES	

8	MANUAL DO OPERADOR EM PORTUGUÊS	
9	OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO	
10	PILHAS AAA	
11	DEVERÁ AINDA POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022	
12	GARANTIA DE 24 MESES.	

***ITEM 05**

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito.
	LARINGOSCÓPIO PEDIÁTRICO - ACOMPANHAR NO MÍNIMO OS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:	
1	CONJUNTO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL LARINGOSCÓPIO DE USO INFANTIL EM AÇO INOXIDÁVEL	
2	FIBRA ÓTICA, Á PROVA DE FERRUGEM, LEVE E RESISTENTE	
3	CABO COM SUPERFÍCIE O QUE GARANTE MELHOR ADERÊNCIA E SEGURANÇA, PADRÃO UNIVERSAL (ISSO 7376)	
4	ILUMINAÇÃO FIBRA ÓTICA	
5	ALIMENTAÇÃO POR DUAS PILHAS ALCALINAS AA DE 2,5V	
6	ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES	
7	MANUAL DO OPERADOR EM PORTUGUÊS	
8	OBSERVAÇÃO: TODOS OS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O COMPLETO FUNCIONAMENTO DO APARELHO	
9	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 0	
10	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 1	
11	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 2	
12	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 3	
13	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 4	
14	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA CURVA 5	
15	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 00	
16	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 0	
17	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 1	
18	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 2	
19	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 3	
20	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 4	
21	03 (TRÊS) UNIDADES DE LÂMINA RETA 5	
22	01 (UM) GUIA PARA INTUBAÇÃO	
23	01 (UM) CABO PEDIÁTRICO	
24	02 (DUAS) PILHAS ALCALINAS TIPO AA DE 2,5V	
25	DEVERÁ AINDA POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA	

	ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022	
26	GARANTIA DE 24 MESES.	

***ITEM 06**

Item	Descritivo Técnico	Página do Manual do Equipamento Registrado na ANVISA e/ou Relatório Técnico entregue na ANVISA que comprova o atendimento do requisito.
	OTOSCÓPIO- ACOMPANHAR NO MÍNIMO OS SEGUINTES ACESSÓRIOS E CARACTERÍSTICAS:	
1	ILUMINAÇÃO A PARTIR LÂMPADA LED DE ALTA INTENSIDADE, COM VIDA ÚTIL MÍNIMO 20.000 HORAS	
2	TRANSMISSÃO DA LUZ POR FIBRA ÓPTICA, SEM OBSTRUÇÕES, SEM REFLEXOS E SEM AQUECIMENTO	
3	PORTÁTIL, LEVE E ERGONÔMICO	
4	LENTE GIRATÓRIA CONECTADA AO FOTOSCÓPIO, PERMITINDO INSTRUMENTAÇÃO COM AMPLIAÇÃO DA IMAGEM	
5	AUMENTO DO CAMPO DE VISÃO DE NO MÍNIMO 3 (TRÊS) VEZES	
	ACIONAMENTO ATRAVÉS DE BOTÃO LIGA/DESLIGA INTEGRADO E REGULADOR DE INTENSIDADE DE LUZ	
	ALIMENTAÇÃO POR BATERIA RECARREGÁVEL OU PILHA AA	
	CONEXÃO PARA PERA DE INSUFLAÇÃO, POSSIBILITA AVALIAR A MOBILIDADE DA MEMBRANA TIMPÂNICA	
	CABO CARREGÁVEL COMPATÍVEL COM TODAS AS CABEÇAS.	
6	ACESSÓRIOS E DOCUMENTAÇÕES	
7	05 (CINCO) ESPÉCULOS AURICULARES REUTILIZÁVEIS DE TAMANHOS DISTINTOS, PERMITINDO A ADAPTAÇÃO A DIFERENTES PACIENTES	
8	02 (DUAS) PILHAS AA RECARREGÁVEIS OU 01 (UMA) BATERIA	
9	01 (UMA) LÂMPADA LED EXTRA	
10	01 (UM) CARREGADOR DE BATERIAS – BIVOLT AUTOMÁTICO OU 220V – 60HZ	
11	01 (UMA) PERA DE INSUFLAÇÃO COMPATÍVEL COM O EQUIPAMENTO	
12	DEVERÁ POSSUIR REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA, EM CONFORMIDADE COM: LEI Nº 6.360/1976 RDC ANVISA Nº 665/2022	
13	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/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