Anexo I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO MV

Item	Código MV	Descrição do MV	Quantidade
1	8977	CANETA/TURBINA ODONTOLÓGICA DE ALTA ROTAÇÃO COM CONEXÃO TIPO BORDEN (UNIVERSAL - DOIS FUROS) CABEÇA PADRÃO COM NO MÍNIMO 15W DE POTÊNCIA. ROTAÇÃO MÁXIMA DE 335.00 RPM. CABEÇA EM AÇO INOXIDÁVEL. ROLAMENTOS DE ESFERAS CERÂMICA. SISTEMA TROCA BROCA PRESS BUON OU PUSH BUON. ESTERILIZAÇÃO ATRAVÉS DE AUTOCLAVE; BAIXO CONSUMO DE AR COMPRIMIDO. REFRIGERAÇÃO DA BROCA: SPRAY TRIPLO. SISTEMA CABEÇA LIMPA; CASO NECESSÁRIO, DEVE ACOMPANHAR BORRACHA DE VEDAÇÃO DA CONEXÃO. DEVE SER COMPATÍVEL COM EQUIPO/ CADEIRA ODONTOLÓGICA DA MARCA DABI ATLANTE. ENTREGAR MANUAL DO OPERADOR. DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO. REGISTRO DO EQUIPAMENTO EMITIDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE OU COMPROVAÇÃO DE QUE O MESMO É ISENTO DE REGISTRO/CADASTRO, QUANDO FOR O CASO	100
2	9622	PEÇA RETA ODONTOLÓGICA COM CONEXÃO TIPO BORDEN (UNIVERSAL - DOIS FUROS) ROTAÇÃO MÁXIMA A PARTIR DE 12.400 RPM. CORPO EM TITÂNICO OU AÇO INOXIDÁVEL. ROLAMENTOS DE ESFERAS CERÂMICA. GIRO LIVRE EM 360°. ESTERILIZAÇÃO ATRAVÉS DE AUTOCLAVE; RAZÃO DE TRANSMISSÃO DE VELOCIDADE 1:1 DIRETO. FIXAÇÃO DA BROCA ATRAVÉS DE GIRO DE ANEL. SPRAY PARA REFRIGERAÇÃO POR CONDUÇÃO INTERNA OU SPRAY ÚNICO EXTERNO. SISTEMA DE CABEÇA LIMPA; DEVE SER COMPATÍVEL COM EQUIPO/ CADEIRA ODONTOLÓGICA DA MARCA DABI ATLANTE. ENTREGAR MANUAL DO OPERADOR. DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO. REGISTRO DO EQUIPAMENTO EMITIDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE OU COMPROVAÇÃO DE QUE O MESMO É ISENTO DE REGISTRO/CADASTRO, QUANDO FOR O CASO.	69
3	9685	CENTRÍFUGA PARA L-PR CONHECIDA COMO CENTRIFUGA TIPO UNIVERSAL DE BANCADA PARA LABORATÓRIO OU CENTRIFUGA DE MESA, ESTE TIPO DE EQUIPAMENTO	02

		POSSUI UMA AMPLA UTILIZAÇÃO EM LABORATÓRIO PARA LAVAGEM, SEPARAÇÃO, CULTIVO CELULAR CONCENTRAÇÃO DE CÉLULAS E MICROORGANISMOS, BEM COMO A UTILIZAÇÃO EM SEPARAÇÃO EM ÁCIDOS EM TÉCNICAS MOLECULARES DE DIAGNÓSTICO E PESQUISA. A MONTAGEM DO EQUIPAMENTO DEVE ESTAR INCLUSA, BEM COMO, GARANTIA DE NO MÍNIMO 02 ANOS; DEVERÃO ESTAR INCLUSOS NO VALOR FINAL DA PROPOSTA O FRETE DE ENTREGA 1. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: O EQUIPAMENTO DEVERÁ UTILIZAR DE MOTOR SEM ESCOVA E ATINGIR UMA VELOCIDADE MÁXIMA DE PELO MENOS: 4000 RPM COM FORÇA CENTRÍFUGA DE NO MÍNIMO 18.000 G; CARCAÇA DO EQUIPAMENTO DEVERÁ SER EM MATERIAL RESISTENTE AO USO E AO TEMPO COM PÉS EM BORRACHA ANTIDERRAPANTE; O EQUIPAMENTO DEVERÁ MINIMAMENTE INDICAR E EMITIR SINAIS DE ALERTA SONORO PARA AS SEGUINTES SITUAÇÕES: O FINAL DE UMA EXECUÇÃO OU CICLO EM CASO DE DESEQUILÍBRIO, MAU FUNCIONAMENTO DO DISPOSITIVO, FUGA DE CORRENTE E TAMPA ABERTA. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR PROTEÇÃO CONTRA DESBALANCEAMENTO E SISTEMA AUTOMÁTICO DE RECONHECIMENTO DO ROTOR; O EQUIPAMENTO DEVERÁ AINDA POSSUIR SISTEMA DE SEGURANÇA NA TAMPA QUE NÃO PERMITE A PARTIDA COM A TAMPA ABERTA E NÃO PERMITE A ABERTURA DA TAMPA DURANTE O FUNCIONAMENTO; O EQUIPAMENTO DEVERÁ EMITIR BAIXO NÍVEL DE BARULHO (MENOR QUE 60 DB); A TROCA DE ROTORES DEVE SER SIMPLES E RÁPIDA E SEU RECONHECIMENTO AUTOMÁTICO PELO EQUIPAMENTO EVITANDO UTILIZAÇÃO INADEQUADA; TODOS OS ROTORES DEVERÃO SER AUTOCLAVÁVEIS; TODOS OS CONTROLES DE OPERAÇÃO DEVEM ESTAR COLOCADOS EM UM MESMO PAINEL, LOCALIZADO NA PARTE FRONTAL DO APARELHO; 2. CARACTERÍSTICAS ELÉTRICAS: EQUIPAMENTO COM CONTROLE MICROPROCESSADO O EQUIPAMENTO DEVERÁ APRESENTAR MEMÓRIA INTERNA PARA ARMAZENAMENTO DE NO MÍNIMO 3 PROGRAMAS TEMPORIZADOR DE NO MÍNIMO1 A 99 MIN; PARADA AUTOMÁTICA POR FREIO ELETRODINÂMICO; O DISPLAY DEVERÁ APRESENTAR MÍNIMAMENTE MENSAGENS DE ERRO E OS SEGUINTES PARÂMETROS: TEMPO, VELOCIDADE E FORÇA CENTRIFUGA O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA SOBTENSÃO POR FUSÍVEL. A SUBSTITUIÇÃO DO FUSÍVEL DEVE PODER SER FACILMENTE REALIZADA POR UM OPERADOR. A ESPECIFICAÇÃO DO FUSÍVEL DEVE ESTAR CLARAMENTE ESCRITA AO LADO DO LOCAL DE SUA INSTALAÇÃO. O EQUIPAMENTO DEVE ACOMPANHAR UM FUSÍVEL DE RESERVA; O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR CABO DE FORÇA INCORPORADO AO CONJUNTO, OU DE FÁCIL CONEXÃO E ISENTO DE RISCOS ELÉTRICOS; ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 220V OU BIVOLT AUTOMÁTICA COM TOMADA SIMPLES DE 3 PINOS, 50/60 HZ - PADRÃO ABNT NBR 14136 ACESSÓRIOS E OUTROS ITENS:	

		01 (UM) ROTOR DE ÂNGULO FIXO 8X15ML 01 (UM) ROTOR DE ÂNGULO FIXO 12X15ML 02 (DUAS) CAIXAS COM 100 UNIDADES (RACK) DE TUBO SECO PARA COLETA DE SANGUE A VÁCUO - TAMPA VERMELHA 02 (DUAS) CAIXAS COM 50 UNIDADES (RACK) DE TUBO SECO PARA COLETA DE SANGUE A VÁCUO - TAMPA BRANCA 01 (UM) CABO DE FORÇA; DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO	
4	9682	APARELHO DE BISTURI ELETRÔNICO PORTÁTIL BISTURIS ELÉTRICOS SÃO EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONTROLANDO O SANGRAMENTO APÓS A INCISÃO, E CAUSANDO COAGULAÇÃO (HEMOSTASIA) NO LOCAL DA CIRURGIA. ELES FORNECEM CORRENTE ELÉTRICA DE ALTA FREQUÊNCIA ATRAVÉS DE UMA PONTA DE ELETRODO ATIVA, CAUSANDO VAPORIZAÇÃO, DESSECAÇÃO OU CARBONIZAÇÃO POR AQUECIMENTO RESISTIVO NO TECIDO ALVO. A MONTAGEM DO EQUIPAMENTO DEVE ESTAR INCLUSA, BEM COMO, GARANTIA DE NO MÍNIMO 02 ANOS; DEVERÃO ESTAR INCLUSOS NO VALOR FINAL DA PROPOSTA O FRETE DE ENTREGA 1. CARACTERÍSTICAS GERAIS: O EQUIPAMENTO DEVE PERMITIR PROCEDIMENTOS DE BAIXA E MÉDICA COMPLEXIDADE, SEM RESTRIÇÕES FREQUÊNCIA DE OPERAÇÃO DE NO MÍNIMO 350KHZ, COM PELO MENOS UMA SAÍDA BIPOLAR GERADOR ELETROCIRÚRGICO DE ESTADO SÓLIDO COM POTÊNCIA DE PELO MENOS 50W OU SUPERIOR MICROPROCESSADO, COM POSSIBILIDADE DE AJUSTE DIGITAL DE POTÊNCIA COM SAÍDAS MONOPOLARES E BIPOLARES ISOLADAS, COM ACIONAMENTO VIA PEDAL (BIPOLAR E MONOPOLAR) E MANUAL (CANETA) O EQUIPAMMENTO DEVE POSSUIR SISTEMA REM (RETURN ELECTRODE MONITORING), TAMBÉM CONHECIDO COMO SISTEMA DE MONITORAMENTO DO ELETRODO DE RETORNO OU SIMILAR, PARA SEGURANÇA, PERMITINDO A UTILIZAÇÃO DO MESMO CABO PARA PLACAS DE SISTEMA REM (OU SISTEMA SIMILAR) E CONVENCIONAIS, DISPENSANDO OUTRO CABO PARA O SISTEMA 2. PROCEDIMENTOS O EQUIPAMENTO DEVE PERMITIR NO MÍNIMO OS SEGUINTES MODOS DE SAÍDA: CORTE, COAGULAÇÃO E BLEND O EQUIPAMENTO DEVE POSSUIR INDICAÇÃO DE ATIVAÇÃO SONORA E VISUAL DO MODO DE SAÍDA IDENTIFICADA POR CORES; SISTEMA AUTOMÁTICO DE MONITORAÇÃO DE IMPEDÂNCIA DE CONTATO ENTRE PLACA-PACIENTE E PACIENTE, E DA CONTINUIDADE DO FIO E DA CONEXÃO DA PLACA-PACIENTE, DEVENDO BLOQUEAR O FUNCIONAMENTO EM CASO DE FALHA E ATIVAR SINALIZAÇÃO ACÚSTICA E VISUAL; 3. INTERFACE O EQUIPAMENTO DEVE EXIBIR INFORMAÇÕES, FUNÇÕES E PARÂMETROS	07

		DO EQUIPAMENTO. EM COMO TODOS OS AJUSTES E CONFIGURAÇÕES MECESSÁRIAS PARA O FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO, O EQUIPAMENTO DEVE POSSUIR DISPLAYS COM INDICAÇÃO DO MODO DE SAÍDA UTILIZADO, COM LEITURA NUMÉRICA DAS POTENCIAS ATRAVÉS DE DISPLAY DE LEDS OU TELA LCD AJUSTE DE POTÊNCIA DE FORMA DIGITAL ATRAVÉS DE TELA SENSÍVEL AO TOQUE OU BOTÕES OU DE TECLAS COM INDICAÇÃO DO VALOR SELECIONADO POSSUIR ÍNDICE DE PROTEÇÃO DE NO MÍNIMO: IPX1, GARANTINDO A MANEABILIDADE DO EQUIPAMENTO NOS MAIS SEVEROS LOCAIS DE APLICAÇÃO O EQUIPAMENTO DEVE PERMITIR SINALIZAÇÃO DIFERENCIADA PARA CORTE E COAGULAÇÃO 4. CARACTERÍSTICAS ELÉTRICAS: POSSUIR INDICAÇÃO PARA EQUIPAMENTO LIGADO EM REDE ELÉTRICA ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 220V OU BIVOLT AUTOMÁTICA COM TOMADA SIMPLES DE 3 PINOS, 50/60 HZ - PADRÃO ABNT NBR 14136 ATENDER, NO MÍNIMO, AS NORMAS TÉCNICAS ABNT NBR IEC 60601-1, 60601-1-2 E 60601-2-2. ACESSÓRIOS E OUTROS ITENS (A QUANTIDADE DE ACESSÓRIOS É PARA CADA EQUIPAMENTO): 01 (UM) SUPORTE COM RODÍZIO (TROLLEY) COM ACOMODAÇÃO SEGURA PARA O EQUIPAMENTO; 01 (UM) PEDAL DUPLO IMPERMEÁVEL A PROVA DE EXPLOSÃO PARA ACIONAMENTO DAS FUNÇÕES OU 2 (DOIS) PEDAIS, SENDO UM MONOPOLAR E OUTRO BIPOLAR 05 (CINCO) CANETAS REUTILIZÁVEIS, COAGULAÇÃO E CORTE COMPATÍVEIS COM O EQUIPAMENTO; 05 (CINCO) CANETAS DESCARTÁVEIS, COAGULAÇÃO E CORTE COMPATÍVEIS COM O EQUIPAMENTO; 05 (CINCO) JOGOS DE PLACAS NEUTRAS DESCARTÁVEIS BIPARTIDAS USO ADULTO; 10 (DEZ) JOGOS PLACAS NEUTRAS DESCARTÁVEIS BIPARTIDAS USO PEDIÁTRICO; 01 (UM) CABO DE FORÇA; DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO.	

ANEXO II – COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

MODELO DE COMPROVAÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕESTÉCNICAS E PROPOSTA DE PREÇOS

Nome da Empresa:	
CNPJ:	
Endereço:	
Responsável pela proposta:	
Telefone:	
E-mail:	

Ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

Prezados Senhores,

Apresentamos nossa proposta para fornecimento de equipamentos médicos-hospitalares destinados à Cotação nº _____. 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:

Tabela 01 - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA - CANETA/TURBINA ODONTOLÓGICA DE ALTA ROTAÇÃO

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	CANETA/TURBINA ODONTOLÓGICA DE ALTA ROTAÇÃO COM CONEXÃO TIPO BORDEN (UNIVERSAL - DOIS FUROS)	
2	CABEÇA PADRÃO COM NO MÍNIMO 15W DE POTÊNCIA	
3	ROTAÇÃO MÁXIMA DE 335.00 RPM.	
4	CABEÇA EM AÇO INOXIDÁVEL	
5	ROLAMENTOS DE ESFERAS CERÂMICA	
6	SISTEMA TROCA BROCA PRESS BUON OU PUSH BUON	
7	ESTERILIZAÇÃO ATRAVÉS DE AUTOCLAVE	
8	BAIXO CONSUMO DE AR COMPRIMIDO	

9	REFRIGERAÇÃO DA BROCA: SPRAY TRIPLO	
10	SISTEMA CABEÇA LIMPA	
11	CASO NECESSÁRIO, DEVE ACOMPANHAR BORRACHA DE VEDAÇÃO DA CONEXÃO	
13	DEVE SER COMPATÍVEL COM EQUIPO/ CADEIRA ODONTOLÓGICA DA MARCA DABI ATLANTE	
14	DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO.	

Tabela 02- COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA - PEÇA DE MÃO RETA 1:1 PARA MICROCIRURGIA ODONTOLÓGICA

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	PEÇA RETA ODONTOLÓGICA COM CONEXÃO TIPO BORDEN (UNIVERSAL - DOIS FUROS)	
2	ROTAÇÃO MÁXIMA A PARTIR DE 12.400 RPM.	
3	CORPO EM TITÂNICO OU AÇO INOXIDÁVEL	
4	ROLAMENTOS DE ESFERAS CERÂMICA	
5	GIRO LIVRE EM 360°	
6	ESTERILIZAÇÃO ATRAVÉS DE AUTOCLAVE	
7	RAZÃO DE TRANSMISSÃO DE VELOCIDADE 1:1 DIRETO	
8	FIXAÇÃO DA BROCA ATRAVÉS DE GIRO DE ANEL	
9	SPRAY PARA REFRIGERAÇÃO POR CONDUÇÃO INTERNA OU SPRAY ÚNICO EXTERNO	
10	SISTEMA DE CABEÇA LIMPA	
11	DEVE SER COMPATÍVEL COM EQUIPO/ CADEIRA ODONTOLÓGICA DA MARCA DABI ATLANTE	
12	DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO	

Tabela 03 - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA - CENTRÍFUGA PARA L-PR

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	CONHECIDA COMO CENTRIFUGA TIPO UNIVERSAL DE BANCADA PARA LABORATÓRIO OU CENTRIFUGA DE MESA, ESTE TIPO DE EQUIPAMENTO POSSUI UMA AMPLA UTILIZAÇÃO EM LABORATÓRIO PARA LAVAGEM, SEPARAÇÃO, CULTIVO CELULAR CONCENTRAÇÃO DE CÉLULAS E MICROORGANISMOS, BEM COMO A UTILIZAÇÃO EM SEPARAÇÃO EM ÁCIDOS EM TÉCNICAS MOLECULARES DE DIAGNÓSTICO E PESQUISA.	
2	1. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: O EQUIPAMENTO DEVERÁ UTILIZAR DE MOTOR SEM ESCOVA E ATINGIR UMA VELOCIDADE MÁXIMA DE PELO MENOS: 4000 RPM COM FORÇA CENTRÍFUGA DE NO MÍNIMO 18.000 G;	
3	CARCAÇA DO EQUIPAMENTO DEVERÁ SER EM MATERIAL RESISTENTE AO USO E AO TEMPO COM PÉS EM BORRACHA ANTIDERRAPANTE;	
4	O EQUIPAMENTO DEVERÁ MINIMAMENTE INDICAR E EMITIR SINAIS DE ALERTA SONORO PARA AS SEGUINTES SITUAÇÕES: O FINAL DE UMA EXECUÇÃO OU CICLO EM CASO DE DESEQUILÍBRIO, MAU FUNCIONAMENTO DO DISPOSITIVO, FUGA DE CORRENTE E TAMPA ABERTA.	
5	O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR PROTEÇÃO CONTRA DESBALANCEAMENTO E SISTEMA AUTOMÁTICO DE RECONHECIMENTO DO ROTOR;	
6	O EQUIPAMENTO DEVERÁ AINDA POSSUIR SISTEMA DE SEGURANÇA NA TAMPA QUE NÃO PERMITE A PARTIDA COM A TAMPA ABERTA E NÃO PERMITE A ABERTURA DA TAMPA DURANTE O FUNCIONAMENTO;	
7	O EQUIPAMENTO DEVERÁ EMITIR BAIXO NÍVEL DE BARULHO (MENOR QUE 60 DB);	
8	A TROCA DE ROTORES DEVE SER SIMPLES E RÁPIDA E SEU RECONHECIMENTO AUTOMÁTICO PELO EQUIPAMENTO EVITANDO UTILIZAÇÃO INADEQUADA;	
9	TODOS OS ROTORES DEVERÃO SER AUTOCLAVÁVEIS;	
10	TODOS OS CONTROLES DE OPERAÇÃO DEVEM ESTAR COLOCADOS EM UM MESMO PAINEL, LOCALIZADO NA PARTE FRONTAL DO APARELHO;	
11	2. CARACTERÍSTICAS ELÉTRICAS: EQUIPAMENTO COM CONTROLE MICROPROCESSADO	

11	O EQUIPAMENTO DEVERÁ APRESENTAR MEMÓRIA INTERNA PARA ARMAZENAMENTO DE NO MÍNIMO 3 PROGRAMAS	
12	TEMPORIZADOR DE NO MÍNIMO1 A 99 MIN;	
13	PARADA AUTOMÁTICA POR FREIO ELETRODINÂMICO;	
14	O DISPLAY DEVERÁ APRESENTAR MÍNIMAMENTE MENSAGENS DE ERRO E OS SEGUINTES PARÂMETROS: TEMPO, VELOCIDADE E FORÇA CENTRIFUGA	
15	O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA SOBTENSÃO POR FUSÍVEL. A SUBSTITUIÇÃO DO FUSÍVEL DEVE PODER SER FACILMENTE REALIZADA POR UM OPERADOR. A ESPECIFICAÇÃO DO FUSÍVEL DEVE ESTAR CLARAMENTE ESCRITA AO LADO DO LOCAL DE SUA INSTALAÇÃO. O EQUIPAMENTO DEVE ACOMPANHAR UM FUSÍVEL DE RESERVA;	
16	O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR CABO DE FORÇA INCORPORADO AO CONJUNTO, OU DE FÁCIL CONEXÃO E ISENTO DE RISCOS ELÉTRICOS;	
17	ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 220V OU BIVOLT AUTOMÁTICA COM TOMADA SIMPLES DE 3 PINOS, 50/60 HZ - PADRÃO ABNT NBR 14136	
18	ACESSÓRIOS E OUTROS ITENS: 01 (UM) ROTOR DE ÂNGULO FIXO 8X15ML 01 (UM) ROTOR DE ÂNGULO FIXO 12X15ML 2(DUAS) CAIXAS COM 100 UNIDADES (RACK) DE TUBO SECO PARA COLETA DE SANGUE A VÁCUO - TAMPA VERMELHA 2(DUAS) CAIXAS COM 50 UNIDADES (RACK) DE TUBO SECO PARA COLETA DE SANGUE A VÁCUO - TAMPA BRANCA 01 (UM) CABO DE FORÇA; DEVEM SER ENTREGUES COM O PRODUTO TODOS OS CABOS, CONECTORES, ADAPTADORES E DEMAIS ITENS NECESSÁRIOS AO PERFEITO FUNCIONAMENTO DO CONJUNTO OFERTADO	

Tabela 04 - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA - APARELHO DE BISTURI ELETRÔNICO PORTÁTIL

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	BISTURIS ELÉTRICOS SÃO EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CONTROLANDO O SANGRAMENTO APÓS A INCISÃO, E CAUSANDO COAGULAÇÃO (HEMOSTASIA) NO LOCAL DA CIRURGIA. ELES FORNECEM CORRENTE ELÉTRICA DE ALTA FREQUÊNCIA ATRAVÉS DE UMA PONTA DE ELETRODO ATIVA, CAUSANDO VAPORIZAÇÃO, DESSECAÇÃO OU CARBONIZAÇÃO POR AQUECIMENTO RESISTIVO NO TECIDO ALVO.	
2	1. CARACTERÍSTICAS GERAIS: O EQUIPAMENTO DEVE PERMITIR PROCEDIMENTOS DE BAIXA E MÉDICA COMPLEXIDADE, SEM RESTRIÇÕES	
3	FREQUÊNCIA DE OPERAÇÃO DE NO MÍNIMO 350KHZ, COM PELO MENOS UMA SAÍDA BIPOLAR GERADOR ELETROCIRÚRGICO DE ESTADO SÓLIDO COM POTÊNCIA DE PELO MENOS 50W OU SUPERIOR MICROPROCESSADO, COM POSSIBILIDADE DE AJUSTE DIGITAL DE POTÊNCIA COM SAÍDAS MONOPOLARES E BIPOLARES ISOLADAS, COM ACIONAMENTO VIA PEDAL (BIPOLAR E MONOPOLAR) E MANUAL (CANETA)	
4	O EQUIPAMMENTO DEVE POSSUIR SISTEMA REM (RETURN ELECTRODE MONITORING), TAMBÉM CONHECIDO COMO SISTEMA DE MONITORAMENTO DO ELETRODO DE RETORNO OU SIMILAR, PARA SEGURANÇA, PERMITINDO A UTILIZAÇÃO DO MESMO CABO PARA PLACAS DE SISTEMA REM (OU SISTEMA SIMILAR) E CONVENCIONAIS, DISPENSANDO OUTRO CABO PARA O SISTEMA	
5	2. PROCEDIMENTOS O EQUIPAMENTO DEVE PERMITIR NO MÍNIMO OS SEGUINTES MODOS DE SAÍDA: CORTE, COAGULAÇÃO E BLEND	
6	O EQUIPAMENTO DEVE POSSUIR INDICAÇÃO DE ATIVAÇÃO SONORA E VISUAL DO MODO DE SAÍDA IDENTIFICADA POR CORES;	
7	SISTEMA AUTOMÁTICO DE MONITORAÇÃO DE IMPEDÂNCIA DE CONTATO ENTRE PLACA-PACIENTE E PACIENTE, E DA CONTINUIDADE DO FIO E DA CONEXÃO DA PLACA-PACIENTE, DEVENDO BLOQUEAR O FUNCIONAMENTO EM CASO DE FALHA E ATIVAR SINALIZAÇÃO ACÚSTICA E VISUAL;	

8	3. INTERFACE O EQUIPAMENTO DEVE EXIBIR INFORMAÇÕES, FUNÇÕES E PARÂMETROS DO EQUIPAMENTO. EM COMO TODOS OS AJUSTES E CONFIGURAÇÕES MECESSÁRIAS PARA O FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO,	
9	O EQUIPAMENTO DEVE POSSUIR DISPLAYS COM INDICAÇÃO DO MODO DE SAÍDA UTILIZADO, COM LEITURA NUMÉRICA DAS POTENCIAS ATRAVÉS DE DISPLAY DE LEDS OU TELA LCD AJUSTE DE POTÊNCIA DE FORMA DIGITAL ATRAVÉS DE TELA SENSÍVEL AO TOQUE OU BOTÕES OU DE TECLAS COM INDICAÇÃO DO VALOR SELECIONADO	
10	POSSUIR ÍNDICE DE PROTEÇÃO DE NO MÍNIMO: IPX1, GARANTINDO A MANEABILIDADE DO EQUIPAMENTO NOS MAIS SEVEROS LOCAIS DE APLICAÇÃO	
11	O EQUIPAMENTO DEVE PERMITIR SINALIZAÇÃO DIFERENCIADA PARA CORTE E COAGULAÇÃO	
12	4. CARACTERÍSTICAS ELÉTRICAS: POSSUIR INDICAÇÃO PARA EQUIPAMENTO LIGADO EM REDE ELÉTRICA ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 220V OU BIVOLT AUTOMÁTICA COM TOMADA SIMPLES DE 3 PINOS, 50/60 HZ - PADRÃO ABNT NBR 14136	
13	ATENDER, NO MÍNIMO, AS NORMAS TÉCNICAS ABNT NBR IEC 60601-1, 60601-1-2 E 60601-2-2.	
14	ACESSÓRIOS E OUTROS ITENS (A QUANTIDADE DE ACESSÓRIOS É PARA CADA EQUIPAMENTO): 01 (UM) SUPORTE COM RODÍZIO (TROLLEY) COM ACOMODAÇÃO SEGURA PARA O EQUIPAMENTO; 01 (UM) PEDAL DUPLO IMPERMEÁVEL A PROVA DE EXPLOSÃO PARA ACIONAMENTO DAS FUNÇÕES OU 2 (DOIS) PEDAIS, SENDO UM MONOPOLAR E OUTRO BIPOLAR; 05 (CINCO) CANETAS REUTILIZÁVEIS, COAGULAÇÃO E CORTE COMPATÍVEIS COM O EQUIPAMENTO; 05 (CINCO) CANETAS DESCARTÁVEIS, COAGULAÇÃO E CORTE COMPATÍVEIS COM O EQUIPAMENTO; 05 (CINCO) JOGOS DE PLACAS NEUTRAS DESCARTÁVEIS BIPARTIDAS USO ADULTO; 10 (DEZ) JOGOS PLACAS NEUTRAS DESCARTÁVEIS BIPARTIDAS USO PEDIÁTRICO; 01 (UM) CABO DE FORÇA;	

Obs.:1. A proponente deverá preencher exclusivamente o quadro referente ao(s) item(ns) 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.

E por ser verdade, assina a presente declaração sob as penas da 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 Recebimento:** [DATA DO RECEBIMENTO]

2. **Condições de Entrega e Instalação**
   - O equipamento foi entregue e instalado pela CONTRATADA na unidade **[UNIDADE]**, setor **[SETOR]**.
   - A instalação foi realizada conforme os procedimentos técnicos e de segurança estabelecidos pelo fabricante e os instrumentos normativos e legais relacionados;

3. **Período de Avaliação**
   - A CONTRATANTE declara que o equipamento foi recebido e instalado, porém o aceite final está condicionado à aprovação durante o período de avaliação, que terá duração de **15 (quinze) dias corridos** contados a partir da data de emissão deste Termo.
   - Durante esse período, o equipamento será submetido a testes operacionais e avaliação de desempenho para verificar a conformidade com as especificações contratuais e técnicas.
   -
4. **Condições do Recebimento Provisório**
   - Este termo **não implica no aceite definitivo do equipamento**, sendo a CONTRATADA responsável por corrigir eventuais falhas ou irregularidades identificadas durante o período de avaliação.
   - A CONTRATANTE compromete-se a formalizar o recebimento definitivo ao término do período de avaliação, caso o equipamento atenda plenamente aos requisitos contratuais e técnicos.
   -
5. **Declarações das Partes**
   - A 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]**