ANEXO I - DESCRITIVO DO EQUIPAMENTO NO SISTEMA MV

Lote: 01

Código MV nº	Descrição
	1. Finalidade clínica 1.1. Equipamento destinado à exibição diagnóstica de imagens médicas digitais de alta resolução para radiologia odontológica e cirurgia buco-maxilofacial. Proporciona leitura precisa de radiografias, tomografias computadorizadas de feixe cônico (CBCT) e reconstruções 2D/3D, garantindo precisão diagnóstica e segurança na interpretação das imagens. 2. Estrutura física 2.2. Monitor médico de alto desempenho, classe eletromédica conforme ABNT NBR IEC 60601-1, com corpo único de 30 polegadas (6 megapixels) ou sistema composto por dois monitores de 21,3 polegadas (3 megapixels cada). 2.3. Deve apresentar painel com tecnologia IPS e retroiluminação LED, estrutura ergonômica ajustável em altura, rotação, inclinação e pivotamento, com design livre de mercúrio e baixo consumo energético. 3. Desempenho e processamento de imagem 3.1. Resolução mínima de 3280 × 2048 pixels (6 MP) ou 1536 × 2048 pixels (3 MP), com distância entre pixels de no máximo 0,2115 mm. 3.2. Luminância máxima igual ou superior a 900 cd/m², luminância calibrada mínima de 500 cd/m². 3.3. contraste mínimo de 1400:1. 3.4. profundidade de cor de 10 bits por canal (30 bits totais). 3.5. ângulo de visão mínimo de 176 graus. 3.3. Deve seguir a curva GSDF (Grayscale Standard Display Function) conforme padrão DICOM Parte 14. 4. Modos de imagem 4.1. Compatível com modos de visualização monocromática real (preto e branco verdadeiro), multijanelas e múltiplas imagens simultâneas (Picture by Picture ou Picture in Picture). 4.2. Deve incluir tecnologia de uniformidade de luminância, sensor de compensação da luz ambiente e calibração automática com software de

	controle de qualidade e emissão de relatórios. 5. Tecnologias e softwares 5.1. Deve possuir software de calibração automática (Quality Assurance) integrado ou fornecido com hardware dedicado. 5.2. Compatível com sistemas PACS (Picture Archiving and Communication System) e RIS (Radiology Information System). Permitir integração DICOM 3.0 para arquivamento e comunicação de imagens médicas. 6. Armazenamento e controle de qualidade 6.1. Registrar e exportar relatórios de calibração e testes de constância, conforme Instruções Normativas ANVISA nº 90 e 92 de 2021. O monitor deve permitir rastreabilidade dos parâmetros de luminância, contraste e curva GSDF. 7. Conectividade e comunicação 7.1. Entradas de vídeo: DisplayPort, DVI-D e HDMI (mínimo). 7.2. Hub USB com pelo menos 2 portas 3.0. 7.3. Compatibilidade com softwares de controle remoto via rede local (LAN). 8. Acessórios obrigatórios 8.1. Base ajustável, 8.2. cabos DisplayPort e DVI, 8.3. software de calibração e controle de qualidade, 8.4. manual técnico e operacional em português, 8.5. capa protetora antiatrito e 8.6. cabos de alimentação.

Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
SRTVN W5 Quadra 702 Edifício PO 700 – Brasília – DF. CNPJ: 28.481.233/0001-72
www.igesdf.org.br

ANEXO II - COMPROVAÇÃO DA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

Item	1. Finalidade clínica	Página do Manual do Equipamento e/ou Relatório Técnico que comprova o atendimento do requisito
1	1.1. Equipamento destinado à exibição diagnóstica de imagens médicas digitais de alta resolução para radiologia odontológica e cirurgia buco-maxilofacial. Proporciona leitura precisa de radiografias, tomografias computadorizadas de feixe cônico (CBCT) e reconstruções 2D/3D, garantindo precisão diagnóstica e segurança na interpretação das imagens.	
2. Estrutura física		
2	2.2. Monitor médico de alto desempenho, classe eletromédica conforme ABNT NBR IEC 60601-1, com corpo único de 30 polegadas (6 megapixels) ou sistema composto por dois monitores de 21,3 polegadas (3 megapixels cada).	
3	2.3. Deve apresentar painel com tecnologia IPS e retroiluminação LED, estrutura ergonômica ajustável em altura, rotação, inclinação e pivotamento, com design livre de mercúrio e baixo consumo energético.	
3. Desempenho e processamento de imagem		
4	3.1. Resolução mínima de 3280 × 2048 pixels (6 MP) ou 1536 × 2048 pixels (3 MP), com distância entre pixels de no máximo 0,2115 mm.	
5	3.2. Luminância máxima igual ou superior a 900 cd/m², luminância calibrada mínima de 500 cd/m².	
6	3.3. contraste mínimo de 1400:1.	
7	3.4. profundidade de cor de 10 bits por canal (30 bits totais).	
8	3.5. ângulo de visão mínimo de 176 graus.	
9	3.3. Deve seguir a curva GSDF (Grayscale Standard Display Function) conforme padrão DICOM Parte 14.	
4. Modos de imagem		
10	4.1. Compatível com modos de visualização monocromática real (preto e branco verdadeiro), multijanelas e múltiplas imagens simultâneas (Picture by Picture ou Picture in Picture).	
11	4.2. Deve incluir tecnologia de uniformidade de luminância, sensor de compensação da luz ambiente e calibração automática com software de controle de qualidade e emissão de relatórios.	
5. Tecnologias e softwares		
12	5.1. Deve possuir software de calibração automática (Quality Assurance) integrado ou fornecido com hardware dedicado.	
13	5.2. Compatível com sistemas PACS (Picture Archiving and Communication System) e RIS (Radiology Information System). Permitir integração DICOM 3.0 para arquivamento e comunicação de	

	imagens médicas.	
6. Armazenamento e controle de qualidade		
14	6.1. Registrar e exportar relatórios de calibração e testes de constância, conforme Instruções Normativas ANVISA nº 90 e 92 de 2021. O monitor deve permitir rastreabilidade dos parâmetros de luminância, contraste e curva GSDF.	
7. Conectividade e comunicação		
15	7.1. Entradas de vídeo: DisplayPort, DVI-D e HDMI (mínimo).	
16	7.2. Hub USB com pelo menos 2 portas 3.0.	
17	7.3. Compatibilidade com softwares de controle remoto via rede local (LAN).	
8. Acessórios obrigatórios		
18	8.1. Base ajustável,	
19	8.2. cabos DisplayPort e DVI,	
20	8.3. software de calibração e controle de qualidade,	
21	8.4. manual técnico e operacional em português,	
22	8.5. capa protetora antiatrito e	
23	8.6. cabos de alimentação.	

Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
SRTVN W5 Quadra 702 Edifício PO 700 – Brasília – DF. CNPJ: 28.481.233/0001-72
www.igesdf.org.br

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.

OBSERVAÇÃO: *Para fins de clareza, registra-se que os campos grafados entre colchetes [ ] representam informações variáveis, que deverão ser substituídas no momento da formalização do presente Termo pelas informações correspondentes, tais como nome e CNPJ da empresa contratada, endereço, modelo e número de série do equipamento, quantidade de volumes, número e data da nota fiscal, local e data da assinatura, bem como dados dos representantes legais.*

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:[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:

OBSERVAÇÃO: *Para fins de clareza, registra-se que os campos grafados entre colchetes [ ] representam informações variáveis, que deverão ser substituídas no momento da formalização do presente Termo pelas informações correspondentes, tais como nome e CNPJ da empresa contratada, endereço, modelo e número de série do equipamento, quantidade de volumes, número e data da nota fiscal, local e data da assinatura, bem como dados dos representantes legais.*

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:[NOMEDOREPRESENTANTE] Cargo:[CARGO] CPF:[CPF]	Representante da Contratante Nome:[NOMEDOREPRESENTANTE] 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:

OBSERVAÇÃO: *Para fins de clareza, registra-se que os campos grafados entre colchetes [ ] representam informações variáveis, que deverão ser substituídas no momento da formalização do presente Termo pelas informações correspondentes, tais como nome e CNPJ da empresa contratada, endereço, modelo e número de série do equipamento, quantidade de volumes, número e data da nota fiscal, local e data da assinatura, bem como dados dos representantes legais.*

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, 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