

Pregão Eletrônico

Dados do Processo

Nº Processo 58/2026 **Responsável** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO NEGRINHO - SC

Objeto

REGISTRO DE PREÇOS PARA A LOCAÇÃO DE APARELHOS CONCENTRADORES DE OXIGÊNIO E CPAP PARA TRATAMENTO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR EM PACIENTES CADASTRADOS NO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO NEGRINHO - SC, DURANTE O PRAZO DE 12 (DOZE) MESES.

Dados Gerais

Situação Aguardando Abertura	Início Envio Propostas 26/05/2026 - 09:00	Fim Envio Propostas 11/06/2026 - 09:00	Pregoeiro Camile Cristine Gurski
Modo de Disputa Valor Unitário	Exibir Valor de Referência Sim	Amparo legal Lei 14.133/2021, Art. 28, I	

Listagem de Lotes/Itens

Lote	Item	Descrição	Un	Qty	Unitário (R\$)	Total (R\$)
1	1	LOCAÇÃO DE APARELHO CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO, COM O SEGUINTE DESCRITIVO: DOTADO DE FLUXO VARIÁVEL DE 0,5 À 5,0 LITROS/MIN. FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRA, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS. MÓVEL MONTADO SOBRE RODÍZIOS, (PORTÁTIL). CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO DE 92 +/- A 4% LPM E 94 +/- A 2 LPM. SISTEMA DE ALARME SONORO E VISUAL PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO QUE-DA DE PRESSÃO, FALHA ELÉTRICA E CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO FORA DOS PARÂMETROS NORMAIS DE OPERAÇÃO ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 220 V. OS EQUIPAMENTOS DEVERÃO SER INSTALADOS NO DOMICÍLIO DOS PACIENTES, SENDO QUE OS MESMOS DEVERÃO RECEBER ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÕES QUANTO AO SEU USO POR PARTE DA EMPRESA VENCEDORA. CADA INSTALAÇÃO EM UM NOVO PACIENTE, A EMPRESA FORNECEDORA DEVERÁ DISPOR AO MESMO, NOVOS ACESSÓRIOS PARA O USO DA REFERIDA MÁQUINA (EXTENSÃO, UMIDIFICADOR, CATETER TIPO ÓCULOS, ETC). JUNTO COM O CONCENTRADOR, O FORNECEDOR DEVERÁ DISPOR UM CILINDRO DE OXIGÊNIO (COM REGULADOR) DE PELO MENOS 1 M³, PARA EVENTUAIS NECESSIDADES (QUEDA DE ENERGIA E/OU DEFEITO DO EQUIPAMENTO). TODO EQUIPAMENTO INSTALADO DEVERÁ SOFRER UMA MANUTENÇÃO PERIÓDICA, NO MÍNIMO A CADA 06 MESES, SEM CUSTO. O PRAZO DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO É DE, NO MÁXIMO, 48 HORAS.	UN	500	348,00	174.000,00
2	1	LOCAÇÃO DE CONCENTRADOR COM VAZÃO DE MÍNIMO DE 1,0 À 10 (UM A DEZ) LITROS POR MINUTO. ACOMPANHAR UM CILINDRO BACKUP DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE 4M³ À 10M³ PARA SEREM MANTIDOS COMO RESERVA DE SEGURANÇA JUNTO À CADA CONCENTRADOR, CASO HAJA QUEDA DE ENERGIA E/OU DEFEITO DO EQUIPAMENTO, O QUAL DEVERÁ POSSUIR SUPORTE DE SEGURANÇA (BASE DE APOIO), VÁLVULAS REGULADORES COM MANÔMETRO PARA OS CILINDROS ACIMA ESPECIFICADOS, UMIDIFICADORES, MANGUEIRAS, MÁSCARAS FACIAIS DE OXIGÊNIO E/OU CÂNULAS NASAIS DE SILICONE, CATETER, TIPO ÓCULOS DE ACORDO COM A NECESSIDADE DE CADA PACIENTE, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. OS CONCENTRADORES DEVERÃO ATENDER OS SEGUINTE REQUISITOS: FLUXO MÍNIMO DE GÁS: VAZÃO DE 1,0 À 10,0 (1 A 10) LITROS POR MINUTO. CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE OXIGÊNIO: 92 +/- 4% A 8-10 LPM. 94 +/- 2% A 3,7 LPM. 92 +/- 4% A 1-2 LPM. NÍVEL MÁXIMO DE RUÍDO ACÚSTICO PRODUZIDO PELO COMPRESSOR: 48 (QUARENTA E OITO) DBA- POSSUIR RODÍZIOS, PERMITINDO A FÁCIL MOVIMENTAÇÃO; DISPOSITIVO PARA CONTROLE DE FLUXO EM INCREMENTOS, IGUAL OU MENORES DE 1,0 (UM) LITRO POR MINUTO; POSSUIR FILTROS PARA REMOÇÃO DE POEIRA, BACTÉRIAS E OUTRAS PARTÍCULAS; SISTEMA DE ALARME PARA INDICAÇÃO DE DEFEITOS E INTERCORRÊNCIAS, COMO QUEDA DE PRESSÃO DE O2, FALHA DE ENERGIA ELÉTRICA, BAIXA PUREZA DE O2, CONCENTRAÇÃO DE O2 FORA DOS PARÂMETROS; ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: DEVEM SER DISPONIBILIZADAS UNIDADES PARA A REDE DE 220 VOLTS, DEPENDENDO DA INSTALAÇÃO ELÉTRICA DA RESIDÊNCIA DO PACIENTE POTÊNCIA MÁXIMA DE 600 WATTS COM VARIAÇÃO DE ATÉ 5%; EQUIPAMENTO GRAU DE PROTEÇÃO IPX1. EQUIPAMENTO PARA OPERAÇÃO CONTÍNUA.	UN	30	587,50	17.625,00

		<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: ____ TODO EQUIPAMENTO INSTALADO DEVERÁ SOFRER UMA MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE, NO MÍNIMO, À CADA 06 MESES. SEM CUSTO. QUANDO O EQUIPAMENTO SOFRER UMA AVARIA, OU SEJA, DEIXAR DE FUNCIONAR CORRETAMENTE, DISPOR DE UM ATENDIMENTO EMERGENCIAL PARA QUE SEJA FEITO O REPARO DE IMEDIATO, PARA ISSO, DISPOR UM NÚMERO DE TELEFONE ACESSÍVEL PARA QUE O PACIENTE POSSA ENTRAR EM CONTATO. O PRAZO DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO DEVERÁ SER DE, NO MÁXIMO, 48 HORAS APÓS SOLICITADO POR ESCRITO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DE RIO NEGRINHO. OS EQUIPAMENTOS DEVERÃO SER INSTALADOS NO DOMICÍLIO DOS PACIENTES, SENDO QUE OS MESMOS DEVERÃO RECEBER ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÕES QUANTO AO SEU USO POR PARTE DA EMPRESA VENCEDORA.</p>				
3	1	<p>LOCAÇÃO DE APARELHO CPAP AUTOMÁTICO DE PRESSÃO POSITIVA, COM ALÍVIO DE PRESSÃO, PRESSÕES DE 4 À 20 CM H₂O, RAMP A DESLIGADA À 45 MINUTOS, COM ARMAZENAMENTO DE DADOS, FILTROS DE AR, UMIDIFICADOR, BOLSA PARA TRANSPORTE, APARELHO BIVOLT AUTOMÁTICO, SILENCIOSO, ACOMPANHA TRAQUEIA E MÁSCARA NASAL OU FACIAL EM SILICONE NATURAL NOS TAMANHOS P, M E G, CONFORME A NECESSIDADE DO PACIENTE. A EMPRESA VENCEDORA DEVERÁ INSTALAR O EQUIPAMENTO NO DOMICÍLIO DO PACIENTE, SENDO QUE OS MESMOS DE-VERÃO RECEBER ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO QUANTO AO USO. O EQUIPAMENTO DEVERÁ SER INSTALADO NUM PRAZO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS SOLICITADO POR ESCRITO POR PARTE DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO NEGRINHO. TODO EQUIPAMENTO DEVERÁ SOFRER MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE, NO MÍNIMO, A CADA 06 MESES. PARA QUE NÃO VENHA A COMPROMETER O BEM ESTAR DO PACIENTE. PARA O ATENDIMENTO DESTES SERVIÇOS A EMPRESA VENCEDORA DEVERÁ FORNECER SERVIÇO DE CALL-CENTER, PREFERENCIALMENTE ATRAVÉS DE TELEFONE 0800 PARA OS PACIENTES. PRAZO DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO SERÁ DE, NO MÁXIMO, 48 HORAS.</p>	UN	30	385,00	11.550,00