

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – OBJETIVO:

Constitui o objetivo desta solicitação de aquisição do aparelho respirador TRILOGY EVO em caráter de urgência.

2 – JUSTIFICATIVA:

Justifica-se o fornecimento do ventilador portátil TRILOGY EVO DA PHILIPS para atendimento do paciente MATHEUS DUARTE BRAGA através de decisão judicial. Paciente portador de encefalopatia hipôxico-isquêmica perinatal necessita fazer uso de ventilação mecânica, o atual aparelho foi descontinuado (não fabrica mais) assim não existe mais assistência (manutenção) do mesmo. Necessitando a troca pelo modelo agora fabricado TRILOGY EVO.

3 – META FÍSICA:

Atendimento ao órgão solicitante com a demanda diante dos preceitos legais da legislação.

4 – DA ENTREGA DOS PRODUTOS:

4.1 A entrega dos produtos deve ser feita na Secretária Municipal de Saúde, situada na Avenida Dom Bosco N° 777, Bairro: Centro, aos cuidados de Gleison Eliel Silva Caixeta, responsável pelo Almoxarifado do local.

5 – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:

Item	Descrição	Quantidade
TRILOGY EVO - VENTILADOR PORTÁTIL HOSPITAL-CASA	MODELO: TRILOGY EVO DA PHILIPS ESPECIFICAÇÕES: Versatilidade de	01

configuração cruzada

- Portabilidade para mais liberdade
- Opções de terapia ajustáveis
- Atendimento conectado

MODO DE VENTILAÇÃO:

- A/C-PC Controle de assistência (controle de pressão)
- A/C-VC Controle de assistência (controle de volume)

Fabricante: Philips Respironics
 Voltagem: 100 V - 240 V (Bivolt)
 Mecanismo: Pneumático
 Modo de ventilação: A / C-PC, CPAP, PSV, SIMV-PC, MPV-VC, SIMV-VC, A / C-VC, S / T, MPV-PC
 Peso do Produto: 5,2 kg
 Dimensão do Produto (A x L x P): 24,5 cm X 28,6 cm X 16,5 cm
 ANVISA: 10216710384



6- DOCUMENTAÇÕES:

- I. Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- II. Registro comercial, no caso de empresa individual; ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor (documento consolidado ou acompanhado de todas as alterações), devidamente registrado, em se tratando de sociedade empresarial, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; inscrição do ato constitutivo acompanhado das modificações averbadas, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país e ato de registro ou autorização para funcionamento, quando a atividade assim o exigir;
- III. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal;
- IV. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual da sede do contratante;
- V. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do contratante;
- VI. Certificado de Regularidade do FGTS (CRF), fornecido pela Caixa Econômica Federal;
- VII. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

7 – CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

Dotação orçamentaria nº 02.21.10.3021020.2.158. Manutenção Média/Alta
Complexidade Ambulatorial Hospitalar. Elemento nº 339030 – Aquisição de Material de consumo

8 – FISCALIZAÇÃO / ATESTAÇÃO:

O responsável pela fiscalização do Termo de referência é a servidora RAQUEL PRINCE DOS SANTOS.

9 – RESPONSÁVEL PELO TERMO DE REFERÊNCIA:

O responsável pelo Termo de referência será RAQUEL PRINCIPE DOS SANTOS
telefone (62) 9 9688-0446

10 – PRAZO DE ENTREGA:

A entrega deverá ser feita 7 (sete) dias após o envio da ordem de compras.

Silvania, 17 de janeiro de 2023.

Flavia Dalila Carvalho
Secretaria Municipal de Saúde