PREGÃO ELETÔNICO Nº 087/26

CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LOCAÇÃO DE EMPRESA PARA A LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS COM ASSISTÊNCIA TÉCNICA 24H – CPAP

EDITAL DE RETIFICAÇÃO Nº. 001

A Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista torna pública a RETIFICAÇÃO do edital supracitado, conforme abaixo:

1- Fica alterado o preâmbulo do edital:

Onde se lê:
DATA DO TÉRMINO DO PRAZO PARA ENVIO DA PROPOSTA ELETRÔNICA: 21/10/2026 às 08h30min (horário de Brasília/DF)
DATA E HORA DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: 21/10/2026, às 09h00min

Leia-se:
DATA DO TÉRMINO DO PRAZO PARA ENVIO DA PROPOSTA ELETRÔNICA: 16/11/2026 às 08h30min (horário de Brasília/DF)
DATA E HORA DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: 16/11/2026, às 09h00min

2- Ficam alterados o tópico 9 do Estudo Técnico Preliminar (Anexo II) do Edtial:

Onde se lê:
Valor R$ 84.335,40
(noventa e um mil oitocentos e trinta e seis reais **)** estimado para os equipamentos descritos acima, pelo período de 12 meses.

Leia-se:
Valor R$ 91.836,00
(noventa e um mil oitocentos e trinta e seis reais**)** estimado para os equipamentos descritos acima, pelo período de 12 meses.

3- Ficam alterados a tabela com o descritivo técnico do CPAP a ser locado apresentado no subitem 4.1 do Termo de Referência (Anexo I) do Edital:

Onde se lê:

ITEM	DESCRIÇÃO	QTD DE COTA
01	Locação de equipamento tipo auto CPAP ("continuos positive airway pressure" – pressão positiva contínua nas vias aéreas") com definição pressórica automática que se ajusta à necessidade do paciente respondendo sutilmente a alterações na pressão, a fim de evitar eventos de apneia e hipoapneia. Características técnicas mínimas: equipamento de pressão positiva de pelo menos 4 a 20cm h²o, com regularização automática das pressões, com alívio inspiratório e expiratório. Rampa de no mínimo 0 a 45 min. Ajuste automático de altitude e fuga de ar. Equipamento deverá estar acompanhado de todos os acessórios necessários para seu funcionamento, inclusive cabo de alimentação. Aparelho deverá ser bivolt automático com base aquecida e umidificador para uso domiciliar. O equipamento deverá vir acompanhado de manual de instruções em língua portuguesa e deverá possuir número de registro na anvisa. Disponibilidade de assistência técnica 24h, 7 dias por semana. A contratada deverá fornecer os seguintes acessórios, dependendo da necessidade de cada paciente, sendo que os mesmos deverão ser trocados no mínimo na periodicidade abaixo, que poderá ser maior a depender do caso: - Umidificador -01 máscara nasal, oronasal ou facial em silicone com suporte e fixação e tamanho a ser informado conforme necessidade de cada paciente (troca de 06 em 06 meses); -01 filtro de poeira (troca de 01 em 01 mês); -01 circuito próprio completo, se necessário (troca de 03 em 03 meses); -01 traqueia corrugada de no mínimo 1,80 metros, se necessário (troca de 06 em 06 meses). -01 válvula expiratória, se necessário (troca de 03 em 03 meses).	20

Leia-se:

ITEM	DESCRIÇÃO	QTD DE COTA
01	Locação de equipamento tipo auto CPAP ("continuos positive airway pressure" – pressão positiva contínua nas vias aéreas") com definição pressórica automática que se ajusta à necessidade do paciente respondendo sutilmente a alterações na pressão, a fim de evitar eventos de apneia e hipoapneia. Características técnicas mínimas: equipamento de pressão positiva de pelo menos 4 a 20 cm h²o, com regularização automática das pressões, com alívio inspiratório e expiratório. Rampa de no mínimo 0 a 45 min. Ajuste automático de altitude e fuga de ar. Equipamento deverá estar acompanhado de todos os acessórios necessários para seu funcionamento, inclusive cabo de alimentação. Aparelho deverá ser bivolt automático com base aquecida e umidificador para uso domiciliar. O equipamento deverá vir acompanhado de manual de instruções em língua portuguesa e deverá possuir número de registro na anvisa. Disponibilidade de assistência técnica 24 h, 7 dias por semana. A contratada deverá fornecer os seguintes acessórios, dependendo da necessidade de cada paciente, sendo que os mesmos deverão ser trocados no mínimo na periodicidade abaixo, que poderá ser maior a depender do caso: – Umidificador -01 máscara nasal, oronasal ou facial em silicone com suporte e fixação e tamanho a ser informado conforme necessidade de cada paciente (troca de 06 em 06 meses); -01 filtro de poeira (troca de 01 em 01 mês); -01 circuito próprio completo (traqueia/mangueira/máscaras), se necessário troca de no mínimo 03, no máximo em 06 meses, antecipada em casos de fissuras, rasgos, vazamentos ou deterioração que comprometa a integridade e o funcionamento do componente; -01 traqueia corrugada de no mínimo 1,80 metro, se necessário (troca de 06 em 06 meses). -01 válvula expiratória, se necessário (troca de 03 em 03 meses). Condicionada a necessidade técnica e clínica, bem como à compatibilidade com sistema ventilatório prescrito, Sua disponibilização deverá ocorrer quando tecnicamente indicada para outras modalidades de ventilação ou configurações específicas do sistema, observadas as recomendações do fabricante e as necessidades clínicas do paciente.	20

4- Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do Edital.

São João da Boa Vista, 22 de outubro de 2026.

Mario Lucio Marques Pereira
Subscritor do Edital

Renata Gião Ruy
Chefe do Setor de Licitações