



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br

SÃO JOÃO DO IVAÍ – PARANÁ

TERMO DE REFERÊNCIA

1 - OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto o **REGISTRO DE PREÇOS PARA A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E MATERIAIS PERMANENTES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO IVAÍ PR, REFERENTE A EMENDA INDIVIDUAL IMPOSITIVA Nº 38090012 -- OGU/2024 PROPOSTA Nº 09424427000124005**. Visando atender à necessidade da unidade de saúde, garantindo melhores condições de atendimento à população.

2 - JUSTIFICATIVA

A aquisição dos equipamentos hospitalares e materiais permanentes se faz necessária para aprimorar a infraestrutura do hospital, possibilitando um atendimento mais eficiente e seguro aos pacientes. A medida visa modernizar os serviços prestados, garantindo qualidade, eficiência e confiabilidade nos procedimentos médicos.

3 - ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT
01	AR CONDICIONADO FRIO SPLIT: DE 12.000 BTUS, COR BRANCO, COM FILTRO, 3 VELOCIDADES, TEMPERATURA DE 18 À 32 GRAUS, COM CONTROLE REMOTO, DIRECIONADORES DE AR HORIZONTAL E VERTICAL, COM TIMER, FREQUENCIA, 60 HZ, VAZÃO DE AR 550, CLASSIFICAÇÃO A, VOLTAGEM 220V. GARANTIA MÍNIMA DE UM ANO.	04
02	ARMÁRIO DE AÇO: MODELO COM 02 PORTAS DE ABRIR E 04 PRATELEIRAS REGULÁVEIS. FECHO VERTICAL TIPO "CREMONA" COM FECHADURA TIPO "YALE". MEDINDO EXTERNAMENTE 1,98M DE ALTURA X 1,20 M DE LARGURA X 0,40M DE PROFUNDIDADE, CONFECCIONADO EM CHAPA DE AÇO "22" (0,75 M). CHAPA TRATADA CONTRA OXIDAÇÃO COM FOSFATO DE ZINCO E PINTURA EM ESMALTE SINTÉTICO ESPECIAL (SECAGEM EM ESTUFA)	07
03	ASPIRADOR DE SECREÇÕES: ELÉTRICO MÓVEL ESPECIFICAÇÃO SUGERIDA: FLUXO DE ASPIRAÇÃO, VÁLVULA DE SEGURANÇA, FRASCO, BATERIA, SUPORTE C/RODÍZIOS MANÔMETRO: DE 20 A 30 LPM, POSSUI, TERMOPLÁSTICO OU VIDRO, RECARREGÁVEL BIVOLT, NÃO POSSUI POR SER PORTÁTIL ATÉ 3,5KG. APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.	02
04	BALDE PORTA DETRITOS: COM PEDAL, LIXEIRA A PEDAL:	08

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoitai.pr.gov.br**SÃO JOÃO DO ITAÍ - PARANÁ**

	MATERIAL DE CONFEÇÃO I CAPACIDADE: AÇO INOX DE 30L	
05	BANQUETA: MATERIAL DE CONFEÇÃO EM AÇO COM ASSENTO E REGULAGEM DE ALTURA:	04
06	BOMBA DE INFUSÃO: PARÂMETROS BÁSICOS. ADAPTADOR DE ENERGIA, TENSÃO E FREQUÊNCIA ENTRADA A.C. 100V-240V~ 47-63HZ 0,7-0,35 ^a . BOMBA DE INFUSÃO DE EQUIPO UNIVERSAL VOLUMÉTRICA DE PERISTÁLTICA LINEAR, PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES POR VIA ENTERAL OU PARENTERAL, COM CONTROLE ELETRÔNICO PROGRAMÁVEL. DEVERÁ UTILIZAR DESCARTÁVEL MICRO E MACRO GOTAS DESTINADOS A SEREM UTILIZADOS EM BOMBAS DE INFUSÃO. SISTEMA DE PROPULSÃO PERISTÁLTICO LINEAR. DESVIO DA VAZÃO COM EQUIPO PADRÃO DE $\pm 5\%$ DA VAZÃO PROGRAMADA. DEVERÁ POSSUIR TRÊS TIPOS DE PROGRAMAÇÃO DE INFUSÃO: ML/H X VOLUME LIMITE, TEMPO X VOLUME LIMITE E PESO X CONCENTRAÇÃO X DOSE. VAZÃO DE 0,1 A 999,9 ML/H E CONTROLE DE VOLUME A INFUNDIR DE 0,1 A 9999,9 ML. PESO CORPÓREO MÁXIMO 500,0 KG. LIMITE DE CONCENTRAÇÃO DE DROGA: 0,01 A 99,99 MG/ML OU 0,01 A 99,99 μ G/ML. LIMITE DE DOSE DE MANUTENÇÃO: 0,01 A 999,99 MG/KG/MIN OU 0,01 A 999,99 μ G/KG/MIN. LIMITE DE DOSE INICIAL: 0,01 A 999,99 μ G/KG/MIN OU 0,01 A 999,99 MG/KG/MIN. TAXA DE KVO AJUSTÁVEL DE 0,1 A 3,0 ML/H. BOLUS AJUSTÁVEL DE 0,1 A 999,9 ML/H. DEVERÁ POSSUIR AS SEGUINTE FUNÇÕES DURANTE A INFUSÃO: TITULAÇÃO, BALANÇO HÍDRICO, ZERAR VOLUME, AJUSTE DE KVO, AJUSTE DE BOLUS, AJUSTE DE OCLUSÃO, AJUSTE DO VOLUME DO ALARME E MEMÓRIA DA ÚLTIMA INFUSÃO. DISPLAY COM APRESENTAÇÃO CONSTANTE DA VAZÃO, VOLUME PROGRAMADO, VOLUME INFUNDIDO, TEMPO TOTAL E TEMPO RESTANTE DA INFUSÃO OU APRESENTA A VAZÃO, DOSE, VOLUME INFUNDIDO E TEMPO DE INFUSÃO QUANDO PROGRAMADO EM PESO X CONCENTRAÇÃO X DOSE. DEVERÁ POSSUIR DETECTOR DE AR ULTRASSÔNICO E SENSOR DE PRESSÃO REGULÁVEL DE 20 A 120 KPA. PRÉALARMES: FIM DA BATERIA E FIM DA INFUSÃO. ALARMES VISUAIS E SONOROS: ALARME DE ESPERA, VAZÃO LIVRE, FUNCIONAMENTO EM KVO, INFUSÃO INTERROMPIDA, OCLUSÃO, AR NA LINHA, PORTA ABERTA, FRASCO VAZIO, INFUSÃO COMPLETA, BATERIA BAIXA, BATERIA CRÍTICA E ERRO DE PROGRAMAÇÃO. A BOMBA DEVERÁ VIR COM BATERIA RECARREGÁVEL DE NIQUEL-METAL HÍDRIDO DE LONGA VIDA COM AUTONOMIA DE NO MÍNIMO 6 HORAS, CABO DE ALIMENTAÇÃO E MANUAL DO USUÁRIO NO IDIOMA PORTUGUÊS. DEVE OPERAR EM 110 A 230 V~ E FREQUÊNCIA DE ALIMENTAÇÃO DE 50/60 HZ. DEVE POSSUIR PROTEÇÃO CONTRA CHOQUES ELÉTRICOS. APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA	02
07	CADEIRA GIRATÓRIA MODELO PRESIDENTE: APOIO DE BRAÇO COM REGULAGEM, ESPUMA INJETADA NO ACENTO E ENCOSTO REVESTIDA EM TECIDO NA COR VERMELHA, ACABAMENTO EM PVC, BASE A GÁS E REGULAGEM DE ALTURA	06
08	CARDIOVERSOR: UTILIZADO PARA PROMOVER DESFIBRILAÇÃO/ CARDIOVERSÃO A PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS, COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: - COM OS SEGUINTE MODOS DE OPERAÇÃO: - CARDIOVERSÃO; - DESFIBRILAÇÃO MANUAL; -	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br

SÃO JOÃO DO IVAÍ - PARANÁ

MONITORAÇÃO DE ECG; - DESFIBRILAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA (DEA); - MARCAPASSO EXTERNO; - SPO2; - PNI. - CARACTERÍSTICAS: - PORTÁTIL; - CONTROLADO POR MICROPROCESSADOR; - IP21 CONFORME IEC 60.529; - ONDA BIFÁSICA; - MODO DE OPERAÇÃO SÍNCRONO; ASSÍNCRONO; - DESFIBRILAÇÃO EXTERNA AUTOMÁTICA ("DEA"); - CARGA MÁXIMA REGULÁVEL: ≥ 200 JOULES; - MENOR ENERGIA DISPONÍVEL 1J. - TEMPO DE CARREGAMENTO EM CARGA MÁXIMA: ≤ 06 SEGUNDOS. - TEMPO DE DESCARGA INTERNA AUTOMÁTICA EM CASO DE INTERRUPÇÃO DO PROCEDIMENTO: ≤ 60 SEGUNDOS. - SISTEMA DE ANÁLISE DE IMPEDÂNCIA TORÁCICA PARA GARANTIR A ENTREGA DE ENERGIA SELECIONADA PELO OPERADOR. - INDICADOR DE CONTATO COM O PACIENTE ATRAVÉS DAS PÁS EXTERNAS.

- DETECÇÃO AUTOMÁTICA DO BATIMENTO CARDÍACO ATRAVÉS DAS PÁS. - TESTE DE DIAGNOSTICO AUTOMÁTICO DIÁRIO, CAPAZ DE VERIFICAR EM STANDBY O PERFEITO FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO O CORRETO FUNCIONAMENTO DE: CIRCUITO DO ECG. - CARGA E DESCARGA DO CHOQUE. - CARGA DA BATERIA. - INDICAÇÃO DE ENERGIA ENTREGUE. - BAIXO NÍVEL DE CARGA DA BATERIA. - INDICADOR AUDIOVISUAL DE CARGA COMPLETA. MEMÓRIA INTERNA NÃO VOLÁTIL, CAPAZ DE ARMAZENAR 01 HORA DE EVENTOS (COM DATA E HORA) E TRAÇADO DE ECG. - INSTRUÇÕES AUDIOVISUAIS PARA RCP. - DESFIBRILAÇÃO MANUAL COM ESCALA SELECIONÁVEL NO PAINEL FRONTAL. MONITOR INTEGRADO NO EQUIPAMENTO. - TELA COLORIDA DE CRISTAL LÍQUIDO (LCD). - DIMENSÃO EM DIAGONAL VISÍVEL: $\geq 6,5$ POLEGADAS. - APRESENTAÇÃO NUMÉRICA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA. - APRESENTAÇÃO DE NO MÍNIMO 3 CURVAS NA TELA. - INDICAÇÃO DAS FASES: CARREGANDO; CARGA COMPLETA; DESCARREGANDO E DESARMANDO. - MONITORAÇÃO DE ECG ATRAVÉS: DAS PÁS; DE ELETRODOS. - FREQUÊNCIA CARDÍACA NA FAIXA DE: 16 A 300 BPM. - ALARMES AUDIOVISUAIS E/OU ALERTAS DE BRADICARDIA; TAQUICARDIA E ELETRODO SOLTO. - IMPRESSORA TÉRMICA COM VELOCIDADE DE IMPRESSÃO DE 25 MM/S; LARGURA DO PAPEL DE 50 MM. - MODOS DE OPERAÇÃO MANUAL; AUTOMÁTICO. - RELATÓRIO DE DESFIBRILAÇÃO CONTENDO PARÂMETROS DE DESCARGA; CURVA DE ECG, ANTES E APÓS DESCARGA; FREQUÊNCIA CARDÍACA; DATA E HORA; IMPRESSÃO DE TENDÊNCIAS. DESFIBRILAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA (DEA). - AJUSTE AUTOMÁTICO DA ENERGIA DO CHOQUE ENTREGUE AO PACIENTE DE ACORDO COM A IMPEDÂNCIA MEDIDA NO TÓRAX. - CHOQUE HABILITADO SOMENTE SE O PACIENTE ESTIVER COM FIBRILAÇÃO VENTRICULAR OU COM TAQUICARDIA VENTRICULAR. - INSTRUÇÕES AUDIOVISUAIS DE TODAS AS ETAPAS DO PROCEDIMENTO DE DESFIBRILAÇÃO E ANÁLISE. - PROTOCOLO CONFIGURADO DE FÁBRICA DE ACORDO COM NORMAS VIGENTES. - MARCAPASSO EXTERNO NÃO INVASIVO: - MODOS DE OPERAÇÃO FIXO E POR DEMANDA; - FREQUÊNCIA, NA FAIXA DE 30 A 180 PPM; - DURAÇÃO DO PULSO DE 40 MS; - AMPLITUDE DO PULSO DE 10 A 140 MA. - SPO2: - OXIMETRIA EM PACIENTES ADULTOS E CRIANÇAS; - APRESENTAÇÃO DE CURVA PLESTIMOGRÁFICA; - APRESENTAÇÃO DE SATURAÇÃO EM MODO DEA; - APRESENTAÇÃO DE VALOR NUMÉRICO DE PULSO; -

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br**SÃO JOÃO DO IVAÍ – PARANÁ**

	POSSIBILIDADE DE SENSORIERS PARA PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS; - FAIXA DE MEDIÇÃO DE 0-100% RESOLUÇÃO 1%; - FREQUÊNCIA DE PULSO DE 30-300 BPM; - ALARMES AUDIOVISUAIS DE BAIXA SATURAÇÃO E FREQUÊNCIA DE PULSO. PNI: - MEDIDA ATRAVÉS DO MODO OSCILOMÉTRICO; - TEMPO DE MEDIDA ≤ 75 SEG; - FAIXA DE MEDIDA DE 0-300 MMHG; - POSSUIR CONFIGURAÇÃO DE INTERVALO DE TEMPO AUTOMÁTICO PARA REALIZAÇÃO DE MEDIDAS, COM PELO MENOS 5 INTERVALOS. - CARACTERÍSTICAS ELÉTRICAS: - ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DE 110/220 V; - BATERIA(S) DE LÍTIO COM RECARREGAMENTO AUTOMÁTICO; - TEMPO PARA RECARGA TOTAL: ≤ 05 HORAS; - AUTONOMIA DE 2,5 HORAS DE MONITORAÇÃO CONTÍNUA DE ECG OU 100 CHOQUES EM CARGA MÁXIMA; - SISTEMA DE INDICAÇÃO/VERIFICAÇÃO DA CARGA NO PRÓPRIO CORPO DA BATERIA. - ACESSÓRIOS: - 1 CABO DE ALIMENTAÇÃO, 1 CABO DE ECG 5 VIAS, 1 CABO DE CONEXÃO DE PÁS ADESIVAS, 1 MANUAL DO PROPRIETÁRIO, 1 BATERIA, 4 ROLOS DE PAPEL, PARA IMPRESSORA, 1 SENSOR OXIMETRIA ADULTO, 1 SENSOR DE OXIMETRIA INFANTIL, 1 MANGUEIRA DE PNI, 1 MANGUITO ADULTO, 1 MANGUITO PARA OBESO, 1 MANGUITO INFANTIL, 1 BOLSA PARA TRANSPORTE. APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.	
09	CARRO DE EMERGÊNCIA: MODELO STANDARD DESTINADO A UTILIZAÇÃO EM HOSPITAIS, PRONTO SOCORROS, CLÍNICAS E SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO. EQUIPAMENTO FABRICADO DE ACORDO COM AS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO ANVISA E ISO 13485: 2003 CARACTERÍSTICAS GERAIS: FABRICADO EM AÇO CARBONO COM TRATAMENTO ANTI-CORROSÃO E PINTURA EPÓXI DE ALTA RESISTÊNCIA. QUATRO RODÍZIOS DE 4" (75 MM DE DIÂMETRO), SENDO DOIS COM FREIO. QUATRO GAVETAS COM LACRE ÚNICO. DIVISÓRIA PARA MEDICAMENTOS NA PRIMEIRA GAVETA. BANDEJA INFERIOR PARA MATERIAIS DE ROTINA E DESCARTÁVEIS. BANDEJA SUPERIOR COM BASE GIRATÓRIA. TAMPO SUPERIOR EM AÇO INÓX PARA MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS. LIXEIRA EM AÇO INÓX. TÁBUA DE MASSAGEM CARDÍACA EM POLIPROPILENO. SUPORTE PARA CILINDRO DE OXIGÊNIO. SUPORTE PARA SORO EM AÇO INÓX, CONJUGADO AO SISTEMA DE TRAVA DAS GAVETAS. PÁR-CHOQUE DE ESPECIFICAÇÕES MECÂNICAS: DIMENSÕES: 60 X 45 X 84 CM PESO: 27 KG ACOMPANHA: 4 TOMADAS AUXILIARES, COM CABO DESTACÁVEL E FUSÍVEL DE PROTEÇÃO. GARANTIA DO EQUIPAMENTO: 1 ANO. GARANTIA: 12 MESES. APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.	01
10	CARRO MACA AVANÇADO: COM ELEVAÇÃO E MOVIMENTOS HIDRÁULICOS CARRO MACA AVANÇADO MACA AVANÇADA COM ELEVAÇÃO E MOVIMENTOS HIDRÁULICOS. DEVE POSSUIR LEITO RADIO TRANSPARENTE E DIVIDIDO AO MENOS EM 4 SEÇÕES. ESTRUTURA DEVE SER EM AÇO COM PINTURA ELETROSTÁTICA A PÓ. DEVE FAZER MOVIMENTOS DE DORSO, COXAS ATRAVÉS DE MOLAS A GÁS OU HIDRÁULICO, PERMITINDO ASSIM O FOWLER, DEVE POSSUIR OS MOVIMENTOS DE TREND E REVERSO DE	02

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE***Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n**FONE (043) 3477-8450**E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br***SÃO JOÃO DO IVAÍ - PARANÁ**

	TREND, ELEVÇÃO ATRAVÉS DE PISTÃO HIDRÁULICO. DEVE POSSUIR GRADES LATERAIS TO TIPO EMPILHÁVEL COM TRAVAMENTO. RODÍZIOS DE PELO MENOS 8 POLEGADAS COM FREIOS NA DIAGONAL, COM CARENAGEM EM MATERIAL PLÁSTICO PARA FÁCIL ASSEPSIA. DEVE POSSUIR UMA CAPACIDADE DE SUPORTAR PACIENTES COM 220KG OU MAIS. DEVE ACOMPANHAR SUPORTE DE SORO, SUPORTE PARA CILINDRO, PARA CHOQUES TIPO BUMPER, COLCHONETE COM DENSIDADE D23. DEVE POSSUIR UM COMPRIMENTO DE LEITO MÍNIMO DE 180CM, UMA LARGURA MÍNIMA DE 62CM E SER REGULÁVEL EM ALTURA DE 74CM OU MENOS A 105CM OU MAIS. APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.	
11	CARRO MACA SIMPLES: ESTRUTURA EM TUBO REDONDO INOX AISI 304 DE 1,2 MM (± 2 MM) DE ESPESSURA; LEITO FIXO EM CHAPA DE AÇO INOX AISI 304 COM 1,20 MM (± 2 MM) (COM CABECEIRA REGULÁVEL ATRAVÉS DE CREMALHEIRA – GRADES LATERAIS EM TUBO DE AÇO INOX DE APROXIMADAMENTE 20 MM E 1,2 MM DE ESPESSURA; PARA-CHOQUE DE BORRACHA EM TODO O PERÍMETRO – RODÍZIOS DE 8" DE DIÂMETRO (VARIAÇÃO ± 1 ") COM FREIOS DE DUPLA AÇÃO EM DIAGONAL; CAPACIDADE DE CARGA MÍNIMO DE 180KG DIMENSÕES EXTERNAS: 2,0 X 0,70 X 0,80M (VARIAÇÃO ± 10 CM). ACOMPANHA: COLCHÃO DENSIDADE 28 COM ESPESSURA ENTRE 50 E 70MM REVESTIDO COM CAPA ANTIBACTERIANA E SUPORTE DE SORO EM AÇO INOX. APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.	01
12	COMPUTADOR DESKTOP INTEL CORE I5: COM PROCESSADOR INTEL CORE I5-14600K, 14ª GERAÇÃO, 5.3 GHZ, CACHE 24MB, 14 NÚCLEOS, 20 THREADS/ COM PLACA-MÃE MICRO-ATX INTEL® CHIPSET H610 (LGA 1700) COM DDR4, PCIE 4.0, SLOTS M.2 DUPLOS, 2 X PORTAS USB 3.2 GEN 1 (2 X TIPO A), 2 X PORTAS USB 2.0 (2 X TIPO A), 1 X DISPLAYPORT, 1 X PORTA D-SUB, 1 X PORTA HDMI, 1 X PORTA DE REDE REALTEK 1GB, 3 X CONECTORES DE ÁUDIO, 1 X PORTA PARA TECLADO PS/2 (ROXA) E TAMBÉM 1 X PORTA PARA MOUSE PS/2 (VERDE)/ COM MEMÓRIA 32GB DUAL CHANNEL (2X16GB) DE 3200MHZ, TIPO DDR4, CL19./ COM ARMAZENAMENTO SSD PCIE INTERNAL DE 512GB E LEITURA 3500MB/S E GRAVAÇÃO 2400MBS./ COM ARMAZENAMENTO HD INTERNO 2TB, SATA, 3.5"/ COM PLACA DE VÍDEO NVIDIA GEFORCE RTX 3050 EX, 6GB, GDDR6, 96 BITS./ COM FONTE 750W REAL, 80 PLUS GOLD, FULL MODULAR, PFC ATIVO./ COM TECLADO / COM MOUSE/ COM MONITOR 23,8" RESOLUÇÃO FULL HD, TAXA ATUALIZAÇÃO 100HZ, RESPOSTA 1MS, BIVOLT, COR PRETA, CABOS E FILTRO DE LINHA 4 TOMADAS COM INMETRO. INCLUSO MANUAL EM PORTUGUÊS, GARANTIA 12 MESES.	10
13	DETECTOR FETAL PORTÁTIL: TIPO DE ANÁLISE AUSCULTA BCF, FLUXO SANGUÍNEO PLACENTA E CORDÃO - FAIXA MEDIÇÃO BCF ATÉ CERCA 200 BPM; - FREQUÊNCIA ATÉ CERCA 2,2 MHZ; - COMPONENTES COM ALTO FALANTE E TRANSDUTOR; - DISPLAY DIGITAL DE ATÉ 5"; - ALIMENTAÇÃO COM PILHAS AA.	04

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br**SÃO JOÃO DO IVAÍ - PARANÁ**

	APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA	
14	ELETROCARDÍOGRAFO: GENERALIDADES: APARELHO DE ECG DE REPOUSO PORTÁTIL. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS MÍNIMAS: O APARELHO DEVE POSSIBILITAR A IMPRESSÃO DE ECG NAS 12 DERIVAÇÕES PADRÃO; O APARELHO DEVE POSSUIR IMPRESSÃO SIMULTÂNEA DE 12 (DOZE) CANAIS; SOFTWARE INTERNO EM PORTUGUÊS; OPERAÇÃO NOS MODOS: MANUAL E AUTOMÁTICO; INDICAÇÃO VISUAL E/OU SONORA DE ELETRODO SOLTO; SELEÇÃO DE SENSIBILIDADE DE 5(N/2), 10(N) OU 20(2N) MM/MV NO MÍNIMO. CONTROLE DA VELOCIDADE DE IMPRESSÃO DE 25 A 50 MM/S, NO MÍNIMO; DEVE POSSUIR SOFTWARE INTERNO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO; DEVE POSSUIR DETECÇÃO OU REGISTRO DE MARCAPASSO; FILTRO DE RUÍDO DA REDE AC (60HZ) E FILTROS MUSCULARES, NO MÍNIMO; DEVE POSSUIR TELA LCD, OU TECNOLOGIA SUPERIOR, DE NO MÍNIMO 7 POLEGADAS, COM POSSIBILIDADE DE VISUALIZAÇÃO DE 12 DERIVAÇÕES SIMULTÂNEAS; PROTEÇÃO CONTRA DESFIBRILAÇÃO (FLUTUANTE); IMPRESSORA INTERNA DE PAPEL MILIMETRADO, COM REGISTRO QUE INDIQUE: FREQUÊNCIA CARDÍACA E DERIVAÇÕES; VELOCIDADE E AMPLITUDE INTERPRETAÇÃO DO ECG; RESPOSTA DE FREQUÊNCIA DE 0,05 A 150HZ; BATERIA INTERNA OU ACOPLADA, RECARREGÁVEL, COM CAPACIDADE PARA IMPRESSÃO DE NO MÍNIMO 60 MINUTOS OU 100 EXAMES; POSSIBILIDADE DE TRANSMISSÃO DO EXAME EM FORMATO DIGITAL PARA VISUALIZAÇÃO E ARMAZENAMENTO EM COMPUTADOR E/OU SISTEMA DE TELEMEDICINA, ATRAVÉS DE CABO DE REDE E WI-FI; DEVE POSSIBILITAR GERAR O EXAME DE ECG, EM, PELO MENOS, UM DOS SEGUINTE FORMATOS: JPEG, PDF, DICOM OU XML; DEVE POSSUIR DICOM STORAGE E DICOM WORKLIST, TOTALMENTE HABILITADOS, PARA INTEGRAÇÃO COMO O SISTEMA DE TELEMEDICINA (PACS). CAPACIDADE DE ARMAZENAMENTO DE NO MÍNIMO 100 EXAMES; ACESSÓRIOS: 01(UM) CABO DE ALIMENTAÇÃO PARA REDE ELÉTRICA (2P + T), SEGUNDO NORMAS ABNT; 02 (DOIS) CABOS DE PACIENTE DE 10 VIAS, PADRÃO DE CORES IEC; 02 (DOIS) CONJUNTOS DE ELETRODOS PRECORDIAIS COM SEIS UNIDADES, TIPO PÊRA; 02 (DOIS) CONJUNTOS DE ELETRODOS DE EXTREMIDADES TIPO CLIP; 20 (VINTE) ROLOS OU PACOTES SANFONADOS EM Z, DE PAPEL PARA ELETROCARDIOGRAMA, COMPATÍVEL COM O EQUIPAMENTO; 01 (UM) CABO DE REDE PARA CONEXÃO DO ELETROCARDÍOGRAFO; 01 (UM) CARRO DE TRANSPORTE COM ACONDICIONAMENTO PARA O ELETROCARDÍOGRAFO E ACESSÓRIOS: 1 - RODÍZIOS DE 4", NO MÍNIMO, COM TRAVAS EM DIAGONAL; SUPORTE PARA O CABO DE PACIENTE; PRATELEIRA E/OU GAVETA PARA ACONDICIONAMENTO DOS ACESSÓRIOS. APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA	01
15	ESCADA COM 2 DEGRAUS: ESPECIFICAÇÃO SUGERIDA: MATERIAL DE CONFEÇÃO: AÇO INOXIDÁVEL	02
16	FOCO CIRÚRGICO MÓVEL: ESPECIFICAÇÕES: FOCO CIRÚRGICO	02

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br**SÃO JOÃO DO IVAÍ - PARANÁ**

	DE SOLO MÓVEL, DE PEDESTAL COM RODÍZIOS PARA UTILIZAÇÃO EM SALAS DE PROCEDIMENTO, COM TECNOLOGIA DE ILUMINAÇÃO LED DE ALTA EFICIÊNCIA. SUA INTENSIDADE LUMINOSA, QUANDO MEDIDA A 1 (UM) METRO DE DISTÂNCIA, DEVE SER DE NO MÍNIMO 100.000 LUX, SENDO AJUSTÁVEL PELO USUÁRIO OU MÉDICO. O SISTEMA DE ILUMINAÇÃO LED DEVE POSSUIR VIDA ÚTIL DE 30.000 HORAS OU MAIS. VARIAÇÃO DE TEMPERATURA DE 3.000 K A 6.000 K CONSUMO DE ENERGIA ENTRE 70 A 110 VA PARA O FOCO. SISTEMA DE DISSIPACÃO DE CALOR PASSIVO, SEM NECESSIDADE DE USO DE COOLER, VENTILADOR ENTRE OUTROS. SEU BRAÇO ARTICULADO DEVE FACILITAR O MOVIMENTO, FORNECENDO RÁPIDA ESTABILIDADE PARA A CÚPULA. A MANOPLA DEVE SER FACILMENTE RETIRÁVEL, SEM UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS E AUTOCLAVÁVEL. SISTEMA DE ALIMENTAÇÃO DE EMERGÊNCIA COM BATERIA DE AUTONOMIA MÍNIMA DE 90 MINUTOS. DEVE ACOMPANHAR NO MÍNIMO DOIS CONJUNTOS DE MANOPLAS AUTOCLAVÁVEIS ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA 220 V/ 60 HZ. REGISTRO VÁLIDO NA ANVISA	
17	GELADEIRA CYCLE DEFROST DUPLEX 451 LITROS: BRANCO COM CAPACIDADE TOTAL 451,0L; CAPACIDADE DO REFRIGERADOR 322,0L; CAPACIDADE DO CONGELADOR/FREEZER 129,0L; PORTA DUPLEX; RECURSOS BÁSICOS DO REFRIGERADOR: PÉS COM RODÍZIO, PÉS NIVELADORES, PORTA-OVOS, GAVETAS PARA VEGETAIS E FRUTAS, PRATELEIRA REMOVÍVEL, PORTAGARRAFAS, CONTROLE DE TEMPERATURA; RECURSOS CONGELADOR/FREEZER: PRATELEIRA COMPARTIMENTO NA PORTA; TIPO DE DEGELO: CYCLE DEFROST; DIMENSÕES APROXIMADAS DO PRODUTO CM (AxLxP) 187,1X71X70,7 CM; DIMENSÕES APROXIMADAS DO PRODUTO C/ PÉS NIVELADORES- CM (AxLxP) 76X73,6X191 CMM; PESO APROXIMADO 72 KG; TENSÃO/ VOLTAGEM 127 V/ HZ; CONSUMO (KW/H) 58; POTÊNCIA (W) 135; DEGELO AUTOMÁTICO; GARANTIA DO FORNECEDOR DE 12 MESES; MAIS INFORMAÇÕES: PRATELEIRAS DE VIDRO, MAIS A TAMPA DA GAVETA DE LEGUMES DE VIDRO.	02
18	IMPRESSORA MULTIFUNCIONAL LASER: , COM 256 MB MEMÓRIA, VELOCIDADE DE IMPRESSÃO DE 36 PPM, IMPRESSÃO DUPLEX FRENTE E VERSO AUTOMÁTICA, LCD RETROILUMINADO: SIM, TELA LCD: TELA TOUCHSCREEN 2,7", VELOCIDADE DA CPU (MHZ): 600, CAPACIDADE DE ENTRADA DE PAPEL (MÁXIMA): BANDEJA COM CAPACIDADE PARA ATÉ 250 FOLHAS E ENTRADA DE ALIMENTAÇÃO MANUAL DE UMA FOLHA, CAPACIDADE DE SAÍDA DE PAPEL (MÁXIMA): 100 FOLHAS (FACE PARA BAIXO), 1 FOLHA (FACE PARA CIMA), ALIMENTADOR AUTOMÁTICO DE DOCUMENTOS (ADF): 50 PÁGINAS, - INTERFACES: WIRELESS 802.11 B/G/N, ETHERNET 10/100 BASE-TX, WI FI DIRECT E HI-SPEED USB 2.0, , TIPO DE SCANNER: VIDRO DE EXPOSIÇÃO COLORIDO COM ADF, - TAMANHO DO VIDRO DE DOCUMENTOS: ATÉ 21 X 29,7 CM (A4), VELOCIDADE DE CÓPIA (MÁXIMA): ATÉ 36 COM, RESOLUÇÃO DE CÓPIA (MÁXIMA): 600 X 600 DPI, - REDUÇÃO/AMPLIAÇÃO DE CÓPIA: 25% A 400% EM INCREMENTOS DE 1%, CÓPIA FRENTE E VERSO: SIM, CÓPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIDADE: SIM, CICLO DE TRABALHO MENSAL MÁXIMO: ATÉ 35.000 PÁGINAS	06
19	LARINGOSCÓPIO ADULTO: LARINGOSCOPIO COM CABO ADULTO	02

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br**SÃO JOÃO DO IVAÍ - PARANÁ**

	FABRICADO EM AÇO INOXIDÁVEL, PARA USO DE PILHAS, ILUMINAÇÃO INTERNA DE LED, COM 5 LAMINAS CURVAS 1, 2, 3, 4 E 5 E ESTOJO	
20	LARINGOSCÓPIO INFANTIL: LARINGOSCOPIO COM CABO INFANTIL FABRICADO EM AÇO INOXIDÁVEL, PARA USO DE PILHAS, COM ILUMINACAO INTERNA EM COM LAMPADA DE LED. DEVE VIR COM 1LAMINA RETA N. 00, 1 LAMINA RETA N. 0,1LAMINA RETA N. 01,1 LAMINA RETA N. 02, 1 LAMINA RETA N. 03 E ESTOJO.	02
21	MESA AUXILIAR HOSPITALAR: MATERIAL ESTRUTURA TUBULAR, MATERIAL TAMPOTAMPO E PRATELEIRA EM AÇO INOXIDÁVEL, COMPRIMENTO TAMPO 75 CM, LARGURA TAMPO 45 CM, ALTURA 80 CM, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS COM 4 RODÍZIOS DE 2", COM FREIO EM DUAS	05
22	MESA CABECEIRA: MATERIAL CHAPA AÇO, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS 1 PORTA, 1 PRATELEIRA INTERNA, PÉS, QUANTIDADE GAVETAS 1 UN, LARGURA 0,40 M, ALTURA 0,80 M, PROFUNDIDADE 0,40 M	04
23	MESA DE MAYO, MATERIAL: ESTRUTURA TUBULAR EM AÇO INOX, ALTURA REGULÁVEL C/ANEL FIXAÇÃO NO TUBO DA COLUNA, COMPONENTES BANDEJA AÇO INOX 50 X 40CM, OUTROS COMPONENTES 3 RODÍZIOS DE 2"	04
24	MESA PARA COMPUTADOR: CONFECCIONADA EM MDP OU MDF, COM SUPORTE PARA TECLADO COM ROLAMENTOS, DISPONÍVEL PARA FORNECIMENTO NAS CORES MOGNO - MARFIM - TABACO, COM ESTRUTURA REFORÇADA QUE SUPORTE NO MÍNIMO 30 KG, DIMENSÃO DA MESA: ALTURA - 75 CM OU SUPERIOR, PROFUNDIDADE - 60 CM OU SUPERIOR, COMPRIMENTO 100 CM, DIMENSÃO DO SUPORTE: PROFUNDIDADE - 55 CM OU SUPERIOR, COMPRIMENTO 60 CM OU SUPERIOR. GARANTIA 6 MESES	09
25	MONITOR MULTIPARAMETRICO: MONITOR MULTIPARAMÉTRICO, MONITOR COLORIDO COM TELA DE 12." MONITORAÇÃO ADULTO, INFANTIL E NEONATAL; ALIMENTAÇÃO 110/220 VAC - 60HZ; ALARMES AUDIOVISUAIS; AJUSTES DE LIMITES DE ALARMES PARA OS PARÂMETROS; BATERIA RECARREGÁVEL, COM AUTONOMIA DE, NO MÍNIMO, 2 H; COM CAPACIDADE DE FORNECER OS PARÂMETROS DE ECG CONTÍNUO, OXIMETRIA DE PULSO, PRESSÃO ARTERIAL NÃO INVASIVA; PROTEÇÃO CONTRA DESCARGA DE DESFIBRILADOR; MONITORAÇÃO DE 03 (TRÊS) DERIVAÇÕES I, II E III, NO MÍNIMO; ALARMES AUDIOVISUAIS DE BRADICARDIA, TAQUICARDIA, APNEIA E ELETRODO SOLTO; MEDIDAS DE CO2: ETCO2 DE NO MÍNIMO 0 A 70MMHG; ACOMPANHADO DOS CABOS E SENSORES COMPATÍVEIS TODAS AS FUNÇÕES DO MONITOR; INDICAÇÃO NUMÉRICA DOS VALORES DE SATURAÇÃO E PULSO; ACOMPANHADO DE SENSORES: ADULTO, PEDIÁTRICO, NEONATAL (TAMANHO MÉDIO); PRESSÃO ARTERIAL NÃO-INVASIVA; MANGUITOS TAMANHO ADULTO, OBESO, NEONATAL E PEDIÁTRICO; CARRO COM PEDESTAL PARA SUPORTAR O MONITOR; APRESENTAR: CATÁLOGO TÉCNICO COM FOTO, CONTENDO A ESPECIFICAÇÃO COMPLETA DO EQUIPAMENTO OFERTADO, MANUAL DE OPERAÇÃO EM PORTUGUÊS E REGISTRO VIGENTE NA ANVISA	01
26	OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL: PARÂMETROS E DESEMPENHO SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO SPO2• FREQUÊNCIA DE PULSO (FP)• ÍNDICE DE PERFUSÃO GRÁFICO• ÍNDICE DE PERFUSÃO NUMÉRICO• TELA COM ONDA PLETISMOGRÁFICA FAIXA DE	04

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE***Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n**FONE (043) 3477-8450**E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br***SÃO JOÃO DO IVAÍ – PARANÁ**

	MEDIÇÃO: • SPO2: 0% – 100% • FP: 0 BPM – 255 BPM • ÍNDICE DE PERFUSÃO: 0,2% INFORMAÇÕES TÉCNICAS: • TELA LCD COLORIDA • RESOLUÇÃO DA TELA 320 X 480 PIXELS • DIMENSÕES 156 MM (C) X 70 MM (L) X 32 MM (A) • PESO APROXIMADO 125G (NÃO INCLUI SENSORES E BATERIA) • AUTONOMIA: PILHAS 48H E BATERIA 24 HORAS; • DISPONÍVEIS SENSORES SPO2 ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL REUTILIZÁVEL • ALARME VISUAL E SONORO ACESSÓRIOS: 01 BOLSA TRANSPORTE; 01 (UM) MANUAL DO USUÁRIO EM PORTUGUÊS	
27	PRANCHA LONGA DE IMOBILIZAÇÃO DE COLUNA: CONFECCIONADA EM MATERIAL TOTALMENTE IMPERMEÁVEL EM FRIBRA DE POLIETILENO, RÍGIDA, LEVE, COM PEGADORES AMPLOS, RADIOTRANSLÚCIDA PARA USO EM AMBIENTES DE RAO X E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA. DIMENSIONADA PARA SUPORTAR VÍTIMAS COM PESO DE ATÉ 180KG, POSSIBILITA O RESGATE NAS AGUAS OU EM ALTURAS, ACOMPANHA JOGO DE CINTOS COM 03 PEÇAS (01 VERMELHA, 01 AMARELA E 01 PRETA) E 01 CONJUNTO DE CINTO TIPO ARANHA PARA IMOBILIZAÇÃO, CONFECCIONADO EM FITAS DE NYLON, EM CORES, RADIOTRANSAPARENTES, FIXADO POR FITAS DE VELCRO DE 50MM DE LARGURA, NAS CORES: PRETA, VERDE, AMARELA, VERMELHA, PERMITE IMOBILIZAR: OMBROS, TORAX, Pelve, BRAÇOS E PERNAS, DESENHADOS PARA SER FACILMENTE ACONDICIONADO. 01 CAPA, UTILIZADA PARA ACOMODAR UMA MACA, COLARES, CINTOS E TALAS DE IMOBILIZAÇÃO, COM BOLSOS INTERNOS, CONFECCIONADA EM POLOÉSTER, POSSUIR FECHO EM ZÍPER COM CURSORES DUPLOS.	03
28	REANIMADOR PULMONAR MANUAL ADULTO: (AMBU) ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS: SILICONE AUTOCLAVÁVEL ADULTO DEVE POSSUIR ALÇA EM SILICONE; DISPOSITIVO PORTÁTIL, UTILIZADO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS, PARA PROMOVER A VENTILAÇÃO PULMONAR (POR MEIO DA PRESSÃO DA PARTE COMPRESSÍVEL DO DISPOSITIVO) PARA PESSOAS CUJA RESPIRAÇÃO É INADEQUADA. PARA ADULTO E CRIANÇAS COM PESO ACIMA DE 30 KG; VOLUME DO BALÃO: 1800 ML; VOLUME DE ENTREGA: 1050 ML; RESERVATÓRIO: 2700 ML; RESISTÊNCIA EXPIRATÓRIA/INSPIRATÓRIA: 2CM H2O/3CM H2O; ESPAÇO MORTO: MENOR QUE 7,0 ML; LIMITADOR DE PRESSÃO: 40 OU 60 CM H2O; TEMPERATURA OPERACIONAL: -18°C A 50°C; TEMPERATURA DE ARMAZENAMENTO: -20°C A 60°C;	02

4 - CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

4.1 - Empresas cujo objeto social seja pertinente e compatível com o objeto a ser licitado:

4.2 - Da habilitação:

- Habilitação jurídica nos termos da lei;
- Declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação;
- Instrumento de registro comercial;
- Instrumento expedido pela junta comercial;
- Instrumento de regularidade fiscal e trabalhistas;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br

SÃO JOÃO DO IVAÍ – PARANÁ

- Outros documentos a serem destacados no edital do certame.

5 - CRITÉRIOS DE JULGAMENTO

5.1 - O critério de julgamento será o **MENOR PREÇO POR ITEM**, sendo considerado critério de seleção em que proposta mais vantajosa para administração tendo em vista que os itens necessários já foram escolhidos, não havendo a necessidade de utilização de outro critério de julgamento.

5.2 - O critério de aceitabilidade dos preços ofertados será o de execução do objeto ora licitado, aferindo mediante a pesquisa de preços que instrui o processo administrativo pertinente a julgamento das propostas, de modo a evidenciar a economicidade da contratação.

5.3 - Se houver indícios de que a proposta apresentada seja inexequível, o pregoeiro determinará ao licitante que comprove a exequibilidade, sob pena de desqualificação.

5.4 - O objeto será adjudicado ao licitante vencedor após análise e aprovação da proposta mais vantajosa e demais documentação exigida no certame.

6 - PRAZOS, LOCAL E CONDIÇÕES DE ENTREGA

6.1 - A aquisição dos produtos, será realizada de acordo com a necessidade do município e será formalizada através da nota de empenho e cronograma de entrega emitida pelo Município, onde constarão as quantidades o local de entrega dos produtos.

6.1.1 - O cronograma será enviado por e-mail, pela Secretaria de Compras e cabe ao fornecedor manter o endereço atualizado.

6.2 - Caso haja necessidade de alteração da marca contratada, o fornecedor deverá comunicar a contratante através de justificativa por escrito para aprovação.

6.3 - A entrega deverá conter a quantidade total solicitada pelo empenho, não sendo permitidas entregas parceladas, sob pena de devolução dos produtos incompletos, e bem como poderá ser aplicado às penalidades previstas.

6.4 - As despesas com transporte, fretes, bem como qualquer outro relacionamento a entrega do produto é de total responsabilidade da contratada.

6.5 - O recebimento do objeto se dará conforme o disposto no artigo 140, inciso II da Lei nº 14.133/21, e compreenderá duas etapas distintas, a seguir discriminadas:

II - em se tratando de compras:

a) **provisoriamente**, de forma sumária, pelo responsável por seu acompanhamento e fiscalização, com verificação posterior da conformidade do material com as exigências



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br

SÃO JOÃO DO IVAÍ – PARANÁ

contratuais;

b) **definitivamente**, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais.

6.6 - Se, durante o recebimento, for constatado que os produtos, foram entregues de forma incompleta, com qualidade e quantidade inferior a contratada, apresentando defeitos ou em desacordo com as especificações da ata, o contratado se obriga, substituir os bens em desacordo ou entregar os bens remanescentes as suas expensas, após a notificação do contratado, sendo interrompido o prazo de recebimento definitivo até que seja sanada a situação;

6.7 - A contratada deverá reparar, corrigir, remover, reconstituir ou substituir, as suas expensas, ou materiais que forem rejeitados, parcial ou totalmente, por apresentarem vícios, defeitos ou incorreções, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação formal pela Contratada.

6.8 - A fiscalização por parte do município e o recebimento provisório ou definitivo, não excluem a responsabilidade civil da contratada pela correção e/ou substituição do objeto contratual, bem como pelos danos e prejuízos ao município ou a terceiros decorrentes de defeitos de fabricação/desconformidades com as normas técnicas exigíveis, nem a responsabilidade ética profissional pela perfeita execução da ata.

6.9 - O prazo de vigência da ata será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado de acordo entre as partes, conforme legislação vigente.

6.10 - A entrega deverá ser realizada no Hospital Municipal de São João do Ivaí-PR, conforme especificação nas notas de autorização de despesa.

6.11 - Após emissão de autorização de compra, a entrega deverá ser realizada em até 30 (trinta) dias.

7 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1 - Entregar os objetos para qual foi contratada dentro dos parâmetros estipulados neste Termo de Referência.

7.2 - Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

7.3 - Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente ao CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução deste Contrato.

7.4 - Comunicar o CONTRATANTE toda vez que ocorrer qualquer irregularidade.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br

SÃO JOÃO DO IVAÍ – PARANÁ

7.5 - Cumprir todas as condições de entrega do objeto.

7.6 - Comunicar, de imediato, à CONTRATANTE qualquer alteração realizada em seu Contrato Social, que importe em modificação de representação, denominação social, endereço, liquidação, encerramento ou transformação de suas atividades durante a execução do contrato;

7.7 - Manter-se, durante toda a execução do contrato a ser firmado com a CONTRATANTE, em compatibilidade com as obrigações ora assumidas, bem como em relação às condições exigidas quando da presente contratação;

7.8 - Responder, civil e penalmente, pelos ônus resultantes de quaisquer processos, demandas, custos e despesas decorrentes de ações judiciais movidas por terceiros, ligadas à entrega dos itens, que lhe venham a ser exigidas por força de Lei.

8 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

8.1 - Cumprir com todos os compromissos financeiros assumidos com a Contratada.

8.2 - Comunicar prontamente a Contratada, qualquer anormalidade no objeto deste contrato, podendo recusar o recebimento, caso não esteja de acordo com as especificações e condições estabelecidas, no termo de responsabilidade.

8.3 - Aplicar as sanções administrativas contratuais pertinentes, em caso de inadimplemento.

8.4 - Designar servidor responsável para o recebimento dos produtos no local indicado, sendo que este deverá verificar a conformidade do objeto com o solicitado na Nota de Empenho.

8.5 - Exercer o acompanhamento e a fiscalização, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

9 - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1 - O pagamento à empresa a ser contratada será efetuado em até 30 (trinta) dias, após o recebimento definitivo do objeto, mediante a apresentação do respectivo Laudo de recebimento, da respectiva nota fiscal/fatura com discriminação resumida do objeto fornecido, número da licitação, número do contrato, não apresentar rasura e/ou entrelinhas e esteja certificada pela Comissão de Recebimento de Bens e Serviços.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br

SÃO JOÃO DO IVAÍ - PARANÁ

9.1.1 - A Nota Fiscal não poderá apresentar rasuras e/ou entrelinhas e deverá ser atestada pelo gestor e fiscal do contrato, bem como, pela Comissão de Recebimento de Bens.

9.2 - A liberação dos pagamentos ficará condicionada a apresentação da prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal, prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) emitida eletronicamente através do site <http://www.tst.jus.br>, em cumprimento com as obrigações assumidas na fase de habilitação do processo licitatório.

10 - RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

10.1 - Os recursos financeiros para suportar a eficácia do presente objeto, serão atendidos por verbas oriunda dos recursos da secretaria, sendo:

08.006.10.302.0011.1082 AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA SAUDE

385 - 4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE 1518.

11 - REAJUSTE DE PREÇOS E REEQUILIBRIO ECONÔMICO FINANCEIRO

11.1 - Durante a vigência da ata, os valores registrados não serão reajustados.

11.2 - Somente poderá ocorrer a recomposição de valores nos casos enquadrados no disposto no Artigo 124, II, "d" da Lei 14.133/21

11.3 - Não serão liberadas recomposições decorrentes de inflação, que não configurem álea econômica extraordinária, tampouco fato previsível.

11.4 - Os pedidos de recomposição de valores deverão ser protocolados junto ao Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal.

11.5 - Somente serão analisados os pedidos de recomposição de valores que contenham todos os documentos comprobatórios para a referida recomposição, conforme disposto no Artigo 124, II, "d" da Lei 14.133/21

11.6 - Os valores recompostos somente serão repassados após a assinatura e publicação do Termo Aditivo.

12 - APRESENTAÇÃO DE AMOSTRA

12.1 - A Secretaria Municipal de Saúde, vendo a necessidade de uma marca desconhecida requerer amostra do produto para análise, podendo ser solicitado a



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Curitiba, Praça da Bíblia, s/n

FONE (043) 3477-8450

E-mail: saude@saojoaodoivai.pr.gov.br

SÃO JOÃO DO IVAÍ – PARANÁ

qualquer momento.

13- FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ATA REGISTRO DE PREÇOS

13.1 - O recebimento dos itens, a fiscalização e o acompanhamento da execução da ata, será efetuado secretaria de Saúde a fim de verificar a conformidade do objeto com as especificações técnicas.

13.2 - A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade do prestador, ainda que resultem de condições técnicas, vícios redibitórios ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior, e, na ocorrência desta, não implica na responsabilidade da administração e de seus agentes e prepostos.

13.3 - As decisões e providências que ultrapassarem a competência destes deverão ser solicitadas a autoridade superior, em tempo hábil, para adoção das medidas convenientes, no caso o gestor do contrato/ata.

13.4 - A administração indica como gestora do contrato/ata, a Sra. Olivia Regina Froes Eduardo.

13.5 – Responsável pelo Termo de Referência a Sr. Marcelo Peres de Castro.

São João do Ivaí, 26 de junho de 2025.

Marcelo Peres de Castro

Auxiliar Administrativo