



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro CEP – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais
Telefone: (35) 3841-1209 E-mail: pmboc@yahoo.com.br



DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO

O objeto deverá ser contratado até: 14/03/2025

INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE

Setor requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

Responsável pela demanda: Poliana Silveira

E-mail: pmboc2021@hotmail.com

Telefone: (35) 99802-4950

Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização

Fiscalização – Nome: Poliana Silveira

INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Descrição sucinta da solicitação:

Locação de concentradores de oxigênio e acessórios.

Descrição da necessidade da contratação:

Atender pacientes que estejam em tratamento domiciliar, mediante apresentação de relatório médico comprovando a necessidade da locação.

Descrição dos resultados pretendidos:

Poder oferecer aos munícipes auxílio quanto ao tratamento domiciliar que necessita de aparelhos de oxigênio.

Estimativa das quantidades com a memória de cálculo (se for o caso):

As quantidades foram estimadas por um levantamento histórico de uso do itens citado com acréscimo de quantidade para cobrir qualquer aumento de pacientes.

Hoje temos em media 52 Locações de Concentrador 5 Litros, 01 Locação Concentrador 10 Litros, 26 Locações CPAP com umidificador, 03 Locações Bipap invasivo, 01 Locação aparelho tosse mecânica e 01 Locação Bipap não invasivo

Item	Código	Descrição	Unidade	Qtde. Anual
1		APARELHO CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO, CAPACIDADE DE 0 a 5 LITROS/MINUTOS Voltagem de 127v, com variação de fluxo de 0,5 a 5	Und	800



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro CEP – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais
Telefone: (35) 3841-1209 E-mail: pmboc@yahoo.com.br



		l/m, nível de ruído Máximo de 48 db. de vera ser fornecido backup cilindro de oxigênio capacidade de 8,0 m3 com manômetro, fluxômetro, para eventual queda de energia elétrica e pane no equipamento, nos caso de uso continuo de oxigênio conforme prescrição medica. assessórios que acompanham: umidificador, cateter nasale/ou mascara, com extensão mínima de 5 metros		
2		APARELHO CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO CAPACIDADE DE 0 a 10 LITROS /MINUTOS Voltagem de 127v, com variação de fluxo de 0,5 a 10 l/m, nível de ruído Máximo de 45 db. de vera ser fornecido backup cilindro de oxigênio capacidade de 8,0 m3 com manômetro, fluxômetro, para eventual queda de energia elétrica e pane no equipamento, nos caso de uso continuo de oxigênio conforme prescrição medica. Assessórios que acompanham: umidificador, cateter nasal/ou mascara, com extensão minima de 5 metros	Und	60
3		APARELHO CPAP basico sem umidificador destinado à correção de disturbios respiratórios e apneia do sono. intervalo de pressão: 4 a 20cm h2o; rampa: 0 a 45min; acessórios incluso: mascara nasal, ou facial.	Und	60
4		APARELHO CPAP COM UMIDIFICADOR automatico destinados à correção de disturbios respiratórios e apneia do sono. intervalo de pressão de 4 a 20cm h2o, rampa 0 a 45min. acessórios inclusos: máscara nasal ou facial	Und	300
5		APARELHO BIPAP NÃO INVASIVO locação de aparelho de ventilação mecânica não - invasiva (bipap) . modo de ventilação: cpap, espontânea (s), espontânea/controlada (s/t), controlada (t), controle de pressão (pc), função avaps. parâmetros ventilatórios: ipap: 4 a 30 cm h2o; cpap: 4 a 20cm h2o.frequência respiratória: 0 a 30 bpm (pc e s/t) 4 a 30 bpm (t). tempo inspiratório: 0,5 a 3s. tempo de elevação: 100 a 600 ms (1a6). rampa de ventilação: 0 a 45 min. especificações físicas: dimensões: 24cm (c) x 17cm (l) x 11cm (a). peso: 1,8kg. acompanha: umidificador, nobreak, mascara nasal ou facial, circuito não invasivo, fixador para máscara.	Und	48
6		APARELHO BIPAP INVASIVO locação de ventilador mecânico invasivo modos de ventilação: cpap, s, s/t, t, pc-simv (ps),ac, simv (ps), cv intervalo de pressão: ipap: 4 - 50 cm h2oepap: 0 - 25 cm h20 (circuito ativo); 4 - 25 cm h20 (circuito passivo)cpap: 4 - 20 cm h20(circuito passivo)peep: 0 - 25 cm h20 (circuito ativo); 4 - 25 cm h20 (circuito passivo) define pressão automática: nãoopressão de suporte: 0 - 30 cm h20volume corrente: 50 - 2000 ml, frequência respiratória: 0 - 60 (modo ac), 1 - 60 (todos os outros modos)inspiração com tempo controlado: 0.3 - 5.0 segstempo de elevação: 1 - 6medidas (a x l x c): 23,5 cm x 28,5 cm x 16,7 cm peso: aproximadamente 5 kg (com a bateria destacável instalada)entrada de energia: 100 v - 240 v (bivolt) acompanha: umidificador, circuito invasivo, nobreak	Und	72
7		Aparelho Modelo Tosse Mecânica monitoramento do volume corrente; - monitoramento do pico de fluxo da tosse -algoritmo integrado cough-trak que auxilia a sincronização do paciente	Und	36

Descrição dos requisitos necessários à contratação:

- È de total responsabilidade do prestador as manutenções preventivas e corretivas incluido troca de peças e acessorios de todos equipamentos;
- A instalação deve ser realizada com prazo máximo de 1 (um) dia útil, posterior a data da realização do pedido;
- A manutenção corretiva deve ser realizada ou a troca do equipamento com prazo máximo de 1 (um) dia útil, posterior a data da realização do pedido;
- Os equipamentos serão instalados em diversas residências de diferentes bairros no municipio;



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro CEP – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais
Telefone: (35) 3841-1209 E-mail: pmboc@yahoo.com.br



- O prestador também é responsável pela instalação nas zonas rurais do município (quando houver);
- As manutenções preventivas quanto ao prazo pode ficar a critério do prestador, desde que não traga prejuízos ao tratamento dos pacientes;
- O recolhimento do equipamento deve ser realizado no prazo máximo de 02 dias úteis após o pedido;
- Quando o pedido de recolhimento do equipamento for na primeira semana do mês (7 dias corridos), não poderá ser cobrada outra mensalidade;
- As instalações só poderão acontecer com autorização desta secretaria;
- A secretaria solicitará o pedido de instalação, recolhimento e manutenção via email, contendo dados do paciente como: documentos pessoais, relatório médico, comprovante de endereço e telefone para contato;
- As quantidades são estimativas anuais, podendo ser utilizadas ou não;
- O fornecedor deverá ter total responsabilidade legal quanto a atrasos nas instalações e manutenções, principalmente as que prejudicarem o tratamento dos pacientes;
- Não serão fornecidos dados de pacientes para empresas que irão participar do processo licitatório.
- A Nota de Autorização de Fornecimento (NAF), só será emitida no mês subsequente referente ao mês anterior, por motivo que os pedidos para instalação tem caráter imprevisível, de acordo com a demanda que surge.
- O fornecedor deverá, no último dia do mês referência enviar o relatório de instalações, para que possamos providenciar a Nota de Autorização de Fornecimento (NAF)
- Fica o município responsável com despesa quanto a recarga dos cilindros utilizados como backup.

Providências a serem adotadas previamente à contratação:

Caso o fornecedor seja diferente do atual, a troca dos equipamentos deverá ser realizada no máximo 01 (um) dia antes do vencimento da mensalidade, que é o último dia do mês, para que os pacientes não fiquem desassistidos.

Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento: Não se aplica

Dotação Orçamentária:

Ficha: 276 **Fonte:** 1500 (recurso próprio) 1621 (recurso estadual) 1600 (recurso federal)

RESPONSABILIDADE PELA FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

Assumo que ficarei, assim como o responsável pela fiscalização, à disposição para dirimir eventuais dúvidas sobre esta requisição, bem como para acompanhar todo o procedimento de contratação, fornecendo todas as informações técnicas necessárias junto ao agente de contratação, pregoeiro e sua equipe de apoio.

Certifico que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da contratação do presente documento.

Bom Sucesso, 28 de fevereiro de 2025

Poliana Silveira

Secretária Municipal de Saúde e
Gestora Municipal do SUS