



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: 22/01/2025

INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE

Setor requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

Responsável pela demanda: Poliana Silveira

E-mail: pmboc2021@hotmail.com

Telefone: (35) 3841-3153

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.

Descrição dos resultados pretendidos:

Ofertar o tratamento digno aos pacientes que necessitam do mesmo

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

As quantidades foram estimadas por um levantamento histórico de uso do item citado.

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 l/m, nível de ruído Máximo de 48 db. deverá 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 contínuo de oxigênio conforme prescrição médica. acessórios que acompanham: umidificador, cateter nasale/ou mascara, com extensão mínima de 5 metros	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



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. devera ser fornecido kackup 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 contínuo de oxigênio conforme prescrição medica. Acessórios que acompanham: umidificador, cateter nasal/ou mascara, com extensão mínima de 5 metros	Und	60
3	APARELHO CPAP basico sem umidificador destinado à correção de distúrbios 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 distúrbios 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 h2o (circuito ativo); 4 - 25 cm h2o (circuito passivo)cpap: 4 - 20 cm h2o(circuito passivo)peep: 0 - 25 cm h2o (circuito ativo); 4 - 25 cm h2o (circuito passivo) define pressão automática: nãoopressão de suporte: 0 - 30 cm h2ovolume 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:

- É de total responsabilidade do prestador as manutenções preventivas e corretivas incluído troca de peças e acessórios 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 município.
- 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.



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



- Quando o pedido de recolhimento do equipamento for na primeira semana do mês (7 dias corridos) não poderá ser cobrada outra mensalidade.
- As instalações so poderão acontecer com autorização desta secretaria
- As quantidades são estimativas anuais podendo ser utilizadas ou não
- O fornecedor deverá ter a empresa ou contratar outra empresa que esteja num raio de no maximo 80km de distância do Município para que não aconteça atrasos nas instalações e manutenções
- Não será fornecido dados de pacientes para empresas que irão participar do processo licitatório.

Providências a serem adotadas previamente à contratação:

Não se aplica

Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento

Não se aplica

Dotação Orçamentária:

Ficha: 276 **Fonte:** 1500(recurso proprio) 1621 (recursso 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-MG, 02 de janeiro de 2025

POLIANA SILVEIRA

Matr. 31149

Secretária Municipal de Saúde