



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

Pça. Benedito Valadares, 51 – 37220-000 – Bom Sucesso – MG

Tele fax: (35) 3841-1333 – Pabx: (35) 3841-1207

TR – TERMO DE REFERÊNCIA (BENS COMUNS)

| O QUE SERÁ CONTRATADO? | | | | | | |
|------------------------|--|--------|---------|-------|----------------|----------------|
| Item | Descrição | Código | Unidade | Qntd. | Valor Unitário | Total |
| 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 Maximo de 48 db. devera 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. acessórios que acompanham: umidificador, cateter nasale/ou mascara, com extensão mínima de 5 metros | | Und | 800 | R\$ 560,00 | R\$ 448.000,00 |
| 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 Maximo de 45 db. deverá 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 continuo de oxigênio conforme prescrição medica. Acessórios que acompanham: umidificador, cateter nasal/ou mascara, com extensão minima de 5 metros | | Und | 60 | R\$ 810,00 | R\$ 48.600,00 |
| 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 | R\$ 450,00 | R\$ 27.000,00 |
| 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 | R\$ 550,00 | R\$ 110.000,00 |
| 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: | | Und | 48 | R\$ 2.300,00 | R\$ 110.400,00 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

Pça. Benedito Valadares, 51 – 37220-000 – Bom Sucesso – MG

Tele fax: (35) 3841-1333 – Pabx: (35) 3841-1207

| | | | | | | |
|--|---|-----|----|--------------|-------------------------|--|
| | 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. | | | | | |
| 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: não pressão 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 segtempo 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 | R\$ 4.350,00 | R\$ 313.200,00 | |
| 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 | R\$ 1.950,00 | R\$ 70.200,00 | |
| VALOR GLOBAL ESTIMADO | | | | | R\$ 1.127.400,00 | |
| JUSTIFICATIVA DO AGRUPAMENTO EM LOTES | | | | | | |
| Não se aplica | | | | | | |

| DESCRICÃO DA SOLUÇÃO | |
|--|---|
| QUAL O MOTIVO DA CONTRATAÇÃO? | Atender pacientes que estejam em tratamento domiciliar, mediante apresentação de relatório médico comprovando a necessidade da locação. |
| PROVA DE QUALIDADE, RENDIMENTO, DURABILIDADE E SEGURANCA DO BEM | |
| HAVERÁ PROVA DE | Não se aplica. |



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

Pça. Benedito Valadares, 51 – 37220-000 – Bom Sucesso – MG

Tele fax: (35) 3841-1333 – Pabx: (35) 3841-1207

| | |
|---|--|
| QUALIDADE? | |
| O EDITAL EXIGIRÁ AMOSTRA? | Não se aplica |
| HAVERÁ GARANTIA DO BEM? | Não se aplica |
| HAVERÁ ASSISTÊNCIA TÉCNICA? | Sim, o prestador deverá prestar assistência técnica para os equipamentos como manutenção preventiva e corretiva nos termos presentes no Documento de Formalização de Demanda. |
| CRITÉRIOS DE SELEÇÃO | |
| FORMA DE CONTRATAÇÃO | A forma de contratação será definida pelo setor de compras/licitações e constará no Edital ou no Aviso de Contratação Direta. |
| CRITÉRIO DE JULGAMENTO | O critério de julgamento será definido pelo setor de compras/licitações e constará no Edital ou no Aviso de Contratação Direta. |
| O ORÇAMENTO ESTIMADO É SIGILOSO? | Não há necessidade de sigilo. |
| QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS EXIGIDAS | Não se aplica. |
| HÁ CRITÉRIO DE SUSTENTABILIDADE? | Não se aplica. |
| FORMA DE ENTREGA DO BEM | |
| COMO O BEM DEVE SER ENTREGUE? | 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 |
| LOCAL E HORA DA ENTREGA | A secretaria através do pedido irá informar quanto ao endereço para instalação, podendo ser perímetro urbano ou rural. Quanto ao horário, fica a critério do fornecedor decidir desde que seja de acordo com termos presentes no Documento de Formalização de Demanda. |
| PRAZO DE VALIDADE | Não se aplica |
| PRAZO, FORMA DE PAGAMENTO E GARANTIA DO CONTRATO | |
| PRAZO DO CONTRATO | 12 meses |
| HAVERÁ POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO? | Sim. |
| FORMA DE PAGAMENTO | Meio: Transferência ou depósito bancário Onde? Fica a cargo da Secretaria Municipal de fazenda a escolhas das |



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

Pça. Benedito Valadares, 51 – 37220-000 – Bom Sucesso – MG

Tele fax: (35) 3841-1333 – Pabx: (35) 3841-1207

| | |
|---|--|
| | <p>contas bancarias.</p> <p>Prova de regularidade fiscal</p> <p>A regularidade fiscal pode ser provada pela apresentação dos documentos constantes no art. 68 da Lei Federal nº 14.133/21, quando não for possível consultar pelos sistemas oficiais.</p> |
| QUAL A GARANTIA DO CONTRATO? | 5% do valor inicial do contrato. |
| PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA | |
| DADOS ORÇAMENTÁRIOS DA CONTRATAÇÃO | Os dados orçamentários serão informados pela contabilidade, por meio de declaração de saldo orçamentário e constarão no instrumento convocatório e na minuta contratual, ou no instrumento que a substituir. |

Bom Sucesso, 28 de fevereiro de 2025.

Wemerson Eustáquio Trindade
Equipe de Planejamento