



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) 99811-2782 E-mail: saude@bomsucesso.mg.gov.br



DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO

O objeto deverá ser contratado até: 19/06/2026

INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE

Setor requisitante: Secretaria Municipal de Saúde

Responsável pela demanda: Poliana Silveira

E-mail: saude@bomsucesso.mg.gov.br

Telefone: (35) 99811-2782

Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização

Fiscalização – Nome: Poliana Silveira

INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Descrição sucinta da solicitação:

Futura e eventual Locação de concentradores de oxigênio, Cpap, Bipap, Cough Assist e acessórios.

Descrição da necessidade da contratação:

Continuação do atendimento aos pacientes que estejam em tratamento domiciliar contínuo, que necessitam diariamente do uso desses equipamentos, o não uso acarreta potencial risco de morte e em alguns casos é essencial para a manutenção da vida.

Descrição dos resultados pretendidos:

Garantia de fornecimento ininterrupto de oxigênio medicinal e suporte respiratório, disponível 24h/7dias.

Redução de custos em relação à compra de equipamentos, com manutenção preventiva e corretiva inclusa no valor do aluguel.

Ajuste ágil da quantidade de aparelhos à demanda variável de pacientes

Manutenção da oxigenação sanguínea adequada, aliviando sintomas como falta de ar, fadiga e confusão mental, correção de distúrbios respiratórios do sono (apneia), evitar obstruções das vias aéreas e proporcionando sono restaurador, ventilação não invasiva contínua ou temporária, melhorando a troca gasosa, redução, higiene brônquica na remoção de secreções pulmonares, reduzindo riscos de infecção e internações.

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 com acréscimo de quantidade para cobrir qualquer aumento de pacientes.



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) 99811-2782 E-mail: saude@bomsucesso.mg.gov.br



Hoje temos em media 45 Locações de Concentrador 5 Litros, 01 Locação Concentrador 10 Litros, 32 Locações CPAP com umidificador, 02 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 l/m, nível de ruído Maximo de 48 db. devera ser fornecido backup cilindro de oxigênio capacidade de 8,0 m3 cheio, 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, regulador com fluxometro e cilindro de oxigênio	Und	720
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. devera ser fornecido backup cilindro de oxigênio capacidade de 8,0 m3 cheio, 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 mínima de 5 metros, com extensão mínima de 5 metros, regulador com fluxometro e cilindro de oxigênio	Und	48
3		APARELHO CPAP Automatico, com umidificador aquecido, destinados à correção de distúrbios respiratórios e apneia do sono. intervalo de pressão de 4 a 20cm h2o, rampa 0 a 45min, nível de ruido no maximo 28,0db, acessórios inclusos: máscara nasal ou oronasal, voltagem: bivolt	Und	540
4		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
5		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 h2o epap: 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: não pressão de suporte: 0 - 30 cm h2o volume corrente: 50 - 2000 ml, frequência respiratória: 0 - 60 (modo ac), 1 - 60 (todos os outros modos) inspiração com tempo controlado: 0.3 - 5.0	Und	60



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) 99811-2782 E-mail: saude@bomsucesso.mg.gov.br



		segstempo de elevação: 1 - 6 medidas (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		
6		COUGH ASSIST Aparelho de tosse mecânica, Monitoramento do volume corrente; - monitoramento do pico de fluxo da tosse - algoritmo integrado cough-trak que auxilia a sincronização do paciente, Pressão Positiva: de 0 a 70 cmh ² o; Pressão Negativa: de 0 a -70 cmh ² o; Transmissão de Dados: Cartão Micro SD; Fluxo de Inalação Típica: 3,3 litros/segundo; Fluxo de Expiração Típica: 10 litros/segundo. Peso: 2,9kg; Voltagem: Bivolt	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;
- Os equipamentos e acessórios deverão ter registro na Anvisa, exceto cilindro e nobreak.
- A instalação deve ser realizada no 1º primeiro dia útil, posterior a data da realização do pedido;
- A manutenção corretiva deve ser realizada ou a troca do equipamento, no 1º primeiro dia útil 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;
- 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 através de solicitação via email.
- 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, cabe a empresa sigilo total quanto as informações do paciente, atendendo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
- 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, após uso do paciente.



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) 99811-2782 E-mail: saude@bomsucesso.mg.gov.br



- O cilindro de oxigênio deverá estar cheio nos casos de instalação, com o valor incluso na locação.
- Quanto os acessórios o prestador deverá fornecer de acordo com o tamanho adequado para cada paciente.
- Os acessórios deverão ter tamanho adequado de acordo com a necessidade de cada paciente

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: 250 **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, 14 de maio de 2026

Poliana Silveira

Secretária Municipal de Saúde e
Gestora Municipal do SUS