



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ**  
**PALÁCIO MUNICIPAL CAP. NOÉ DE CARVALHO**  
**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1– DO OBJETO:**

O presente Termo de Referência tem por objeto a aquisição de equipamentos e material permanente para equipar o **A SALA DE EXAMES E ADMISSÃO DE PARTURIENTES DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDILSON ABREU**, pela SMS-SIP, de acordo com as especificações e quantidades contidas neste Termo de Referência

**2 – JUSTIFICATIVA:**

2.1- Com o objetivo de atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Izabel, no sentido de equipar integralmente **A SALA DE EXAMES E ADMISSÃO DE PARTURIENTES DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDILSON ABREU**, faz-se necessária a aquisição de equipamentos e material permanente contemplados na emenda parlamentar **PROPOSTA Nº 11745.308000/1170-54**, visando assim o pleno funcionamento.

**3- ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS - DESCRIÇÃO DETALHADA DOS PRODUTOS COM SEUS RESPECTIVOS QUANTITATIVOS:**

Os produtos abaixo mencionados serão fornecidos conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Izabel

| EQUIPAMENTOS HOSPITALARES |                                                                                                                                        |      |        |              |              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--------------|--------------|
| LOTE ÚNICO                |                                                                                                                                        |      |        |              |              |
| ITEM                      | DESCRIÇÃO                                                                                                                              | U.M. | QUANT. | VL. UNIT.    | VL. TOTAL    |
| 1                         | ASPIRADOR DE SECREÇÕES ELÉTRICO MÓVEL, CAPAC. DE 06 A 10LTS, SUPORTE COM RODÍZIOS, VÁLVULA DE SEGURANÇA, FRASCO EM TERMOPLÁSTICO/VIDRO | UNID | 1      | R\$ 2.900,00 | R\$ 2.900,00 |
| 2                         | BALDE A PEDAL DE POLIPROPILENO, CAP. DE 30L A 49L                                                                                      | UNID | 1      | R\$ 120,00   | R\$ 120,00   |
| 3                         | BANQUETA                                                                                                                               | UNID | 1      | R\$ 500,00   | R\$ 500,00   |
| 4                         | BIOMBO EM AÇO/FERRO PINTADO, COM RODÍZIOS, TAM. TRIPLO                                                                                 | UNID | 1      | R\$ 500,00   | R\$ 500,00   |
| 5                         | BOMBA DE INFUSÃO, EQUIPO UNIVERSAL, COM BATERIA, KVO, ALARMES, PROGRAMAÇÃO DA INFUSÃO, BOLUS                                           | UNID | 1      | R\$ 5.000,00 | R\$ 5.000,00 |
| 6                         | CARRO DE CURATIVOS COM BALDE E BACIA, EM AÇO INOXIDÁVEL                                                                                | UNID | 1      | R\$ 1.200,00 | R\$ 1.200,00 |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ**  
**PALÁCIO MUNICIPAL CAP. NOÉ DE CARVALHO**  
**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                     |      |   |               |               |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|---------------|---------------|
| 7  | CARRO DE EMERGÊNCIA, ESTRUTURA/GABINETE EM AÇO PINTADO/INOXIDÁVEL, SUPORTE PARA CILINDRO, SUPORTE PARA SORO, MÍNIMO DE 04 GAVETAS, SUPORTE PARA DESFIBRILADOR, TÁBUA DE MASSAGEM E RÉGUA DE TOMADAS | UNID | 1 | R\$ 5.750,00  | R\$ 5.750,00  |
| 8  | DESFIBRILADOR CONVENCIONAL, BIFÁSICO, COM BATERIA E PÁS INTERNAS                                                                                                                                    | UNID | 1 | R\$ 9.250,00  | R\$ 9.250,00  |
| 9  | DETECTOR FETAL, PORTÁTIL, DIGITAL                                                                                                                                                                   | UNID | 1 | R\$ 800,00    | R\$ 800,00    |
| 10 | ESCADA COM 2 DEGRAUS EM AÇO INOXIDÁVEL                                                                                                                                                              | UNID | 1 | R\$ 300,00    | R\$ 300,00    |
| 11 | ESFIGMOMANÔMETRO ADULTO, EM TECIDO DE ALGODÃO, BRAÇADEIRA/FECHO EM VELCRO                                                                                                                           | UNID | 1 | R\$ 150,00    | R\$ 150,00    |
| 12 | FOCO REFLETOR AMBULATORIAL, ILUMINAÇÃO EM LED, HASTE FLEXÍVEL                                                                                                                                       | UNID | 1 | R\$ 700,00    | R\$ 700,00    |
| 13 | MESA DE MAYO EM AÇO INOXIDÁVEL                                                                                                                                                                      | UNID | 2 | R\$ 750,00    | R\$ 1.500,00  |
| 14 | MESA GINECOLÓGICA EM AÇO/FERRO PINTADO, POSIÇÃO DO LEITO MÓVEL                                                                                                                                      | UNID | 1 | R\$ 1.700,00  | R\$ 1.700,00  |
| 15 | MONITOR MULTIPARÂMETROS, TELA DE 10" A 12", PARA ELETROCARDIOGRAMA(ECG), OXIOMETRIA(SPO2), PRESSÃO NÃO INVASIVA(PNI), RESPIRAÇÃO, TEMPERATURA, MONITOR EM LCD.                                      | UNID | 1 | R\$ 17.000,00 | R\$ 17.000,00 |
| 16 | OXÍMETRO DE PULSO, TIPO PORTÁTIL(MÃO), 01 SENSOR DE SPO2                                                                                                                                            | UNID | 1 | R\$ 2.500,00  | R\$ 2.500,00  |
| 17 | PAPAGAIO EM AÇO INOXIDÁVEL                                                                                                                                                                          | UNID | 1 | R\$ 100,00    | R\$ 100,00    |
| 18 | REANIMADOR PULMONAR MANUAL PEDIÁTRICO(AMBU), ADULTO, COM RESERVATÓRIO, EM SILICONE                                                                                                                  | UNID | 1 | R\$ 300,00    | R\$ 300,00    |
| 19 | REANIMADOR PULMONAR MANUAL PEDIÁTRICO(AMBU), COM RESERVATÓRIO, EM SILICONE                                                                                                                          | UNID | 1 | R\$ 250,00    | R\$ 250,00    |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ**  
**PALÁCIO MUNICIPAL CAP. NOÉ DE CARVALHO**  
**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |   |                  |               |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|------------------|---------------|
| 20 | VENTILADOR PULMONAR PRESSOMÉTRICO E VOLUMÉTRICO - VENTILADOR PULMONAR ELETRÔNICO MICROPROCESSADO PARA PACIENTES NEONATAIS, PEDIÁTRICOS E ADULTOS. POSSUIR OS SEGUINTE MODOS DE VENTILAÇÃO OU MODOS VENTILATÓRIOS COMPATÍVEIS: VENTILAÇÃO COM VOLUME CONTROLADO; VENTILAÇÃO COM PRESSÃO CONTROLADA; VENTILAÇÃO MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA; VENTILAÇÃO COM SUPORTE DE PRESSÃO; VENTILAÇÃO COM FLUXO CONTÍNUO; VENTILAÇÃO EM DOIS NÍVEIS, VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA; PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS - CPAP; CICLADO A TEMPO E COM PRESSÃO LIMITADA; VENTILAÇÃO DE BACK UP NO MÍNIMO NOS MODOS ESPONTÂNEOS; SISTEMA DE CONTROLES: POSSUIR CONTROLE E AJUSTE PARA PELO MENOS OS PARÂMETROS COM AS FAIXAS: PRESSÃO CONTROLADA E PRESSÃO DE SUPORTE DE NO MÍNIMO ATÉ 60CMH20; VOLUME CORRENTE DE NO MÍNIMO ENTRE 10 A 2000ML; FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA DE NO MÍNIMO ATÉ 100RPM; TEMPO INSPIRATÓRIO DE NO MÍNIMO ENTRE 0,3 A 5,0 SEGUNDOS; PEEP DE NO MÍNIMO ATÉ 40CMH20; SENSIBILIDADE INSPIRATÓRIA POR FLUXO DE NO MÍNIMO ENTRE 0,5 A 2,0 LPM; FIO2 DE NO MÍNIMO 21 A 100%. SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO: TELA COLORIDA DE NO MÍNIMO 12 POLEGADAS TOUCH-SCREEN OU OUTRA TECNOLOGIA SIMILAR; MONITORAÇÃO DE VOLUME POR SENSOR PRÓXIMAL OU DISTAL PARA PACIENTES NEONATAIS - DEVERÁ SER FORNECIDO DOIS SENSORES DE FLUXO PARA CADA CATEGORIA DE PACIENTE; PRINCIPAIS PARÂMETROS MONITORADOS / CALCULADOS: VOLUME CORRENTE EXALADO, VOLUME CORRENTE INSPIRADO, PRESSÃO DE PICO, PRESSÃO DE PLATÔ, PEEP, PRESSÃO MÉDIA DE VIAS AÉREAS, FREQUÊNCIA | UNID | 1 | R\$<br>50.000,00 | R\$ 50.000,00 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|------------------|---------------|



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ**  
**PALÁCIO MUNICIPAL CAP. NOÉ DE CARVALHO**  
**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------|
| RESPIRATÓRIA TOTAL E ESPONTÂNEA, TEMPO INSPIRATÓRIO, TEMPO EXPIRATÓRIO, FIO2, RELAÇÃO I:E, RESISTÊNCIA, COMPLACÊNCIA, PRESSÃO DE OCLUSÃO E AUTO PEEP. APRESENTAÇÃO DE CURVAS PRESSÃO X TEMPO, FLUXO X TEMPO, VOLUME X TEMPO, LOOPS PRESSÃO X VOLUME E FLUXO X VOLUME E APRESENTAÇÃO DE GRÁFICOS COM AS TENDÊNCIAS PARA OS PRINCIPAIS DADOS MONITORADOS. SISTEMA DE ALARMES COM PELO MENOS: ALARMES DE ALTA E BAIXA PRESSÃO INSPIRATÓRIA, ALTO E BAIXO VOLUME MINUTO, FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA, ALTA/BAIXA FIO2, APNEIA, FALHA NO FORNECIMENTO DE GÁS, FALTA DE ENERGIA, BAIXA CARGA DA BATERIA E PARA VENTILADOR SEM CONDIÇÃO PARA FUNCIONAR, OU SIMILAR. RECURSO DE NEBULIZAÇÃO INCORPORADO AO EQUIPAMENTO; ARMAZENAR NA MEMÓRIA OS ÚLTIMOS PARÂMETROS AJUSTADOS; BATERIA INTERNA RECARREGÁVEL COM AUTONOMIA DE NO MÍNIMO 120 MINUTOS; ACOMPANHAR NO MÍNIMO OS ACESSÓRIOS: UMIDIFICADOR AQUECIDO, JARRA TÉRMICA, BRAÇO ARTICULADO, PEDESTAL COM RODÍZIOS, 2 CIRCUITO PACIENTE PEDIÁTRICO/ADULTO, 2 CIRCUITO PACIENTE NEONATAL/PEDIÁTRICO, 2 VÁLVULAS DE EXALAÇÃO, MANGUEIRAS PARA CONEXÃO DE OXIGÊNIO E AR COMPRIMIDO, ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA A SER DEFINIDA PELA ENTIDADE SOLICITANTE. |  |  |  |                       |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  | <b>R\$ 100.520,00</b> |

**4 – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA:**

4.1 A Contratada é obrigada a fornecer o material, de acordo com os prazos e critérios estipulados, seguindo as descrições constantes neste Termo de Referência.

4.2 A Contratada é obrigada a executar, todos os procedimentos com vistas a garantir a integridade dos materiais solicitados, sendo que estes somente serão considerados efetivamente entregues após conferência e aprovação da Contratante sobre a quantidade e qualidade do material, estando o mesmo



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ**  
**PALÁCIO MUNICIPAL CAP. NOÉ DE CARVALHO**  
**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

sujeito em caso de não atendimento das exigências, a ser recusado.

4.3 A Contratada deverá cumprir integralmente suas obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, assim como o pagamento de todos os tributos, contribuições fiscais que incidam ou venham a incidir, direta e indiretamente, sobre o serviço contratado, mão-de-obra, despesas operacionais e administrativas, transporte, taxas, emolumentos, demais seguros, indenizações; todas essas obrigações serão de responsabilidade da CONTRATADA, comprometendo-se sob sua responsabilidade, para que forneça com o máximo de competência a execução dos serviços requeridos.

**5 – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE:**

5.1 O contratante acompanhará toda execução para o cumprimento das especificações técnicas contratadas, assim como a qualidade do mesmo.

5.2 Fornecer a qualquer tempo e com o máximo de presteza, mediante solicitação escrita da Contratada, informações adicionais, dirimir dúvidas e orientá-la em todos os casos omissos neste Termo de Referência.

5.3 Perfazer os pagamentos junto a Contratada sempre que atendido as determinações especificadas no contrato.

**6 – DA ENTREGA DOS PRODUTOS:**

6.1 A entrega do objeto observará ao seguinte:

a) Local de entrega: Hospital Municipal Dr. Edilson Abreu, sito à Rua João Casa Nova, Centro, CEP 68.790-000, Santa Izabel do Pará – PA;

b) Prazo de entrega: até 30 dias após o recebimento da nota de empenho.

c) A empresa vencedora deverá comunicar a data e horário previstos para entrega à SMS-SIP, no horário do expediente, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

**7- FORMA DE PAGAMENTO:**

7.1- O pagamento será realizado até o trigésimo dia do mês seguinte ao efetivo fornecimento mediante o fornecimento de nota fiscal e recibo pelo fornecedor.

**8- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

8.1. As despesas decorrentes desta contratação serão suportadas pelo orçamento fixado na Lei Orçamentária anual de 2018 na dotação orçamentária apresentada pelo setor de orçamento posteriormente.

**9. DURAÇÃO DO CONTRATO:**

9.1. O contrato terá duração de 12 meses, admitindo-se a prorrogação da vigência nos termos da lei.

**10. CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS CONTRATO:**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ  
PALÁCIO MUNICIPAL CAP. NOÉ DE CARVALHO  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

10.1 A Secretaria Municipal de Saúde deve acompanhar e fiscalizar a execução do contrato decorrente processo por meio de um representante especialmente designado, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993.

**11. RESPONSABILIDADE PELO O TERMO DE REFERENCIA:**

O presente "Termo de Referência" foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Izabel do Pará de Santa Izabel, estando em consonância com disposições legais aplicáveis, e a necessidade e conveniência deste órgão, e integra o presente processo administrativo.