



Termo de Referência nº 008/2025 – Convênio nº 958898/2024

Objeto:

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Quantidade:

Item	Descrição	Quantidade
1	011425-Ventilador Pulmonar Pressométrico e Volumétrico	1

Especificação do Objeto:

Ventilador Pulmonar eletrônico microprocessado que permita ventilação adequada para uso em pacientes pediátricos e adultos em unidades de terapia intensiva (UTI), beira leito. contemplando indivíduos com, no mínimo 3kg até pacientes de obesidade mórbida, com aproximadamente 180kg.

• **CARACTERÍSTICAS GERAIS:**

- Possuir NO MÍNIMO os seguintes modos de ventilação ou modos ventilatórios compatíveis: Ventilação com Volume Controlado (VCV);
- Ventilação com Pressão Controlada (PCV);
- Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada;
- Ventilação com suporte de pressão;
- Ventilação com suporte à volume;
- Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo;
- Ventilação em dois níveis, Ventilação Não Invasiva (VNI);
- Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas - CPAP;
- Ventilação de Back up no mínimo nos modos espontâneos; com inclusão de modo de ventilação proporcional com sincronismo / adaptação do paciente-ventilador para uma melhor mecânica respiratória (NAVA, SmartCare, PAV, AMV, ASV, AVA) ao menos para pacientes adultos/pediátricos.
- Interface com usuário no idioma português (Brasil);
- Possuir modo de espera (standby);
- Possuir sistema que realize auto teste ao ligar o equipamento;
- Possuir sistema que realize teste de vazamento, e de complacência do circuito de paciente com compensação automática;
- Possuir indicação para equipamento ligado em rede elétrica e bateria.



- Sistema de Controles:
 - Possuir controle e ajuste para pelo menos os parâmetros com as faixas:
 - Pressão controlada de no mínimo até 100 cmH₂O e pressão de suporte de, no mínimo, até 60cmH₂O;
 - Volume corrente de, no mínimo, entre 20 a 3000 ml;
 - Frequência respiratória de, no mínimo, até 100 rpm;
 - Tempo inspiratório de, no mínimo, entre 0,1 a 3,0 segundos;
 - PEEP de no mínimo até 50 cmH₂O;
 - Sensibilidade inspiratória por fluxo de, no mínimo, entre 0,5 a 2,0 lpm;
 - Ajuste do fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo de 2 a, no mínimo, 80 l/min;
 - FiO₂ de no mínimo 21 a 100%, obrigatoriamente trabalhar com sistema de alimentação de alta pressão de rede de gases medicinais (oxigênio e ar comprimido) entre 3 e 6 bar.

- Sistema de Monitorização:
 - Tela colorida com possibilidade de inclinação e angulação, de no mínimo 15 polegadas ou superior, touchscreen;
 - Ampla visibilidade; podendo ou não, possuir botão rotatório principal para alteração das configurações e modos de visualização dos parâmetros;
 - Monitoração de volume por sensor distal para pacientes pediátricos e adultos, do tipo ultrassônico, diferencial de pressão, filamento aquecido ou tipo térmico;
 - Possibilidade de monitorização de capnografia volumétrica através de sistema modular plug and play, podendo ser instalado e retirado sem uso de ferramenta adicional.
 - Diagrama visual com exibição de alterações nos parâmetros de complacência e resistência pulmonar com possibilidade de definição de valores de referência para cada paciente.

- Principais parâmetros monitorados:
 - Volume corrente exalado, Volume corrente inspirado, pressão de pico, pressão de platô, PEEP, AUTO-PEEP, pressão média de vias



- aéreas, frequência respiratória total e espontânea, Tempo inspiratório, Tempo expiratório, FiO₂ com monitoração por célula galvânica, relação I:E, pico de fluxo inspiratório, volume minuto expirado, driving pressure.
 - Cálculos automáticos de mecânica:
 - Resistência, complacência, pressão de oclusão e força inspiratória negativa. Apresentação de curvas pressão x tempo, fluxo x tempo, volume x tempo, loops pressão x volume, fluxo x volume e fluxo/pressão;
 - apresentação de gráficos com as tendências.
- Sistema de Alarmes com pelo menos:
 - Alarmes de alta e baixa pressão inspiratória, alto e baixo volume minuto, frequência respiratória, alta/baixa FiO₂, apneia, pressão de O₂ baixa, pressão de ar baixa, falha no fornecimento de gás, falta de energia, baixa carga da bateria e para ventilador sem condição para funcionar, ou similar.
 - Recurso de nebulização pneumática incorporado ao equipamento sem alteração da FIO₂ ajustada;
 - Ferramenta de recrutamento pulmonar;
 - Possibilidade de avaliação de pressão transpulmonar com exibição de valores mensurados no display do ventilador;
 - Tecla para pausa manual inspiratória e expiratória. Armazenar na memória os últimos parâmetros ajustados;
 - Deve possuir bateria interna recarregável com autonomia de no mínimo 90 minutos, para o funcionamento de todos os parâmetros.
 - O Ventilador deverá continuar ventilando o paciente mesmo com a falta de um dos gases em caso de emergência e alarmar indicando o gás faltante.
 - Compatível com protocolo de comunicação HL7. Software em Língua Portuguesa
 - Acessórios inclusos:
 - Devem acompanhar o equipamento os acessórios necessários para atender aos diversos perfis de paciente adulto, obeso, pediátrico, com no mínimo:



SantaCasaBA

- 01 (um) pedestal com rodízios e freios;
 - 01 (um) braço articulado com suporte para circuito;
 - 01 (uma) mangueira para oxigênio medicinal;
 - 01 (uma) mangueira para ar comprimido;
 - 02(dois) circuitos completos autoclaváveis para pacientes adultos/pediátricos,
 - 02 (duas) válvulas exalatórias completas reutilizáveis);
 - 01 (uma) célula/sensor de o2, se aplicável;
 - 01 (um) pulmão de teste adulto;
 - Além de todos as peças, cabos, conectores, adaptadores, acessórios e demais itens necessários para o completo funcionamento do equipamento e suas especificações supracitadas.
- Documentação mínima:
 - Registro Anvisa;
 - Manuais de operação e de serviço em português;
 - Cronograma de manutenção preventiva;
 - Certificados de conformidade com normas nbr-iec 60601-1, nbr iec 60601- 1-2. e nbr-iec 60601-2-12;
 - Certificado de boas práticas de fabricação e controle (cbpfec) ou equivalente para equipamentos importados;
 - Licenças de softwares, se aplicável;
 - Certificado de garantia de 02 anos a partir da data de aceitação do equipamento; manual de operação em português;
 - Certificado de garantia de no mínimo 24 meses.
 - Alimentação elétrica: bivolt automático.
 - O fornecedor deverá ceder as licenças dos softwares instalados nos equipamentos, se for o caso; devem ser entregues todos os cabos, conectores, adaptadores e demais itens necessários ao perfeito funcionamento do conjunto ofertado;
 - Fica estabelecido que o fornecedor deve cumprir integralmente as especificações e exigências descritas neste termo de referência.

Valor Estimado da Aquisição:

Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
011425-Ventilador Pulmonar Pressométrico e Volumétrico	1	110.375,00	110.375,00



Justificativa:

Aquisição de equipamentos para substituição de equipamentos obsoletos. do Hospital Santa Izabel em Salvador/BA.

Prazo de Entrega:

Em até 90 (noventa) dias.

Prazo de Garantia:

12 (doze) meses, no mínimo.

Adjudicação:

Por item.

Classificação Orçamentária:

O recurso desta aquisição é do convênio **958898/2024** firmado com o Ministério da Saúde

Local de Entrega:

Hospital Santa Izabel, endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, 500 - Nazaré, Salvador - BA, 40050-410.

Unidade Fiscalizadora:

Comissão de Compras.

Pedidos de Esclarecimento:

Serão aceitos pedidos de esclarecimento até 3 (três) dias antes do término do recebimento das propostas.

Observação:

Devido o recurso do convênio ser da União e o convênio ser operado por meio do portal Transferegov.br a preferência é de equipamentos nacionalizados, **em caso de equipamentos importados todas as despesas de importação serão a cargo**



do fornecedor, neste caso o fornecedor deverá encaminhar declaração de que manterá o valor da conversão da moeda estrangeira em reais da data da proposta e assumindo os valores da importação sem qualquer ônus para a Santa Casa da Bahia. O Contrato de Fornecimento entre a Santa Casa de Misericórdia da Bahia e o Fornecedor será em moeda nacional (reais).

Salvador, ___ de janeiro de 2025.

Responsáveis pela elaboração do Termo de Referência:

Fabricio Lobo Ferreira Tourinho
Engenheiro Clínico – CREA-PR nº 79626

Mônica Bezerra
Diretora Corporativa de Tecnologia e Operações





ANEXO I

MODELO DA CARTA DA PROPOSTA DE PREÇOS

À

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA
COMISSÃO DE COMPRAS

Av. Joana Angélica, nº 79, Nazaré

CEO 40.050-001, Salvador/BA

Cidade/UF, XX de xxxxxxx de 20XX

REF: Cotação de Preços nº XX/201X

CARTA PROPOSTA DE PREÇOS

Prezados Senhores,

Apresentamos e submetemos à apreciação de Vossas Senhorias nossa Proposta de Preços relativa à Cotação de Preços em epígrafe, assumindo inteira responsabilidade por qualquer erro ou omissão que venha a ser verificada na sua preparação, conforme a seguir:

ITEM	
DESCRIÇÃO	
ESPECIFICAÇÃO	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO R\$	
VALOR TOTAL R\$	

Valor total da proposta: R\$......(.....)

Santa Casa de Misericórdia da Bahia
Av. Joana Angélica, 79, Nazaré. Salvador-BA. CEP: 40.050-001
Tel. 71 2203-9666 - www.santacasaba.org.br



Validade da proposta: 90 (noventa) dias.

Forma de pagamento: Conforme estabelecido no Edital.

Declaramos que em nossos preços estão incluídos todos os custos diretos e indiretos para o perfeito fornecimento, inclusive as despesas com manutenção, bem como qualquer dano causado a terceiros ou dispêndios resultantes de impostos, frete, taxas, regulamento e posturas Municipais, Estaduais e Federais, enfim, tudo o que for, sem que nos caiba, em qualquer caso, direito regressivo em relação a Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

Atenciosamente,

Nome e assinatura do Responsável pela Empresa

Cargo/Função – Carteira de Identidade (nº e órgão expedidor)



ANEXO II
MODELO DECLARAÇÃO

I – Identificação do Proponente

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº ____-____-____, representante legal. Declaro, para fins de comprovação junto ao Ministério da Saúde, sob as penas da lei, que a empresa _____, inscrito(a) no CNPJ sob o nº ____/____/____-____, sediado(a) à _____ (endereço completo) _____, manterei o valor da conversão da moeda _____ em R\$ __, __ (_____ reais e _____ centavos) do dia ____/____/____ para a proposta de fornecimento do equipamento _____ do processo ____/____ do convênio ____/____, e assumirei todos os valores da importação e desembaraço sem qualquer ônus para a Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

II – Anexo a Procuração.

III – Autenticação

Data __/__/__	Nome do Representante Legal _____	Assinatura do Representante Legal

