



**Termo de Referência nº 009/2025 – Convênio nº 958900/2024**

**Objeto:**

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

**Quantidade:**

Item	Descrição	Quantidade
1	001002-Cama Hospitalar Tipo Fawler Elétrica	3

**Especificação do Objeto:**

CAMA HOSPITALAR ADULTA ELÉTRICA com carga de trabalho segura mínima de 250kg; mínimo de 3 motores, com 2 controles em membrana iconográficos via botoeiras com acesso interno/externo, localizados nas guardas laterais do leito; Os comandos elétricos incluem no variação de altura alto/baixo, trend/reverso, elevação de cabeceira, semi-cadeira, acionados através de comando e manobras elétricas para eficiência do fluxo de trabalho e ergonomia do cuidador; articulação da cabeceira e joelhos simultâneos capaz de impedir o deslocamento involuntário do paciente em direção a peseira; posição de pés vasculares mecânico ou elétrico; indicador visual externo de ângulo trend/reverso visualmente localizado na grade lateral da plataforma, mínimo de 2 rodízios com acionamento de freios e direção central; deve possuir a quinta roda; placas de cabeceira e peseira removíveis para acesso cefálico com sistema de encaixe e travas que impeçam a retirada não intencional/acidental durante o transporte, com pegas vazadas na cabeceira e na peseira; grades laterais bipartidas, com sistema de liberação seguro, pneumático, sem ruído, revestida em termoplástico; grades laterais deve possibilitar zona de saída segura maior ou igual a 318mm, em conformidade com a iec 60.601.2.52; para-choques emborrachados posicionados nas 4 extremidades da cama; estrutura em tubos de aço retangular com acabamento em pintura eletrostática, com tratamento anti-corrosivo ou anti-ferruginoso, revestida por termoplástico, com estrutura aberta para fácil limpeza e desinfecção; dispositivo de fixação ou retenção do colchão em todo o perfil do estrado capaz de adaptar o colchão a plataforma de repouso e prevenir pontos de aprisionamento de cabeça, tórax e demais membros;



bateria de backup e/ou reserva integrada para casos de pane elétrica temporária; bivolt automático; alça bilateral de cpr com destravamento mecânico com descida amortecida para evitar queda brusca para acesso eficiente e ressuscitação cardíaca em tempo hábil; trava de controles e funções elétricas; suporte de sorro; estrado fixo em aço e/ou removível em termoplástico ou abs ou uretano ou poliuretano injetado e/ou plástico inflado ou moldado, com estrutura aberta, sem rebarbas; Ganchos para bolsa de drenagem; elevação de cabeceira maior ou igual a 65°; A posição baixa do chão a plataforma deve ser menor ou igual a 45cm; declive (reverso) semi-ortostático maior ou igual a 12°; roldanas de no mínimo 13cm; Colchão em espuma adaptável a estrutura da cama em viscoelástico, com capacidade de peso mínima de no mínimo 180kg, com propriedades de prevenção e controle de úlceras devidamente comprovadas pelo fabricante através de testes de qualidade, capa deve ser em poliuretano bidirecional ou nylon, resistente a fungos e bactérias, isento de látex, respirável, impermeável a penetração de líquidos e permeável a moléculas de vapor e umidade capaz de preservar a temperatura adequada entre pele/colchão, zíper embutido ou sem zíper, com espessura mínima de 14 cm para maior conforto, redistribuição de pressão e envolvimento do paciente sobre a superfície; O colchão deve ser produzido pelo fabricante da cama; Cama, colchão e acessórios devem ter registro na anvisa; Assistência técnica exclusiva autorizada no estado, inclui apresentar declaração de que após o término da garantia o fabricante garantirá a venda de peças de reposição diretamente ao cliente ou através de seus representante exclusivos; treinamento de utilização do produto; manual do usuário em português; produto deve atender as seguintes padronizações: iec 60601-1, en 606 01-2-52, iec 60601.1, iec 606 01-1-2; obrigatoriedade de assistência técnica local permanente no estado; Tipo de proteção contra choque elétrico baixo risco – Classe I

Não serão aceitos equipamentos com modulações ou variações, ou seja, equipamentos que sofram transformações ou adaptações em suas configurações padrão, conforme manual registrado na ANVISA, apenas para atender o descritivo. Não serão aceitos produtos que não descrevam detalhadamente no manual registrado na ANVISA, todas as características, recursos, capacidades, ou qualquer



outra informação técnica tanto do produto principal quando dos acessórios e consumíveis que acompanham o mesmo.

**Valor Estimado da Aquisição:**

Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
001002-Cama Hospitalar Tipo Fawler Elétrica	3	21.266,00	63.798,00

**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 **958900/2024** 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, 2 de janeiro de 2025.

**Responsáveis pela elaboração do Termo de Referência:**

Fabrício Lobo Ferreira Tourinho  
Engenheiro Clínico – CREA-BA 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 xxxxxx 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:

<b>ITEM</b>	
<b>DESCRIÇÃO</b>	
<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	
<b>QUANTIDADE</b>	
<b>VALOR UNITÁRIO R\$</b>	
<b>VALOR TOTAL R\$</b>	

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 postura 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) \_\_\_\_\_ mantereirei 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

