ANEXO I- TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

AQUISIÇÃO, MONITOR MULTIPARÂMETROS, INCLUINDO LIGAÇÃO, TESTE DE SEGURANÇA ELÉTRICA, TREINAMENTO OPERACIONAL E MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA COM FORNECIMENTO DE PEÇAS E ACESSÓRIOS, PARA OS HOSPITAIS MUNICIPAIS VINCULADOS A ESTA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL.

2. JUSTIFICATIVA

Suprir demanda das unidades hospitalares com equipamento utilizado para o monitoramento dos sinais vitais dos pacientes no setor de Observação e RPA dos hospitais.

3. LOCAL DE ENTREGA PARA UTILIZAÇÃO

a) HMARS - Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya

Rua Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, 860- Jabaquara

A/C – Diretoria Administrativa- Tel.: 3394-8424/8425/8447

b) HMJSH - Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria

Av. Menotti Laudisio, 100 – Pirituba -SP

A/C Diretoria Administrativa - Tel.: 3394-8633/8634/8635

4. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS

4.1. Descrição Técnica

a) *A descrição do equipamento consta no ITEM 12 -* ***Quadro 01 – Descrição do Item****;*

b) As proponentes deverão mencionar na proposta comercial: marca, modelo, nº do registro do produto na ANVISA quando houver, descrição completa do produto ofertado e procedência;

5. DA ENTREGA / LIGAÇÃO e TREINAMENTO

a) A entrega dos equipamentos deverá ocorrer em até 10 (dez) dias úteis da retirada da **Ordem de Fornecimento***, a qual deverá ser assinada e devolvida ao Setor de Engenharia Clínica em até 02 dias úteis a contar da data de emissão da mesma.*

b) Os equipamentos deverão ser entregues embalados conforme praxe do fabricante, de modo que a integridade dos produtos seja preservada durante o transporte e seu armazenamento quando necessário.

c) A entrega dos produtos deverá seguir todas as recomendações da instituição, incluindo agendamento prévio com 3 dias de antecedência.

d) Imediatamente após a entrega a empresa CONTRATADA deverá realizar a **ligação e testes de funcionamento** *dos equipamentos.*

e) Deverá ser realizado também o **Teste de Segurança Elétrica** *e emitido o Certificado de Segurança Elétrica de cada aparelho em conformidade com a Norma IEC 60601-1-2.*

f) Calibração e Certificação com base nas normas específicas por exemplo: a ABNT NBR IEC 60601 Equipamento eletromédico - Parte 2-12: Prescrições particulares para segurança de ventilador pulmonar - Ventiladores para cuidados críticos;

g) Imediatamente após a ligação a Contratada deverá ministrar **Treinamento Operacional in loco** *sem ônus a Contratante, a equipe de profissionais de cada unidade de saúde que serão responsáveis pela manipulação dos equipamentos;*

h) O prazo para conclusão dos serviços elencados nas alíneas "d" e "e" deverão respeitar o prazo estabelecido na alínea "a" deste item, ou seja, todos os serviços (entrega, ligação, testes de segurança elétrica e treinamento operacional) aqui elencados deverão ser realizados em um prazo não superior a 10 dias úteis.

6. DA GARANTIA

a) O prazo de garantia total para os itens deverá ser de no mínimo 12 (Doze) meses, a partir da data da liberação para uso;

b) A qualidade dos itens de acordo com os requisitos das normas da ABNT;

c) Os equipamentos deverão apresentar etiqueta fixada contendo: identificação do fabricante data de fabricação, número de série e campo para preenchimento da data de entrega.

d) A CONTRATADA deverá garantir a reposição livre de despesas, de qualquer item fornecido considerado defeituoso, devido a eventuais deficiências em seu projeto, matéria-prima, fabricação ou transporte.

e) A garantia deverá ser prestada no local onde o equipamento for alocado. Quando houver necessidade do mesmo ser enviado a assistência técnica do fabricante/empresa, os custos de transporte para retirada e devolução ficarão a cargo da contratada, sem nenhum ônus a contratante.

f) As eventuais intervenções realizadas no período de garantia, deverão ocorrer em prazo não superior a 24 (vinte e quatro) horas úteis após o chamado da unidade, por qualquer meio disponível;

g) No período da garantia a CONTRATADA deverá realizar no mínimo 04 manutenções preventivas, com periodicidade máxima trimestral a contar da entrega e liberação para uso, substituindo sem nenhum ônus adicional, peças ou partes defeituosas decorrentes de vícios ou defeitos de fabricação ou desgaste anormal do produto, salvo quando o defeito for provocado por uso indevido do equipamento, devidamente comprovado;

7. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

a) No período da garantia a CONTRATADA deverá realizar 04 manutenções preventivas, com periodicidade máxima trimestral a contar da entrega e liberação para uso, substituindo sem nenhum ônus adicional, peças ou partes defeituosas decorrentes de vícios ou defeitos de fabricação ou desgaste anormal do produto, salvo quando o defeito for provocado por uso indevido do equipamento, devidamente comprovado;

b) As eventuais intervenções realizadas no período de garantia, deverão ocorrer em prazo não superior a 24 (vinte e quatro) horas úteis após o chamado da unidade, por qualquer meio disponível;

c) Indicar empresa autorizada que prestará serviços de assistência técnica e reposição de peças na grande São Paulo, (durante e posterior a garantia);

d) Garantir a fabricação e fornecimento de peças dos equipamentos por pelo menos 05 (cinco) anos, ou seja, a CONTRATADA deverá respaldar a CONTRATANTE com serviços e fornecimentos de peças originais necessários para manter o equipamento em funcionamento, através de contratação (apartada a este processo) de serviços de manutenção preventiva/ corretiva de forma continuada ou não.
Nota: *No caso de distribuidor, este poderá solicitar junto ao fabricante uma declaração que informe que para o modelo de equipamento ofertado será garantido o fornecimento de peças e serviços para o período solicitado, ou seja, por no mínimo 05 (cinco) anos.*

e) Fornecer produto novo, de 1ª linha de fabricação, e qualidade e em acordo com as especificações deste objeto e normas técnicas vigentes,

f) Efetuar a troca imediata do produto, e sem ônus a esta Administração, caso o equipamento esteja com irregularidades ou divergente das especificações do edital.

g) A CONTRATADA deverá ministrar o treinamento de operação a equipe clínica da unidade;

h) Após a entrega dos equipamentos, a empresa deverá agendar com a diretoria administrativa, treinamento operacional à equipe clínica.

8. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

a) *Quando do recebimento dos materiais, caberá a Diretoria Administrativa da unidade designar uma pessoa responsável para acompanhar e conferir o recebimento dos materiais;*

b) *Se identificado irregularidades, defeitos ou divergência do produto em relação ao especificado no Edital, a Diretoria Administrativa deverá fazer a recusa no recebimento justificando o motivo e, posteriormente, informar a Administração da AHM sobre tal fato, sob pena de responsabilidade de quem tiver dado causa ao fato.*

c) *Constatadas irregularidades no(s) equipamento(s) entregue(s), a unidade destinatária poderá rejeitá-lo no todo ou em parte, notificando por escrito no documento de entrega. Sendo que, a CONTRATADA deverá comunicar em 1 (um) dia útil contado da notificação por escrito, as providências para sanar a inconformidade relatada, sem prejuízos*

às demais obrigações quanto ao cumprimento de prazos e aplicação de penalidades cabíveis.

9. REQUISITOS GERAIS

a) Os produtos deverão atender à Lei nº 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e às demais legislações pertinentes.

b) Os produtos deverão ser acompanhados de manual de instruções em português, placa de identificação fixada ao equipamento contendo a marca, modelo, número de série, data de fabricação, potência entre outros dados relevantes de identificação dos aparelhos.

c) Os equipamentos deverão estar com os registros regularizados no Ministério da Saúde;

d) *Atender na íntegra o descritivo dos equipamentos conforme* **item 12** - ***Quadro 01 – Descrição dos itens****;*

10. HABILITAÇÃO TÉCNICA

a) Na proposta deverão constar de forma clara a marca, modelo, fabricante, descrição completa do produto, número do registro do produto na ANVISA e procedência;

b) Apresentar comprovação, da regularidade do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, através do registro do produto, este deverá estar vigente;

c) Catálogo Técnico Original com foto contendo a marca, modelo, especificação completa do produto ofertado, sendo que estes deverão estar claramente assinalado ou grifada as informações técnicas relevantes, de modo a possibilitar a rápida identificação pela Comissão Técnica responsável pela análise, este deverá estar em língua portuguesa do Brasil ;

d) Manual do equipamento;

e) Os proponentes devem apresentar como documento integrante da habilitação pelo menos 01 (uma) cópia autenticada de **Atestado de Capacidade Técnica** *emitido por empresa pública ou privada comprovando o fornecimento dos materiais por ela proposto em quantidade mínima de 50% do objeto deste descritivo, de acordo com cada item. Este documento, deverá conter o timbre da instituição emitente, nome legível, cargo e/ou função da pessoa competente por atestar o fornecimento;*

f) Apresentar Certificado de Autorização de Funcionamento emitido pela ANVISA;

g) Apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica em vigor da EMPRESA que prestará os serviços de Assistência Técnica durante a garantia, exercida por um profissional habilitado, emitido pelo CREA;

Nota:

Todos os documentos apresentados deverão ser claros e legíveis;

Documentos apresentados na forma de impressões do site da ANVISA ou cópia do Diário Oficial estão sujeitos a conferência pela equipe técnica da AHM;

Documentos apresentados em cópia deverão ser autenticados ou estar acompanhados de original para conferência;

Os documentos apresentados em língua estrangeira, emitidos por entidades públicas ou privadas de seus países de origem, deverão ser autenticados pelos respectivos consulados brasileiros e traduzidos por tradutor juramentado;

11. DO PAGAMENTO

a) *O pagamento somente será efetuado após a conclusão de todas as etapas previstas no item 5 ou seja, após a realização da Entrega, Ligação e Treinamento Operacional;*

b) *Para isso a empresa CONTRATADA deverá entregar na unidade de saúde beneficiada com o equipamento, nota fiscal individual para hospital.*

c) *Após finalizada todas as etapas estabelecidas no item 5, a unidade de saúde beneficiada com o equipamento deverá encaminhar para esta Autarquia, em até 5 (cinco) dias úteis, a nota fiscal juntamente com o Ateste de Recebimento conforme* PORTARIA SMG nº 44/15, 10 de outubro de 2015 e a PORTARIA SF nº 159, de 27 de junho de 2017 *mencionando a data de conclusão dos serviços estabelecidos no item 5, para prosseguimento do processo de pagamento;*

d) *O pagamento será efetuado em parcela única, em até 30 dias após o recebimento da documentação estabelecida nas alíneas "b" e "c" no Setor de Engenharia desta Autarquia Hospitalar Municipal;*

12. DESCRIÇÃO TÉCNICA E QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS

QUADRO 01 – DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS

ITEM	DESCRIÇÃO	QTD
1	**MONITOR MULTIPARAMÉTRICOS COM ECG/ PA NÃO INVASIVA / SPO_2 / RESPIRAÇÃO E TEMPERATURA.** **(Código comprasnet: 405368)** **Especificações Técnicas mínimas:** *Monitor para uso em Pacientes Neonatos, Pediátricos e Adultos* *- Tela colorida de no mínimo 10" a 12,0" TFT diagonal sensível ao toque.* *- Monitor modular expansível para pelo menos mais 02 módulos.* *- Resolução de 800x600.* *- Apresentação de 6 traçados na tela simultânea* *- Velocidade dos traçados-12,5mm/seg.-25mm/seg.-50mm/seg.* *- Bateria interna com duração de no minimo 1 hora* *- Tendência de 1 a 24 horas (no mínimo)* *- Alarmes 3 níveis de prioridade* *- Conexão com central de monitoramento* *- Power Requeriments 100 a 240 VAC 50/60Hz* *- Temperatura de trabalho aproximada 5ºC – 40ºC* *- Sistema de proteção no mínimo IPX 1* **ECG:** *- Derivações (I II III aVR aVL aVF V)* *- 2 canais de onda* *- Frequência medida de 15 a 300 bpm* *- Proteção contra descarga de desfibrilador e do bisturi elétrico.* *- Filtros de tremor muscular e rede elétrica;* *- Analise do seguimento S-T, Analise de Arritmia* *- Detecção de marca passo interno*	**08**

	- Alarmes em geral **Respiração: (RESP)** *- Método torácico por impedância* *- Medidas através da DI DII* *- Medidas de 1 a 130 RPM* *- Alarme de apneia* **Pressão Arterial Não Invasiva (PNI):** *- Método automático Oscilométrico* *- Medidas automática/manual/continua* *- Ajuste de tempo* *- Medidas em mmHg ou Kpa* *- Medias e Alarmes de Sistólica / Diastólica / Mediam* *- Programação para Neonato – Pediátrico – Adulto.* **Oximetria de Pulso (SpO2):** *- Faixa de medida mínima: 40% a 100%;* *- Precisão entre 70% e 100% de saturação, não superior a ± 2 %;* *- Apresentar frequência de pulso;* *- Alarmes de sensor desconectado ou saturação zero e saturação de oxigênio mínima e máxima;* *- Apresentar curva plestismográfica e valor em porcentagem da saturação arterial de oxigênio;* *- Apresentar indicador de perfusão;* *- Possuir tecnologia que permita a medição em baixa perfusão e movimento;* *- Permitir medição em pacientes neonatos.* **Temperatura: (temp.)** *- 2 canais de temperatura* *- Diferença de Temperatura entre os canais* *- Medidas de 1 a 50ºC* *- Resolução de 0,1ºC* **Acompanha cada monitor no ato da entrega:** *01 cabo de ECG de 5 vias* *1 Cabo de alimentação,* *01 Sensor de SPO2 pediátrico/adulto tipo clipe,*	

Rua Santa Isabel 181 - Vila Buarque - S. Paulo - CEP 01221-010

	01 Sensor de SPO2 neonato tipo Y, *01 Mangueira (tubo) de pressão não invasiva* *01 Braçadeira para pressão não invasiva obeso – Braçadeiras sem látex, em velcro* *01 Braçadeira para pressão não invasiva adulto – Braçadeiras sem látex, em velcro,* *01 Braçadeira para pressão não invasiva pediátrico – Braçadeiras sem látex, em velcro,* *01 Braçadeira para pressão não invasiva infantil – Braçadeiras sem látex, em velcro,* *01 Braçadeira para pressão não invasiva neonato (todas as medidas) – Braçadeira sem látex, em velcro,* *01 Sensor de temperatura de pele adulto,* *01 Sensor de temperatura de pele infantil,* *01 Suporte de para fixação do monitor na parede.* *01 Manual de operação em português,* *01 Certificado de calibração e teste de segurança elétrica.*	

13. QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE POR UNIDADE		TOTAL GERAL
		HMARS	HMJSH	
1	MONITOR MULTIPARAMÉTRICOS COM ECG/ PA NÃO INVASIVA / SPO2 / RESPIRAÇÃO E TEMPERATURA.	2	6	**8**

14. QUADRO DE ESTIMATIVA DE PREÇO DO PRODUTO OFERTADO

ITEM	Descrição Detalhada dos Equipamentos Ofertados	Marca e modelo	Nº do registro na ANVISA	QTD	Preços	
					Unitário	Total
1				**8**		

15. CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS

a) O menor valor unitário que atenda a todas as exigências deste objeto

Sergio Figueiredo Santos
SMS/ SEGA/ CAS/ DI - Engenharia Clínica

ANEXO I-B

MODELO PADRÃO DE PROPOSTA COMERCIAL
(Uso obrigatório por todas as licitantes)

Pregão Eletrônico n.º

Processo Administrativo n.º

A empresa_____estabelecida na _____inscrita no CNPJ sob nº....., telefone:.....e-mail..... propõe fornecer à Autarquia Hospitalar Municipal, em estrito cumprimento ao previsto no Edital da Licitação em epígrafe, a AQUISIÇÃO, MONITOR MULTIPARÂMETROS, INCLUINDO LIGAÇÃO, TESTE DE SEGURANÇA ELÉTRICA, TREINAMENTO OPERACIONAL E MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA COM FORNECIMENTO DE PEÇAS E ACESSÓRIOS, PARA OS HOSPITAIS MUNICIPAIS VINCULADOS A ESTA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL, conforme abaixo discriminado:

Item 1 - MONITOR MULTIPARAMÉTRICOS COM ECG/ PA NÃO INVASIVA / SPO2 / RESPIRAÇÃO E TEMPERATURA

Marca: _____

Modelo:_____

Nº Registro na ANVISA: _____

Procedência:_____

Descrição Técnica Detalhada do produto ofertado: _____

Informamos que nesta proposta estão computados todos os custos (diretos e indiretos) inerentes ao fornecimentos dos equipamentos, acessórios, consumíveis e execução de todos os serviços exigidos, não cabendo posteriormente ao certame onerar essa administração com custos para o cumprimento dessas obrigações.

A validade desta proposta é de 90 (Noventa) dias corridos, contados da data da abertura da sessão pública de pregão.

Declara, ainda, especificamente, que por ocasião da assinatura do Termo de Contrato, disporá dos elementos necessários para cumprimento do contrato. O serviço obedecerá às exigências preestabelecidas no Edital de Licitação.

Declara, outrossim, que por ser de seu conhecimento, se submete a todas as cláusulas e condições do Edital relativas a licitação supra, bem como, às disposições da Lei Municipal n.º 13.278/02, Lei Federal n.º 8.666/93 e demais normas complementares.

O pagamento será efetuado por crédito em conta corrente no BANCO DO BRASIL S/A, em nome do credor, conforme estabelecido no Decreto nº 51.197 publicado no D.O.C. do dia 23 de Janeiro de 2010, após o cumprimento mensal de todas as condições estabelecidas em Contrato.

AGÊNCIA BANCO DO BRASIL Nº _____

CONTA CORRENTE Nº _____

São Paulo, ____ de _____de 2020.

_____

(Nome e assinatura do representante legal)
RG:
Cargo:

***Preenchimento Obrigatório**

Observação: *Na* **"descrição técnica detalhada do produto ofertado"** *Não deve ser copiado a descrição do edital, a empresa deverá descrever exatamente as características do equipamento por ela ofertado.*