

ERRATA 01 – PREGÃO ELETRONICO Nº 036/2022

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA LOCAÇÃO DE APARELHOS RESPIRATORIOS E RECARGA DE OXIGENIO DOMICILIAR PARA ATENDER AOS USUARIOS DO SUS –SEMSA

Fica alterado os seguintes itens do Anexo 01 – RELATÓRIO DE ESPECIFICAÇÃO, conforme descrito abaixo:

ONDE SE LÊ:

ITEM	DESCRIÇÃO
04	<p>LOCAÇÃO DE RESPIRADOR VENTILADOR MECÂNICO PULMONAR PARA USO ADULTO E PEDIÁTRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - SUPORTE A VIDA (24HS) - INVASIVO E NÃO INVASIVO - MODOS OPERATIVOS DE CPAP, S, S/T, T, PC-SIMV (OS), CV, COM MONITORAÇÃO DE PRESSÃO DE VIA AÉREA, PICO, MÉDIA, PEEP, TEMPÓ INSPIRADO, TEMPO EXPIRADO RELAÇÃO I:E, VOLUME CORRENTE INSPIRADO EXPIRADO, PICO DE FLUXO INSPIRATÓRIO, FREQUÊNCIA TOTAL, ALARMES PARA PRESSÃO INSPIRATÓRIA MÁXIMA, PRESSÃO INSPIRATÓRIA MÍNIMA, VOLUME MINUTO MÁXIMO, VOLUME MINUTO MÍNIMO, APNÉIA, FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA MÁXIMA, PEEP MÁXIMO E MÍNIMO, PRESSÃO CONTÍNUA, QUEDA DE ENERGIA ELÉTRICA, CARGA DA BATERIA – MODO INVASIVO E NÃO INVASIVO: VNI EM TODOS OS MODOS, INCLUSIVE CONTROLADOS - MODALIDADES VENTILATÓRIAS A PRESSÃO: CPAP, S, S/T, T, PC-SIMV E MODALIDADES VOLUMÉTRICAS: AC, CV, SIMV - PARÂMETROS PI: 5 A 50 CMH20, CPAP: 5 A 20 CMH20, VC DE 5 A 2.000ML T.I: 0,3 A 3 SEG - ALARMES: DESCONEXÃO VC ALTO/BAIXO VM ALTA/BAIXA FR ALTA/BAIXA (MODOS DE VOLUME) - CIRCUITOS: CIRCUITO SIMPLES PARA USO COM MÁSCARA VENTILADA OU CIRCUITO COM VÁLVULA DE EXPIRAÇÃO ATIVA - VOLTAGEM: BIVOLT AUTOMÁTICO - CIRCUITO: MÁXIMO DE 2 METROS - BAIXO NÍVEL DE RUÍDO - DEVE CONTER: <p>ADAPTAÇÃO AUTOMÁTICA DEVAZAMENTO BATERIA PARA FUNCIONAMENTO INTERNA E NOBREAK COM AUTONOMIA MÍNIMA DE 03 HORAS NA AUSÊNCIA DE ENERGIA ELÉTRICA UMIDIFICADOR COM CONTROLE DE UMIDADE, FILTRO, AJUSTE AUTOMÁTICO DA ALTITUDE, INTERFACE DE SILICONE NASAL OU FACIAL</p> <p>REGISTRO NA ANVISA</p> <ul style="list-style-type: none"> - SE NECESSÁRIO TROCA DEVERÁ SER POR CONTA DO PRESTADOR, INCLUSO CUSTOS COM INSTALAÇÃO E TODOS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS, ASSIM COMO, MANUTENÇÃO DEVENDO SER ATENDIDO NO LIMITE MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A SOLICITAÇÃO - A CONTRATAÇÃO DEVERÁ SER PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES
05	<p>LOCAÇÃO DE SUPORTE PRESSÓRICO INVASIVO/OU NÃO INVASIVO BIPAP (BILEVEL), COM UMIDIFICADOR AQUECIDO ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS DO PRODUTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MODO VENTILATÓRIO: IPAP, UM, EPAP/PEEP, CPAP, UM MÍN, UM MÁX E EPAP MÍN/EPAP MÁX - PRESSÃO MÁXIMA 40CM H²O (EM TODOS OS MODOS) - BATERIA INTERNA COM AUTONOMIA DE 2 HORAS - FLUXO MÁXIMO: > 200L/MIN A 20CM H²O - NÍVEL DE PRESSÃO ACÚSTICA: 31 Dba - DEVERÁ ACOMPANHAR TRAQUÉIA (TUBO FLEXÍVEL 1,8M; 15 A 22MM) E MÁSCARA (NASAL OU ORONASAL) E OU CIRCUITO INVASIVO DE ACORDO COM O PACIENTE. MANUTENÇÃO CORRETIVA SEMPRE QUE NECESSÁRIO (SOLICITADO). INSTALAÇÃO TÉCNICA RESPONSÁVEL DA FIRMA LICITADA E EM DOMICÍLIO. BIPAP/EPAP – 4 A 40CM H²O

	<p>- AVALIAÇÃO INSTANTÂNEA DE PARÂMETROS COMO A FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR), VOLUME CORRENTE, INDICADOR DE ATIVAÇÃO/CICLO, TEMPO DE INSPIRAÇÃO.</p> <p>ALIMENTAÇÃO BIVOLT, ACESSÓRIOS (INCLUSO NA 1ª INSTALAÇÃO), CIRCUITO FILTROS, MÁSCARAS EM SILICONE (DE ACORDO COM O TAMANHO DE CADA PACIENTE), FIXADOR PRA MÁSCARA OU CIRCUITO INVASIVO UMIDIFICADOR AQUECIDO INTEGRADO COM COMPARTIMENTO DE ÁGUA, ALIMENTAÇÃO BIVOLT AUTOMÁTICO.</p> <p>SE NECESSÁRIO ATROCA DEVERÁ SER POR CONTA DO PRESTADOR, INCLUSO CUSTOS COM INSTALAÇÃO E TODOS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS, ASSIM COMO, MANUTENÇÃO DEVENDO SER ATENDIDO NO LIMITE MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A SOLICITAÇÃO. A CONTRATAÇÃO DEVERÁ SER PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.</p>
--	--

LEIA-SE:

ITEM	DESCRIÇÃO
04	<p>LOCAÇÃO DE RESPIRADOR VENTILADOR MECÂNICO PULMONAR PARA USO ADULTO E PEDIÁTRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - SUPORTE A VIDA (24HS) - INVASIVO E NÃO INVASIVO - MODOS OPERATIVOS DE CPAP, S, S/T, T, PC-SIMV (OS), CV, COM MONITORAÇÃO DE PRESSÃO DE VIA AÉREA, PICO, MÉDIA, PEEP, TEMPÓ INSPIRADO, TEMPO EXPIRADO RELAÇÃO I:E, VOLUME CORRENTE INSPIRADO EXPIRADO, PICO DE FLUXO INSPIRATÓRIO, FREQUÊNCIA TOTAL, ALARMES PARA PRESSÃO INSPIRATÓRIA MÁXIMA, PRESSÃO INSPIRATÓRIA MÍNIMA, VOLUME MINUTO MÁXIMO, VOLUME MINUTO MÍNIMO, APNÉIA, FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA MÁXIMA, PEEP MÁXIMO E MÍNIMO, PRESSÃO CONTÍNUA, QUEDA DE ENERGIA ELÉTRICA, CARGA DA BATERIA – MODO INVASIVO E NÃO INVASIVO: VNI EM TODOS OS MODOS, INCLUSIVE CONTROLADOS - MODALIDADES VENTILATÓRIAS A PRESSÃO: CPAP, S, S/T, T, PC-SIMV E MODALIDADES VOLUMÉTRICAS: AC, CV, SIMV - PARÂMETROS PI: 5 A 50 CMH20, CPAP: 5 A 20 CMH20, VC DE 50 A 2.000ML T.I: 0,3 A 3 SEG - ALARMES: DESCONEXÃO VC ALTO/BAIXO VM ALTA/BAIXA FR ALTA/BAIXA (MODOS DE VOLUME) - CIRCUITOS: CIRCUITO SIMPLES PARA USO COM MÁSCARA VENTILADA OU CIRCUITO COM VÁLVULA DE EXPIRAÇÃO ATIVA - VOLTAGEM: BIVOLT AUTOMÁTICO - CIRCUITO: MÁXIMO DE 2 METROS - BAIXO NÍVEL DE RUÍDO - DEVE CONTER: ADAPTAÇÃO AUTOMÁTICA DEVAZAMENTO BATERIA PARA FUNCIONAMENTO INTERNA E NOBREAK COM AUTONOMIA MÍNIMA DE 03 HORAS NA AUSÊNCIA DE ENERGIA ELÉTRICA UMIDIFICADOR COM CONTROLE DE UMIDADE, FILTRO, AJUSTE AUTOMÁTICO DA ALTITUDE, INTERFACE DE SILICONE NASAL OU FACIAL REGISTRO NA ANVISA - SE NECESSÁRIO TROCA DEVERÁ SER POR CONTA DO PRESTADOR, INCLUSO CUSTOS COM INSTALAÇÃO E TODOS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS, ASSIM COMO, MANUTENÇÃO DEVENDO SER ATENDIDO NO LIMITE MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A SOLICITAÇÃO - A CONTRATAÇÃO DEVERÁ SER PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES
05	<p>LOCAÇÃO DE SUPORTE PRESSÓRICO INVASIVO/OU NÃO INVASIVO BIPAP (BILEVEL), COM UMIDIFICADOR AQUECIDO ESPECIFICAÇÕES MÍNIMAS DO PRODUTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MODO VENTILATÓRIO: IPAP, UM, EPAP/PEEP, CPAP, UM MÍN, UM MÁX E EPAP MÍN/EPAP MÁX - PRESSÃO MÁXIMA 40CM H²O (EM TODOS OS MODOS) exceto CPAP: PRESSÃO

MÁXIMA de 4 a 20cm H2O

- BATERIA INTERNA COM AUTONOMIA DE 2 HORAS

- FLUXO MÁXIMO: > 200L/MIN A 20CM H²O

- NÍVEL DE PRESSÃO ACÚSTICA: 31 Dba

- DEVERÁ ACOMPANHAR TRAQUÉIA (TUBO FLEXÍVEL 1,8M; 15 A 22MM) E MÁSCARA (NASAL OU ORONASAL) E OU CIRCUITO INVASIVO DE ACORDO COM O PACIENTE. MANUTENÇÃO CORRETIVA SEMPRE QUE NECESSÁRIO (SOLICITADO). INSTALAÇÃO TÉCNICA RESPONSÁVEL DA FIRMA LICITADA E EM DOMICÍLIO. BIPAP/EPAP – 4 A 40CM H²O

- AVALIAÇÃO INSTANTÂNEA DE PARÂMETROS COMO A FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR), VOLUME CORRENTE, INDICADOR DE ATIVAÇÃO/CICLO, TEMPO DE INSPIRAÇÃO.

ALIMENTAÇÃO BIVOLT, ACESSÓRIOS (INCLUSO NA 1ª INSTALAÇÃO), CIRCUITO FILTROS, MÁSCARAS EM SILICONE (DE ACORDO COM O TAMANHO DE CADA PACIENTE), FIXADOR PRA MÁSCARA OU CIRCUITO INVASIVO UMIDIFICADOR AQUECIDO INTEGRADO COM COMPARTIMENTO DE ÁGUA, ALIMENTAÇÃO BIVOLT AUTOMÁTICO.

SE NECESSÁRIO ATROCA DEVERÁ SER POR CONTA DO PRESTADOR, INCLUSO CUSTOS COM INSTALAÇÃO E TODOS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS, ASSIM COMO, MANUTENÇÃO DEVENDO SER ATENDIDO NO LIMITE MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A SOLICITAÇÃO. A CONTRATAÇÃO DEVERÁ SER PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.

Fica **ALTRADA** a data de abertura do presente certame dia **02/05/2022** com os mesmos horários descritos no edital.

A presente errata está disponível no site: www.itajuba.mg.gov.br. Informações através do email: licitaitajuba@gmail.com ou através do telefone (35)9 9898-6949.

Itajubá, 12 de abril de 2022.

Rita de Cássia e Souza
Pregoeira port. 152/2022

VISTO DO PROJU: