

TERMO DE REFERÊNCIA PARA AQUISIÇÃO

1. OBJETO DA AQUISIÇÃO

Aquisição pelo Hospital Estadual Mario Covas de Santo André Monitor Multiparamétrico conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento.

2. DESCRIÇÃO PARA AQUISIÇÃO

2.1 Segue tabela, com descrição e quantidade dos bens a serem adquiridos.

ITEM	<u>Especificação técnica</u>	Quantidade
01	<p>Especificações técnicas mínimas por equipamento</p> <p>Para monitoração de pacientes Adulto, Pediátrico e Neonatal em Centro Cirúrgico, UTI e Pronto Socorro.</p> <p>-Microprocessado.</p> <p>Características Gerais</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alarmes ✓ Alarmes audiovisuais com diferenciação para prioridade baixa, média e alta; ✓ Tecla de silenciar alarme; ✓ Ajuste de limites para todos os parâmetros. <p>Alimentação e proteções elétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seleção automática de tensão na faixa de 100 - 230 VAC/60 Hz; ✓ Bateria interna com duração mínima de 60 minutos; ✓ Led de Identificação de uso em rede no painel frontal do equipamento; ✓ Led de Identificação de uso em bateria no painel frontal do equipamento. ✓ Proteção contra descarga de desfibrilador; ✓ Possibilidade de utilização juntamente com bisturi eletrônico; <p>Armazenamento de Informações</p> <p>24 horas de tendências gráficas e numéricas;</p> <p>Conectividade e Uso</p> <p>Conexões Físicas de Transmissão de Dados</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Com preparo para conexão em rede através de cabo; ✓ Saída padrão Ethernet com endereçamento TCP/IP; ✓ Porta USB ou Cartão SD; ✓ Com preparo para conexão em central de monitorização; 	8

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Com preparo para conexão em impressora em rede; ✓ Saída de vídeo para monitor escravo; 	<p>Coneectividade e envio de informações Possibilidade de comunicação via protocolo HL7 (Health Language 7), com sistema HIS (Hospital Information System) através de central de monitorização e também diretamente pelo monitor;</p> <p>Conexões de Parâmetros</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilidade com futura central de monitoração; ✓ Comunicação “leito a leito” de no mínimo 12 monitores com possibilidade de visualização dos parâmetros em qualquer monitor ou entre centrais de monitorização; ✓ Possibilidade de utilização dos seguintes parâmetros em módulos fornecidos pelo fabricante do monitor dedicados a cada parâmetro, ou em conexões pré configuradas ao equipamento, ou ainda em sistema de cabos que ao se conectarem ao monitor exibam os parâmetros: capnografia; débito cardíaco contínuo por termodiluição; análise de gases; nível de consciência (BIS); Transmissão Neuromuscular (TNM/NMT/TOF); EEG (Eletroencefalograma), de pelo menos 4 canais ; Débito cardíaco contínuo minimamente invasivo. ✓ Permite conexão com pelo menos 3 módulos (ou semelhante) simultâneos direto no gabinete do equipamento, afim de utilizar do recurso de intercâmbio de entre os monitores. Os parâmetros básicos (ECG/SpO2/PNI/Resp./Temp.) podem ser pré-configurados ou ofertados como módulo multiparâmetros, neste caso o equipamento deverá possuir 3 slots (ou solução extensora) fora o utilizado para o módulo multiparâmetros; ✓ Todos os monitores dever estar aptos a executar a monitoração dos parâmetros extras (EtCO2 e PI) com apenas o encaixe do módulo ou extensor no próprio monitor ou rack, sem a necessidade de intervenção de equipe técnica. ✓ Possibilidade futura de interface de comunicação com ventilador pulmonar para envio de dados ao HIS através do monitor, central ou arquitetura independente. <p>Display</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor colorido com tela de LCD ou LED; ✓ Possuir tela sensível ao toque “Touchscreen”; ✓ Tamanho mínimo de tela 15” (polegadas) em diagonal livre. ✓ Resolução mínima 1024x768 pixels; ✓ Capacidade de Apresentação simultânea de 8 curvas definidas pelo usuário.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tecla de congelamento de tela ou possibilidade de gravação de até 200 curvas para visualização posterior. <p>Funções adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cálculos de Drogas e Medicamentos, Cálculos de parâmetros respiratórios, Cálculos Hemodinâmicos ✓ Parâmetros (Já Pré-configurados ao bloco ou em módulo multiparâmetros) <p>ECG</p> <p>Finalidade</p> <p>Monitorização de ECG com apresentação de até 12 derivações já disponível no monitor</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Detecção automática e rejeição de pulso de marca- passo; ✓ Frequência cardíaca de 30 à 300 bpm, acurácia de +/-5bpm; ✓ Capacidade de monitoração de: 03 derivações; 05 ou 07 derivações; 12 derivações; ✓ Alarmes de taquicardia, bradicardia, apneia e eletrodo solto; ✓ Reconhecimento de pulso automático ou manual de marca- passo; ✓ Monitoração de seguimento ST em todas as derivações; ✓ Alarme do seguimento ST, para variação em uma única derivação ou em múltiplas derivações; ✓ Análise do segmento ST dos dois planos (eixos) membros e pré-cordiais indicando uma possível parede afetada; ✓ Análise de arritmia em pacientes adultos, pediátricos e neonatais, permitindo analisar; análise de assistolia, fibrilação atrial e ventricular, supraventriculares, taquicardia e bradicardia, extrassístole ventricular, taquicardia ventricular. <p>Alarmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável de bradi e taquicardia; ✓ Audiovisual para eventos no segmento ST. <p>Respiração</p> <p>Finalidade Controle da freqüência respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Com curvas de tendência. ✓ Faixa de medição de 6 à 120 respirações por minuto. <p>Alarmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta frequência; ✓ Baixa frequência; ✓ Apneia com tempo programável. <p>Temperatura</p> <p>- 2 canais de temperatura na faixa de 10 à 45° C, acurácia +-0,2°C.</p>	
--	--	--

	<p>- Possuir Tecnologia que mensure a diferença de temperatura (Delta Temp);</p> <p>Alarmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável de temperatura máxima e mínima. <p>Oximetria de Pulso</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicação dos valores de pulso, saturação e exibição numérica do índice de perfusão; ✓ Tecnologia de baixa perfusão tipo: Nellcor/Masimo/Blue Pro/Fast SPO2/GE TruSignal; ✓ Precisão Mínima: $\pm 2\%$ para a faixa de 80% a 100%, e de $\pm 3\%$ para a faixa de 70% a 80%. <p>Alarmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável para alta e baixa SpO2. <p>Pressão Não Invasiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medida de pressão arterial não invasiva diastólica, sistólica e média; ✓ Medição com acionamento manual e automático em intervalos programados pelo operador de 1 a 120 min; ✓ Pressão máxima de segurança Neonatal: 150 mmHg; Adulto: 300 mmHg; ✓ Possuir função de punção Venosa, onde o manguito faz o papel de garrote. <p>Alarmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável para alta e baixa pressão. <p>Pressão invasiva</p> <p>Caso não seja integrada ao monitor, deverão ser fornecidos módulos e demais tecnologias necessárias para mensuração do parâmetro;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medida de pressão sanguínea intravascular, venosa, arterial, sistólica, diastólica e média ✓ 02 canais com curvas independentes; ✓ Variação da pressão de pulso (VPP); ✓ Possibilidade de identificação do canal de pressão: PA, PVC, PAP, PVD, PAD e outras; ✓ Possibilidade de ganho sem alteração da posição da curva na tela. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faixa de Medição de -40 à 300 mmHg. <p>Alarmes</p> <p>Audiovisual ajustável para alta e baixa pressão arterial.</p> <p>Débito Cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medição compatível com Edwards Lifesciences; ✓ Medida da temperatura do sangue: 17 a 43 °C; ✓ Medida da temperatura do injetante: 0 a 27 °C; ✓ Utilizar técnica de termodiluição para cálculo do débito cardíaco; ✓ As constantes ("K") dos catéteres de Swan-Ganz devem ser inseridas no software do monitor e selecionadas pelo usuário; <p>Acessórios por equipamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ (1)cabo de ECG de pelo menos 5 vias; ✓ (1)SpO2 com sensor Adulto/Pediatrico; ✓ (1)Sensor de temperatura Esofágico; ✓ (2) Cabo de pressão invasiva compatível com transdutor Edwards ou Gabmed ✓ (1 cabo para cada 2 monitores) Cabo de Débito Cardíaco compatível com tecnologia Swan Ganz; <p>Demais acessórios para garantir o perfeito funcionamento do equipamento;</p> <p>Manual de usuário em língua portuguesa; Deverá ser apresentado com a proposta, catálogo ou folder do produto;</p> <p>Para efeitos de diligência poderá ser solicitado demonstração do monitor;</p> <p>Certificado de Registro na ANVISA; Certificado de BPF Fabricante ou Importador; Relatório de Compatibilidade eletromagnética; Garantia: 02 anos para o monitor;</p> <p>Certificação de conformidade com as Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ NBR IEC 60601-1; ✓ NBR IEC 60601-1-2; ✓ NBR IEC 60601-2-49; ✓ NBR IEC60601-2-30; ✓ NBR IEC60601-2-27. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar treinamento Operacional e Instalação
--	--

3. DESCRIÇÃO PARA AQUISIÇÃO

3.1 Segue tabela, com descrição e quantidade dos bens a serem adquiridos.

3.2 Será considerada a vencedora a empresa que apresentar o Menor valor global



4. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

- 4.1 As propostas deverão ofertar os valores por item, através do preenchimento da tabela constante no anexo I, incluídos todos os tributos e eventuais custos de transporte.

5. OBJETIVO / JUSTIFICATIVA

Aquisição de um bisturi elétrico se faz necessária pois o mesmo utilizado em procedimentos cirúrgicos para cortar e coagular tecidos simultaneamente. Ele utiliza corrente elétrica para gerar calor, permitindo que o cirurgião realize incisões precisas e minimize a perda de sangue durante o procedimento cirúrgico.

6. ENTREGA E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO BEM/OBJETO.

- 6.1 O prazo de entrega do(s) bem (ns) é 10 (dez) dias, contados do comunicado formal à empresa considerada vencedora do certame, em remessa única, no endereço do hospital: Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321, Paraíso, Santo André/SP, CEP 09190-615.
- 6.2 Os bens serão recebidos provisoriamente no prazo de 15 (quinze) dias pelo (a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização da aquisição, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta.
- 6.3 Os bens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da notificação da empresa vencedora, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.
- 6.4 Os bens serão considerados recebidos em definitivo, após 15 (quinze) dias do fim do período do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado.
- 6.4.1 Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.
- 6.5 O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da empresa fornecedora pelos prejuízos resultantes da incorreta execução da obrigação.
- 6.6 O equipamento deverá possuir Registro na ANVISA, Ministério da Saúde Norma ABNT 254 e laudo de calibração rastreável a RBC (rede brasileira de calibração).
- 6.6.1 Garantia de 24 meses a partir da data de instalação do equipamento e 6 meses para a bateria.
- 6.6.2 Entregar o equipamento, realizar o treinamento operacional e a instalação do equipamento.

7. DAS OBRIGAÇÕES DO HOSPITAL

7.1 São obrigações do Hospital:

- 7.1.1 Receber o objeto(s) /bem (ns) no prazo e condições estabelecidas no Ato de Convocação e/ou Termo de Referência de Aquisição e/ou Memorial Descritivo e eventuais anexos;
 - 7.1.2 Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Termo de Referência e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
 - 7.1.3 Comunicar formalmente à empresa vencedora, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto/bem fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
 - 7.1.4 Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da empresa vencedora;
 - 7.1.5 Efetuar o pagamento à empresa vencedora no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos.
- 7.2 O Hospital não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela empresa vencedora com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente termo, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da empresa fornecedora, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

8. OBRIGAÇÕES DA EMPRESA FORNECEDORA

8.1 Cumprir todas as obrigações constantes no Termo de Referência de Aquisição e eventuais anexos, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

- 8.1.1 Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Termo de Referência de Aquisição, Ato Convocatório e eventuais anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão as indicações referentes à: marca fabricante, modelo, procedência e prazo de garantia ou validade.
- 8.1.2 Sempre que possível, o objeto deve estar acompanhado do manual do usuário, com uma versão em português e da relação da rede de assistência técnica autorizada, quando for o caso.
- 8.1.3 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor.
- 8.1.4 Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos.



- 8.1.5 Garantia de 12 meses a partir da data de entrega do objeto.
- 8.1.6 Entregar o equipamento, realizar o treinamento operacional e a instalação do equipamento.
- 8.1.7 O equipamento deverá possuir Registro na ANVISA, Ministério da Saúde Norma ABNT 254 e caso necessário Certificado do INMETRO.

9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1 As seguintes infrações, se cometidas pela empresa fornecedora, serão passíveis de sanções:

- 9.1.1 inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência do fornecimento;
 - 9.1.2 Ensejar o retardamento da execução do objeto;
 - 9.1.3 Fraudar a execução do compromisso de fornecimento;
 - 9.1.4 Comportar-se de modo inidôneo;
 - 9.1.5 Cometer fraude fiscal;
 - 9.1.6 Não manter a proposta.
- 9.2 A Fornecedor que cometer qualquer das infrações discriminadas no item 8.1 e seguintes ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

- 9.2.1 Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para o Hospital;
- 9.2.2 Multa moratória de até 2% (dois por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor total do contrato/fornecimento, até o limite de 30 (trinta) dias, após o que ensejará a rescisão contratual, sem prejuízo da aplicação das correspondentes penalidades oriundas da rescisão;
- 9.2.3 Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato/fornecimento, no caso de inexecução total do objeto;
- 9.2.3.1 Em caso de inexecução parcial, a multa, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida.

10. DOCUMENTAÇÃO E REGULAÇÕES

10.1 Registro comercial, no caso de empresa individual.

10.2 Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrados, tratando-se de sociedades comerciais e no caso de sociedades por ações, acompanhados de documentos de eleição de seus administradores. No ato

constitutivo deverá estar contemplada, dentre os objetivos sociais, a atividade que autorize a prestação de serviços exigidos no objeto desta coleta de preços.

10.3 Cartão de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), emitido em até 60 (sessenta) dias anteriores à data de publicação do Memorial Descritivo, desde que não tenha ocorrido alterações contratuais societárias após sua emissão.

10.4 Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo à sede da empresa participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratado.

10.5 Prova de regularidade com as Fazendas Públicas:

10.6 Federal (Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007);

10.7 Estadual; e,

10.8 Municipal (certidão de tributos mobiliários e imobiliários), conforme o domicílio ou sede da participante.

10.09 Serão admitidas certidões positivas com efeito de negativas ou outras equivalentes na forma da lei.

10.10 Certidão Negativa, de pedido de falência, concordata, recuperação judicial ou extrajudicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, emitida no período de até 30 (trinta) dias anteriores à data fixada para a entrega dos envelopes.

10.11 Prova de inexistência de débitos trabalhistas, através do documento “Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da CNDT”, expedida pela Justiça do Trabalho conforme a Lei nº 12.440/2011.

10.12 Prova de Regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

10.13 Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, vedada a substituição por balancete ou balanço provisório. Estão dispensadas da apresentação de balanço as microempresas - ME e Empresas de Pequeno Porte - EPP.

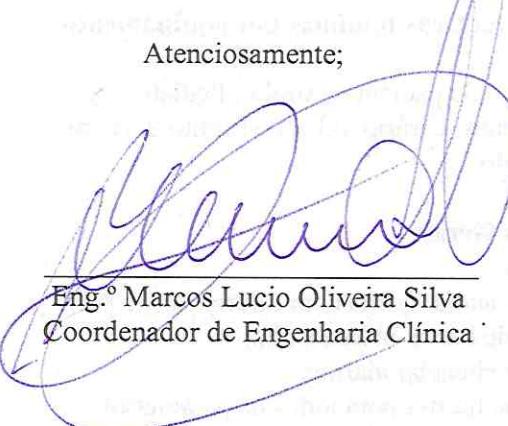


- 10.14 Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante quando homologado pelo fabricante. Quando não homologado, a empresa interessada deverá informar a ausência homologação pelo fabricante, apresentando declaração em papel timbrado. Desconsiderar esta cláusula caso a empresa for a própria fabricante.
- 10.15 Certificado de responsabilidade técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica;
- 10.16 Alvará de licença para estabelecimento (prefeitura);
- 10.17 Declaração de Cumprimento de Lei Anticorrupção e das políticas da Fundação do ABC, conforme modelo Anexo III.
- 10.18 Declaração (com logotipo da empresa) “Quadro Societário”, acerca da não incorrência da Proponente das vedações estabelecidas no artigo 6º do Regulamento Interno de Compras da Fundação do ABC, nos moldes do Anexo IV.
- 10.19 Declaração de não impedimentos, conforme Anexo V.
- 10.20 Declaração (Anexo VII) que, de acordo com as especificações fornecidas pela CONTRATANTE, há perfeitas condições para execução completa dos serviços.
- 10.21 Declaração de cumprimento ao Código de Conduta Ética da FUABC, conforme Anexo X.
- 10.22 Questionário de Due Diligence de Compliance de fornecedores, conforme Anexo XI.
- 10.22.1 Declaração de que não emprega menor, conforme Anexo XII.
- 10.23 Para fins de aferição de idoneidade da empresa deverão ser apresentadas as certidões emitidas através de consultas aos seguintes links de acesso:
- 10.24 Tribunal de Contas da União - <https://certidores-apf.apps.tcu.gov.br/>;
- 10.25 Tribunal de Contas do Estado de SP - <https://www.tce.sp.gov.br/pesquisa-relacao-apenados/>
- 10.26 Caso a empresa esteja localizada em outro estado, deverá ser emitida a certidão correlata.



Santo André, 08 de Maio de 2.025.

Atenciosamente;


Eng.º Marcos Lucio Oliveira Silva
Coordenador de Engenharia Clínica

Ciente, encaminhe-se de forma proposta.


Eng.º Mateus Valério da Silva
GERENTE DE ENGENHARIA
RE 6622

Eng.º Mateus Valério da Silva
Gerente de Engenharia



Anexo I: APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

ITEM	<u>Especificação técnica</u>	Quantidade	Valor unitário R\$
01	<p><u>Especificação técnica</u></p> <p>Especificações técnicas mínimas por equipamento</p> <p>Para monitoração de pacientes Adulto, Pediátrico e Neonatal em Centro Cirúrgico, UTI e Pronto Socorro.</p> <p>-Microprocessado.</p> <p>Características Gerais</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Alarmes✓ Alarmes audiovisuais com diferenciação para prioridade baixa, média e alta;✓ Tecla de silenciar alarme;✓ Ajuste de limites para todos os parâmetros. <p>Alimentação e proteções elétricas</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Seleção automática de tensão na faixa de 100 - 230 VAC/60 Hz;✓ Bateria interna com duração mínima de 60 minutos;✓ Led de Identificação de uso em rede no painel frontal do equipamento;✓ Led de Identificação de uso em bateria no painel frontal do equipamento.✓ Proteção contra descarga de desfibrilador;✓ Possibilidade de utilização juntamente com bisturi eletrônico; <p>Armazenamento de Informações</p> <p>24 horas de tendências gráficas e numéricas;</p> <p>Conectividade e Uso</p> <p>Conexões Físicas de Transmissão de Dados</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Com preparo para conexão em rede através de cabo;✓ Saída padrão Ethernet com endereçamento TCP/IP;✓ Porta USB ou Cartão SD;✓ Com preparo para conexão em central de monitorização;✓ Com preparo para conexão em impressora em rede;✓ Saída de vídeo para monitor escravo;		

	<p>Conectividade e envio de informações Possibilidade de comunicação via protocolo HL7 (Health Language 7), com sistema HIS (Hospital Information System) através de central de monitorização e também diretamente pelo monitor;</p> <p>Conexões de Parâmetros</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilidade com futura central de monitoração; ✓ Comunicação “leito a leito” de no mínimo 12 monitores com possibilidade de visualização dos parâmetros em qualquer monitor ou entre centrais de monitorização; ✓ Possibilidade de utilização dos seguintes parâmetros em módulos fornecidos pelo fabricante do monitor dedicados a cada parâmetro, ou em conexões pré configuradas ao equipamento, ou ainda em sistema de cabos que ao se conectarem ao monitor exibam os parâmetros: capnografia; débito cardíaco contínuo por termodiluição; análise de gases; nível de consciência (BIS); Transmissão Neuromuscular (TNM/NMT/TOF); EEG (Eletroencefalograma), de pelo menos 4 canais ; Débito cardíaco contínuo minimamente invasivo. ✓ Permite conexão com pelo menos 3 módulos (ou semelhante) simultâneos direto no gabinete do equipamento, afim de utilizar do recurso de intercâmbio de entre os monitores. Os parâmetros básicos (ECG/SpO2/PNI/Resp./Temp.) podem ser pré-configurados ou ofertados como módulo multiparâmetros, neste caso o equipamento deverá possuir 3 slots (ou solução extensora) fora o utilizado para o módulo multiparâmetros; ✓ Todos os monitores dever estar aptos a executar a monitoração dos parâmetros extras (EtCO2 e PI) com apenas o encaixe do módulo ou extensor no próprio monitor ou rack, sem a necessidade de intervenção de equipe técnica. ✓ Possibilidade futura de interface de comunicação com ventilador pulmonar para envio de dados ao HIS através do monitor, central ou arquitetura independente. 		
--	---	--	--

<p>Display</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor colorido com tela de LCD ou LED; ✓ Possuir tela sensível ao toque “Touchscreen”; ✓ Tamanho mínimo de tela 15” (polegadas) em diagonal livre. ✓ Resolução mínima 1024x768 pixels; ✓ Capacidade de Apresentação simultânea de 8 curvas definidas pelo usuário. ✓ Tecla de congelamento de tela ou possibilidade de gravação de até 200 curvas para visualização posterior. <p>Funções adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cálculos de Drogas e Medicamentos, Cálculos de parâmetros respiratórios, Cálculos Hemodinâmicos ✓ Parâmetros (Já Pré-configurados ao bloco ou em módulo multiparâmetros) <p>ECG</p> <p>Finalidade</p> <p>Monitorização de ECG com apresentação de até 12 derivações já disponível no monitor</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Detecção automática e rejeição de pulso de marca- passo; ✓ Frequência cardíaca de 30 à 300 bpm, acurácia de +/-5bpm; ✓ Capacidade de monitoração de: 03 derivações; 05 ou 07 derivações; 12 derivações; ✓ Alarmes de taquicardia, bradicardia, apneia e eletrodo solto; ✓ Reconhecimento de pulso automático ou manual de marca- passo; ✓ Monitoração de seguimento ST em todas as derivações; ✓ Alarme do seguimento ST, para variação em uma única derivação ou em múltiplas derivações; ✓ Análise do segmento ST dos dois planos (eixos) membros e pré-cordiais indicando uma possível parede afetada; ✓ Análise de arritmia em pacientes adultos, pediátricos e neonatais, permitindo analisar; análise de assistolia, fibrilação atrial e ventricular, supraventriculares, taquicardia e bradicardia, extrassístole ventricular, taquicardia ventricular. <p>Alarmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável de bradi e taquicardia; ✓ Audiovisual para eventos no segmento ST. 		
---	--	--

Respiração Finalidade Controle da freqüência respiratória	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Com curvas de tendência; ✓ Faixa de medição de 6 à 120 respirações por minuto. Alarmes <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta frequência; ✓ Baixa frequência; ✓ Apneia com tempo programável. 		
Temperatura - 2 canais de temperatura na faixa de 10 à 45° C, acurácia +-0,2°C. - Possuir Tecnologia que mensure a diferença de temperatura (Delta Temp);			
Alarmes <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável de temperatura máxima e mínima. 			
Oximetria de Pulso <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicação dos valores de pulso, saturação e exibição numérica do índice de perfusão; ✓ Tecnologia de baixa perfusão tipo: Nellcor/Masimo/Blue Pro/Fast SPO2/GE TruSignal; ✓ Precisão Mínima: ±2% para a faixa de 80% a 100%, e de ±3% para a faixa de 70% a 80% Alarmes <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável para alta e baixa SpO2. 			
Pressão Não Invasiva <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medida de pressão arterial não invasiva diastólica, sistólica e média; ✓ Medição com acionamento manual e automático em intervalos programados pelo operador de 1 a 120 min; 			

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pressão máxima de segurança Neonatal: 150 mmHg; Adulto: 300 mmHg; ✓ Possuir função de punção Venosa, onde o manguito faz o papel de garrote. <p>Alarmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Audiovisual ajustável para alta e baixa pressão. <p>Pressão invasiva</p> <p>Caso não seja integrada ao monitor, deverão ser fornecidos módulos e demais tecnologias necessárias para mensuração do parâmetro;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medida de pressão sanguínea intravascular, venosa, arterial, sistólica, diastólica e média ✓ 02 canais com curvas independentes; ✓ Variação da pressão de pulso (VPP); ✓ Possibilidade de identificação do canal de pressão: PA, PVC, PAP, PVD, PAD e outras; ✓ Possibilidade de ganho sem alteração da posição da curva na tela. ✓ Faixa de Medição de -40 à 300 mmHg. <p>Alarmes</p> <p>Audiovisual ajustável para alta e baixa pressão arterial.</p> <p>Débito Cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medição compatível com Edwards Lifesciences; ✓ Medida da temperatura do sangue: 17 a 43 °C; ✓ Medida da temperatura do injetante: 0 a 27 °C; ✓ Utilizar técnica de termodiluição para cálculo do débito cardíaco; ✓ As constantes (“K”) dos catéteres de Swan-Ganz devem ser inseridas no software do monitor e selecionadas pelo usuário; <p>Acessórios por equipamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ (1)cabo de ECG de pelo menos 5 vias; ✓ (1)SpO2 com sensor Adulto/Pediatrico; ✓ (1)Sensor de temperatura Esofágico; ✓ (2) Cabo de pressão invasiva compatível com transdutor Edwards ou Gabmed ✓ (1 cabo para cada 2 monitores) Cabo de Débito Cardíaco compatível com tecnologia Swan Ganz; <p>Demais acessórios para garantir o perfeito funcionamento do equipamento;</p>		
--	---	--	--

	<p>Manual de usuário em língua portuguesa; Deverá ser apresentado com a proposta, catálogo ou folder do produto;</p> <p>Para efeitos de diligência poderá ser solicitado demonstração do monitor;</p> <p>Certificado de Registro na ANVISA; Certificado de BPF Fabricante ou Importador; Relatório de Compatibilidade eletromagnética; Garantia: 02 anos para o monitor;</p> <p>Certificação de conformidade com as Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ NBR IEC 60601-1; ✓ NBR IEC 60601-1-2; ✓ NBR IEC 60601-2-49; ✓ NBR IEC 60601-2-30; ✓ NBR IEC 60601-2-27; ✓ Realizar treinamento Operacional e Instalação 		
Valor Total (por extenso) : R\$			

Anexo II: DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO DE ANTICORRUPÇÃO

Eu, _____, portador do CPF/MF n. _____, representante legal da empresa (Razão Social da Empresa), estabelecida na _____(endereço completo), inscrita no CNPJ/MF sob n.º _____, no uso de minhas atribuições, **DECLARO** que a pessoa jurídica conduz seus negócios de forma a coibir fraudes, corrupção e a prática de quaisquer outros atos lesivos à Administração Pública, direta ou indireta, nacional ou estrangeira, em atendimento à Lei Federal nº 12.846/ 2013 , ao Decreto Estadual nº 60.106/2014, tais como:

I – Prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a agente público, ou a terceira pessoa a ele relacionada;

II – Comprovadamente, financiar, custear, patrocinar ou de qualquer modo subvencionar a prática dos atos ilícitos previstos em Lei;

III – Comprovadamente, utilizar-se de interposta pessoa física ou jurídica para ocultar ou dissimular seus reais interesses ou a identidade dos beneficiários dos atos praticados;

IV – No tocante a licitações e contratos:

a) Frustrar ou fraudar, mediante ajuste, combinação ou qualquer outro expediente, o caráter competitivo de procedimento licitatório público;

b) Impedir, perturbar ou fraudar a realização de qualquer ato de procedimento licitatório público;

c) Afastar ou procurar afastar licitante, por meio de fraude ou oferecimento de vantagem de qualquer tipo;

d) Fraudar licitação pública ou contrato dela decorrente;

e) Criar, de modo fraudulento ou irregular, pessoa jurídica para participar de licitação pública ou celebrar contrato administrativo;

f) Obter vantagem ou benefício indevido, de modo fraudulento, de modificações ou prorrogações de contratos celebrados com a administração pública, sem autorização em lei, no ato convocatório da licitação pública ou nos respectivos instrumentos contratuais; ou

g) Manipular ou fraudar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos celebrados com a administração pública;

Hospital Estadual Mário Covas
Setor de Compras
Nº 466-25
Ass: _____



V – Difícilmente de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização do Sistema financeiro nacional.

Local, data.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

CPF



[logotipo da empresa]

DECLARAÇÃO – QUADRO SOCIETÁRIO - AUSÊNCIA DE VÍNCULO

Eu, _____, portador do CPF/MF n. _____, representante legal da empresa (Razão Social da Empresa), estabelecida na _____.(endereço completo), inscrita no CNPJ/MF sob n.º _____, **DECLARO**, para todos os fins de direito, sob as penas da lei, não possuir no quadro da Empresa pessoa que figure como dirigente ou sócio cônjuge, companheiro, parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até terceiro grau inclusive de profissionais integrantes de órgãos de deliberação ou direção da Fundação do ABC, exceto o previsto nos parágrafos 3º e 4º do artigo 6º do Regulamento Interno de Compras da Fundação do ABC.

Ainda, declaro que no quadro da empresa não possuir sócios que sejam agentes políticos de Poder, membros do Ministério Público, ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade

[LOCAL] [DATA]

Empresa
Representante Legal



[logotipo da empresa]

DECLARAÇÃO NÃO IMPEDIMENTOS

Eu, _____, portador do CPF/MF n. _____, representante legal da empresa (Razão Social da Empresa), estabelecida na _____.(endereço completo), inscrita no CNPJ/MF sob n.º _____, **DECLARO**, para todos os fins de direito, sob as penas da lei, de que inexiste impedimento em contratar com a Fundação do ABC ou com a Administração Pública.

[LOCAL] [DATA]

Empresa
Representante Legal



[logotipo da empresa]

DECLARAÇÃO DE PERFEITAS CONDIÇÕES

Declaro, para todos os fins de direito, que de acordo com as especificações fornecidas pela CONTRATANTE, há perfeitas condições para execução completa dos serviços.

[LOCAL] [DATA]

Contratada
Representante Legal



[logotipo da empresa]

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO REGULAMENTO DE COMPRAS E
CONTRATAÇÃO DA FUNDAÇÃO DO ABC**

À FUNDAÇÃO DO ABC

Prezados Senhores,

Pelo presente, informamos que analisamos atentamente o Regulamento de Compras e Contratação da Fundação do ABC – FUABC e manifestamos plena aceitação aos termos e condições previstas no documento, não reputando qualquer vício ou discordância expressa e/ou tácita com as suas condições renunciando expressamente a qualquer discussão acerca de suas cláusulas, e concordando expressamente com o seu conteúdo.

Declaramos outrossim que o sócio/representante que abaixo assina tem plenos poderes para celebrar tal declaração.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Representante legal:

Empresa:

CNPJ:



(Logotipo da empresa)

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DA FUABC.

A empresa _____, CNPJ _____, declara, para os devidos fins legais, estar ciente e de acordo com as normas institucionais, preceitos éticos e de anticorrupção previstos no Código de conduta Ética da Fundação do ABC, comprometendo-se a cumpri-lo fielmente, durante todo o período de vigência do presente contrato, em especial, atender as práticas de antissuborno voltadas aos seus representantes ou por terceiras pessoas a eles relacionadas, independentemente do valor envolvido, não efetuando qualquer tipo de pagamento, dação, doação, presente, entretenimento, transporte, patrocínio, doação benéfica dentre outros que possam ser caracterizados como subornos, propinas ou ainda prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente qualquer vantagem indevida para garantir negócios com as empresas interessadas em adquirir nossos produtos e serviços.

_____, de _____ de 2025.

Representante legal:

Empresa:

CNPJ:

QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE DE COMPLIANCE DE FORNECEDORES

 FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967	FORMULÁRIO	CÓDIGO: FOR.RHU.009	PÁG: 1 de 3
		ELABORADO: 16/07/2021	REVISADO: 28/06/2023
		VIGÊNCIA: NA	VERSÃO: 01

TÍTULO: QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE DE COMPLIANCE DE FORNECEDORES

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR - DADOS CADASTRAIS BÁSICOS			
Razão social	CNPJ ou equivalente		
Nome fantasia	Data de constituição		/ /
Endereço	Número	Complemento	
Cidade	Estado	CEP	
INFORMAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIETÁRIA E GESTÃO DA EMPRESA			
<i>Apresentar os dados das pessoas físicas e jurídicas que detêm participação societária. Se houver alguma pessoa jurídica nesta lista, por favor, indicar os beneficiários finais, até o nível em que haja somente pessoas físicas.</i>			
Nome/Razão social	CPF/CNPJ	Nacionalidade	% Participação
As pessoas listadas nos itens anteriores possuem relação de parentesco com algum colaborador em cargo de confiança – Conselheiro, dirigente, diretor, gerente ou coordenador da Fundação do ABC?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo informar os seguintes dados:	Nome: Função: Unidade:		
RAMO DE ATIVIDADE			
1. Segmento	<input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Comércio e Serviços		
Principais atividades (CONFORME DESCRIÇÃO NO CNAE).	Atividades secundárias.		
PORTE			
2. Receita bruta anual:	<input type="checkbox"/> Até R\$ 60 mil e 1 até empregado (Microempreendedor individual - MEI) <input type="checkbox"/> Até R\$ 360 mil (Microempresa) <input type="checkbox"/> De R\$ 360 mil a R\$ 3,6 milhões (Pequena empresa) <input type="checkbox"/> De R\$ 3,6 milhões a R\$ 300 milhões (Média empresa) <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 300 milhões (Grande empresa)		
3. Nº de empregados:	<input type="checkbox"/> Até 19 <input type="checkbox"/> De 20 a 99 <input type="checkbox"/> De 100 a 499 <input type="checkbox"/> Acima de 500		
Cobertura geográfica:			
POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS			
Programa de Integridade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Em caso positivo, fornecer uma cópia.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Código de ética	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Em caso positivo, fornecer uma cópia.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

CÓPIA NÃO CONTROLADA

 FUNDAÇÃO DO ABC <small>Desde 1867</small>	FORMULÁRIO	CÓDIGO: FOR.RHU.009	PÁG: 2 de 3
		ELABORADO: 16/07/2021	REVISADO: 28/06/2023
		VIGÊNCIA: NA	VERSÃO: 01

TÍTULO: QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE DE COMPLIANCE DE FORNECEDORES

A empresa possui política de recebimento e apuração de denúncias de irregularidades por parte de seus stakeholders (Canal de Denúncias)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Política de seleção e contratação de funcionários	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Prevenção e combate à fraude e corrupção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Oferta e recebimento de brindes, presentes e hospitalidades	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Política de registros contábeis e financeiros	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Proteção de dados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Segurança da Informação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Due diligence de terceiros	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Os funcionários recebem treinamentos sobre Código de Ética e/ou outros temas relacionados com ética, integridade e anticorrupção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Em caso positivo, com qual frequência?

SUPORTE E COMPROMETIMENTO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO E LIDERANÇA

O fornecedor possui um órgão ou área responsável pela coordenação ou gestão de suas atividades de Compliance (integridade e conformidade)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--

Este órgão ou área está subordinado à(o):	<input type="checkbox"/> Presidência <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Financeiro <input type="checkbox"/> Outro:
---	---

O fornecedor possui canal de denúncias? Caso positivo, identificar o fluxo de tratamento das ocorrências, se é garantida a confidencialidade dos dados e a proteção do anonimato aos denunciantes	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Resposta:
---	---

O fornecedor promove treinamentos periódicos sobre suas normas internas, inclusive a seus empregados e demais públicos pertinentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
São mantidos registros dos treinamentos, incluindo controle dos participantes e do material utilizado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

QUESTÕES OPERACIONAIS E REPUTACIONAIS

O fornecedor possui algum tipo de conflito de interesses que impossibilitaria a prestação de serviços a FUABC?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual impedimento:
--	--

O fornecedor subcontrata algum de seus serviços ou utiliza intermediários?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O fornecedor possui controles financeiros, de tesouraria e contábeis adequados, precisos e atualizados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Possui registros contábeis submetidos à auditoria independente (em caso positivo, informa a empresa de auditoria):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---

A empresa, seus acionistas, conselheiros ou diretores estatutários ou quaisquer empresas em seu grupo econômico estão ou estiveram nos últimos 05 (cinco) anos, de qualquer forma, envolvidos em processos administrativos ou judiciais fundados nas legislações abaixo:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Leis anticorrupção brasileira ou internacionais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lei de improbidade administrativa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lei de licitações	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lei de Defesa da Concorrência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Processos criminais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Em caso de afirmativo à questão anterior, justificar e identificar o andamento do(s) processo(s).

Nome da pessoa envolvida	Justificativa	Andamento

CÓPIA NÃO CONTROLADA



 FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967	FORMULÁRIO	CÓDIGO: FOR.RHU.009	PÁG: 3 de 3
		ELABORADO: 16/07/2021	REVISADO: 28/06/2023
		VIGÊNCIA: NA	VERSÃO: 01

TÍTULO: QUESTIONÁRIO DE DUE DILIGENCE DE COMPLIANCE DE FORNECEDORES

PESSOA EXPOSTA POLÍTICAMENTE AO CONFLITO DE INTERESSE

Algum proprietário, sócio, acionista majoritário, membro do Conselho de Administração, Diretor e/ou representante da empresa enquadra-se na na condição de PEP, conforme definido no § 1º, artigo 1º, da Resolução COAF n.º 40, de 22 de novembro de 2021?

Sim Não - Em caso positivo, informe quem é a pessoa, a posição ocupada e o órgão do governo:

DECLARAÇÃO

Declaro e atesto para os devidos fins que as informações fornecidas anteriormente, bem como os documentos disponibilizados são verdadeiros e não ocultaram quaisquer dados. Se em algum momento as informações ou documentos apresentados neste questionário não representarem mais a realidade, comprometo-me em comunicar imediatamente a Fundação do ABC e fornecer um relatório complementar detalhando referida mudança.

Local (cidade)

Data

Assinatura do responsável

CÓPIA NÃO CONTROLADA



(Logotipo da empresa)

MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR

Processo nº:

Objeto: AQUISIÇÃO DE BISTURI ELÉTRICO.

A Empresa _____, devidamente inscrita, no CNPJ/MF sob o nº _____, com sede _____, nº _____, Bairro _____, na cidade de _____, por intermédio de seu representante legal, o Sr. _____, portador do CPF/MF nº _____, DECLARA, nos termos da Lei nº 9.854/1999, que não emprega menor de 18 (Dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (Dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz.

[LOCAL] [DATA]

Empresa
Representante Legal
CNPJ: