



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE COMANDO E CONTROLE DO COVID-19**

**TERMO DE REFERÊNCIA N° 015/2020**

Enfrentamento de Emergência de Saúde Pública decorrente do Covid-19

**QUADRO RESUMO**

1. Título e Objetivo Geral	Aquisição de Ventilador Pulmonar para atendimento das necessidades das unidades hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde e unidades de saúde dos Municípios.
2. Objeto	Ventilador Pulmonar
3. Modalidade	Dispensa de licitação com fulcro no art. 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/93 e Lei Federal nº 13.979/2020.
4. Estimativa de custo	R\$ 2.890.000,00 (dois milhão oitocentos e noventa mil reais)
5. Prazo	A entrega do equipamento dar-se-á no prazo máximo de 05 (cinco) dias após o recebimento da Ordem de Fornecimento.
6. Informação Orçamentária	Programa de Trabalho: 10.302.0047.1051 Elemento de despesa: 449052 Fontes de recurso: 0104 e/ou 0155
7. Responsáveis pela elaboração do Termo de Referência:	1.Nome: Wesley Monecchi Souza NF: 2986094. Contato: (27) 3347-5663 / 98817-4957 Setor/Órgão: SSAS/SESA
8. Responsáveis pela execução e fiscalização	1.Nome: Antônio Carlos H. Bispo NF: 3347052; Contato: (27) 99837-8140 Setor/Órgão: SSAFAS/SESA
9. Data prevista para implantação:	31/03/2020.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE COMANDO E CONTROLE DO COVID-19

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 015/2020

Enfrentamento de Emergência de Saúde Pública decorrente do Covid-19

DETALHAMENTO

1. Objeto

Aquisição de Ventilador Pulmonar, conforme especificação abaixo:

Lote	Descrição	Unid.	Quant.
01	<b>VENTILADOR PULMONAR</b> PRESSOMÉTRICO E VOLUMÉTRICO VENTILADOR PULMONAR ELETRÔNICO MICROPROCESSADO PARA PACIENTES NEONATAIS, PEDIÁTRICOS E ADULTOS. POSSUIR OS SEGUINTE MODOS DE VENTILAÇÃO OU MODOS VENTILATÓRIOS COMPATIVEL: VENTILAÇÃO COM VOLUME CONTROLADO; VENTILAÇÃO COM PRESSÃO CONTROLADA; VENTILAÇÃO MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA; VENTILAÇÃO COM SUPORTE DE PRESSÃO; VENTILAÇÃO COM FLUXO CONTINUO, CICLADO A TEMPO E COM PRESSÃO LIMITADA OU MODO VOLUME GARANTIDO PARA PACIENTES NEONATAIS; VENTILAÇÃO EM DOIS NIVEIS, VENTILAÇÃO NAO INVASIVA; PRESSÃO POSITIVA CONTINUA NAS VIAS AEREAS - CPAP; VENTILACAO DE BACK UP NO MINIMO NOS MODOS ESPONTANEOS; SISTEMA DE CONTROLES: POSSUIR CONTROLE E AJUSTE PARA PELO MENOS OS PARAMETROS COM AS FAIXAS: PRESSÃO CONTROLADA E PRESSÃO DE SUPORTE DE NO MINIMO ATE 60CMH20; VOLUME CORRENTE DE NO MINIMO ENTRE 10 A 2000ML; FREQUENCIA RESPIRATÓRIA DE NO MINIMO ATE 100RPM; TEMPO INSPIRATORIO DE NO MINIMO ENTRE 0,3 A 5,0 SEGUNDOS; PEEP DE NO MINIMO ATE 40CMH20; SENSIBILIDADE INSPIRATORIA POR FLUXO DE NO MINIMO ENTRE 0,5 A 2,0 LPM; FIO2 DE NO MINIMO 21 A 100%. SISTEMA DE	Unid.	50



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE COMANDO E CONTROLE DO COVIR-19

	<p>MONITORIZACAO: TELA COLORIDA DE NO <b>MINIMO 12 POLEGADAS</b> TOUCH-SCREEN; MONITORAÇÃO DE VOLUME POR SENSOR PROXIMAL PARA PACIENTES NEONATAIS E DISTAL PARA PACIENTES ADULTOS, SENDO OBRIGATORIAMENTE AUTOCLAVAVEL PARA OS PACIENTES NEONATAIS – DEVERÁ SER FORNECIDO DOIS SENSORES DE FLUXO PARA CADA CATEGORIA DE PACIENTE; PRINCIPAIS PARÂMETROS MONITORADOS / CALCULADOS: VOLUME CORRENTE EXALADO, VOLUME CORRENTE INSPIRADO, PRESSÃO DE PICO, PRESSÃO DE PLATO, PEEP, PRESSÃO MÉDIA DE VIAS AÉREAS, FREQUENCIA RESPIRATÓRIA TOTAL E ESPONTANEA, TEMPO INSPIRATÓRIO, TEMPO EXPIRATÓRIO, FIO2 COM MONITORAÇÃO POR SENSOR PARAMAGNÉTICO OU ULTRASSÔNICO, RELAÇÃO I:E, RESISTÊNCIA, COMPLACENCIA, PRESSÃO DE OCLUSÃO E AUTO PEEP. APRESENTAÇÃO DE CURVAS PRESSÃO X TEMPO, FLUXO X TEMPO, VOLUME X TEMPO, LOOPS PRESSÃO X VOLUME E FLUXO X VOLUME E APRESENTAÇÃO DE GRÁFICOS COM AS TENDENCIAS PARA OS PRINCIPAIS DADOS MONITORADOS. SISTEMA DE ALARMES COM PELO MENOS: ALARMES DE ALTA E BAIXA PRESSÃO INSPIRATÓRIA, ALTO E BAIXO VOLUME MINUTO, FREQUENCIA RESPIRATÓRIA, ALTA/BAIXA FIO2, APNÉIA, FALHA NO FORNECIMENTO DE GAS, FALTA DE ENERGIA, BAIXA CARGA DA BATERIA E PARA VENTILADOR SEM CONDIÇÃO PARA FUNCIONAR, OU SIMILAR. RECURSO DE NEBULIZAÇÃO INCORPORADO AO EQUIPAMENTO SEM ALTERAÇÃO DA FIO2 AJUSTADA; TECLA PARA PAUSA MANUAL INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA. ARMAZENAR NA MEMORIA OS ULTIMOS PARAMETROS AJUSTADOS; BATERIA INTERNA RECARREGAVEL COM AUTONOMIA DE NO MINIMO 120 MINUTOS; O VENTILADOR DEVERÁ</p>		
--	--	--	--



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE COMANDO E CONTROLE DO COVID-19**

	CONTINUAR VENTILANDO O PACIENTE MESMO COM A FALTA DE UM DOS GASES EM CASO DE EMERGENCIA E ALARMAR INDICANDO O GAS FALTANTE. ACOMPANHAR NO MINIMO OS ACESSÓRIOS: UMIDIFICADOR AQUECIDO, JARRA TÉRMICA, BRAÇO ARTICULADO, PEDESTAL COM RODÍZIOS, 2 CIRCUITO PACIENTE PEDIÁTRICO/ADULTO, 2 CIRCUITO PACIENTE NEONATAL/PEDIÁTRICO, 2 VALVULAS DE EXALAÇÃO, MANGUEIRAS PARA CONEXÃO DE OXIGENIO E AR COMPRIMIDO, ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA A SER DEFINIDA PELA ENTIDADE SOLICITANTE		
--	---	--	--

## 2. Fundamentação da aquisição/contratação e justificativa

A aquisição do Ventilador Pulmonar se faz extremamente necessário para utilização nos pacientes que necessitarão de ventilação pulmonar artificial para tratamento das complicações da infecção pelo Covid-19.

Será necessário o quantitativo de inicial superior a 100 unidades para o enfrentamento de emergência de saúde pública decorrente do Covid-19 foi estimado com base no quantitativo estimado pelas unidades hospitalares da rede da Secretaria de Estado da Saúde. Entretanto, por dificuldades de encontrar fornecedores em todo país será necessário a aquisição do quantitativo identificado no item 1 do Fornecedor VYAIRÉ MEDICAL que tem os equipamentos para pronta entrega.

Vale registrar que foi realizada cotação de preços para o referido equipamento no Processo nº 2020-4G0R5 e o único fornecedor a apresentar a proposta comercial foi a GE HEALTHCARE, não atendendo no prazo de entrega previamente estabelecido e necessário para o presente momento de pandemia.

## 3. Requisitos da aquisição/contratação

### 3.1. Qualificação Técnica:

- a) Comprovação de que o licitante forneceu, sem restrição, produto igual ou semelhante ao indicado no item 1 deste Termo de Referência. A comprovação será feita por meio de apresentação de, no mínimo, 1 (um) atestado, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado da empresa ou órgão comprador.
- b) **Alvará Sanitário** (ou Licença Sanitária/Licença de Funcionamento) da empresa licitante, expedido pela **Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal**, tal como exigido pela Lei Federal nº. 6.360/76 (art. 2º) e Decreto Federal nº. 8.077/2013 (art. 2º).
- c) **Autorização de Funcionamento** da empresa licitante, expedida pela **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e cópia da publicação no “Diário Oficial da União”, conforme exigido pela Lei Federal nº. 6.360/76 (art. 2º),



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE COMANDO E CONTROLE DO COVID-19**

---

Decreto Federal nº. 8.077/2013, Resolução RDC/Anvisa nº 16/2014 e nº 275/2019.

d) **Certificado de Registro do equipamento**, emitido pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

3.2. Prazo de Garantia:

- a) A garantia do produto, contada a partir do recebimento dos mesmos pela Administração Pública, não poderá ser inferior a 75% (setenta e cinco por cento) do seu prazo máximo de garantia.

3.3. Prazo de entrega:

- a) A entrega do produto dar-se-á no de imediato após o recebimento da Ordem de Fornecimento.

3.4. Local de entrega:

- a) A entrega do equipamento deverá ser realizado no Almojarifado da Secretaria de Estado da Saúde endereço: Av. Leitão da Silva, s/n, Bairro Itararé, Vitória/ES, CEP 29.125.625, em a qualquer tempo.

3.5. Critério de recebimento:

O produto deverá ser entregue em embalagem íntegra, em conformidade com a especificação demandada e com a proposta comercial apresentada, assim como na quantidade previamente estabelecida.

#### **4. Critério de pagamento**

A Contratante pagará à Contratada pelos produtos adquiridos, no próximo dia útil subsequente a apresentação da Nota Fiscal/Fatura correspondente, devidamente aceita pelo Contratante e vedada a antecipação.

#### **5. Assinatura e aprovação**

5.1. Elaborado em 27/03/2020 por:

\_\_\_\_\_  
Wesley Monecchi Souza  
Chefe de Núcleo/SSAS/SESA  
NF: 2986094

5.2. Aprovado por:

\_\_\_\_\_  
Fabiano Ribeiro dos Santos  
Subsecretaria de Estado de Atenção em Saúde  
NF: 4051726

<b>CAPTURADO POR</b>	
WESLEY MONEQUI SOUZA CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04 SESA - SSAS	
<b>DATA DA CAPTURA</b>	27/03/2020 11:43:23 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
<b>VALOR LEGAL</b>	ORIGINAL
<b>NATUREZA</b>	DOCUMENTO NATO-DIGITAL

<b>ASSINARAM O DOCUMENTO</b>	
WESLEY MONEQUI SOUZA CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04 SESA - SSAS Assinado em 27/03/2020 11:29:30 Documento original assinado eletronicamente, conforme art. 6, § 1º, do Decreto 4410-R/2019.	
FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS SUBSECRETARIO ESTADO QCE-01 SESA - SSAS Assinado em 27/03/2020 11:43:23 Documento original assinado eletronicamente, conforme art. 6, § 1º, do Decreto 4410-R/2019.	

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link <https://e-docs.es.gov.br/documento/registro/2020-9R8262>



Consulta via leitor de QR Code.