

Séq.	Un	Quantidade	Código	Especificação	Marca	Vlr. Unitário	Vlr. Total
1	UN	2,00	381946	<p>LOCAÇÃO CPAP</p> <p>* MODO DE FUNCIONAMENTO: CPAP FIXO</p> <p>* NIVEL DE RUÍDO: 30DB</p> <p>* INTERVALO DE PRESSÃO: 4 A 20 CM H2O</p> <p>* DEFINE PRESSÃO FIXA: SIM (SOMENTE MODO FIXO)</p> <p>* RAMPA: 0 A 45MIN (INCREMENTOS DE 5MIN)</p> <p>* POSSUA COMPENSAÇÃO DE VAZAMENTO</p> <p>* ALIVIO DEPRESSÃO POR ALIVIO EXPIRATORIO</p> <p>* INSPIRAÇÃO COM TEMPO CONTROLADO: 0.3- 3.0 SEGS</p> <p>* RAMPA: 0 A 45 MIN. (INCREMENTOS DE 5 MIN)</p> <p>* DIMENSÕES APROXIMADAS: A - 10CM, L - 16CM, C - 14CM</p> <p>* PESO: APROXIMADAMENTE 1,36KG</p> <p>* CARTÃO DE DADOS: CARTÃO SD</p> <p>O KIT DE APLICAÇÃO SERA COMPOSTO POR:</p> <p>* 01 CPAP</p> <p>* 01 BASE AQUECIDA PARA UMIDIFICAÇÃO DO OXIGENIO</p> <p>* 01 CAMARA DE AGUA UMIDIFICADORA</p> <p>* 01 MASCARA FACIAL PARA ACOMPANHAR TODAS AS TERAPIAS QUE FAZEM USO DESTA INTERFACE. TIPO DE MASCARA: FACIAL (ORONASAL OU NASAL OU FACIAL TOTAL); MATERIAL DA ALMOFADA: SILICONE; APOIO DE TESTA: SIM; CLIPES DE ATALHO: SIM; TAMANHOS P OU M OU G.</p>			
2	SE	2,00	381067	<p>LOCAÇÃO DE BIPAP</p> <p>*NIVEL DE RUÍDO: 60 DB(A) A 85DB(A)</p> <p>*MODOS DE VENTILAÇÃO: CPAP, S, S/T,T,PC +A FUNÇÃO AVAPS, IVAPS OU VOLUME MÉDIO GARANTIDO;</p> <p>*INTERVALO DEPRESSÃO:</p> <p>IPAP 4 A 30 COM H2O, EPAP 4 A 25 CM H2O, CPAP 4 A 20 COM H2O</p> <p>* DEFINE PRESSÃO FIXA: SIM</p> <p>*VOLUME CORRENTE: 200 - 150ML</p> <p>*INSPIRAÇÃO COM TEMPO CONTROLADO: 0.3-3.0 SEGS</p> <p>*RAMPA: 0 A 45MIN. (INCREMENTOS DE 5 MIN)</p> <p>*ALIVIO DE PRESSÃO: BI-FLEX</p> <p>*COMPENSA VAZAMENTO: SIM</p> <p>*DIMENSÕES APROXIMADAS:</p> <p>A- 10,80 CM DE ALTURA</p> <p>B- 22,23 CM DE LARGURA</p> <p>C- 18,42 CM DE COMPRIMENTO</p> <p>*PESO: APROXIMADAMENTE 2KG</p> <p>*VOLTAGEM:100V- 240 V (BIVOLT)</p> <p>*CAPACIDADE DE ÁGUA: 325 ML</p> <p>*CARTÃO DE DADOS:CARTÃO SD</p> <p>O KIT DE APLICAÇÃO SERÁ COMPOSTO POR:</p> <p>* 01 BIPAP</p> <p>* 01 BASE AQUECIDA PARA UMIDIFICAÇÃO DO OXIGENIO</p> <p>* 01 CAMARA DE AGUA UMIDIFICADORA</p> <p>* 01 CIRCUITO DE BIPAP INVASIVO</p> <p>* 01 MASCARA FACIAL PARA ACOMPANHAR TODAS AS TERAPIASQUE FAZEM USO DESTA INTERFACE, TIPO DE MASCARA: FACIAL (ORONASAL OU NASAL OU FACIAL TOTAL); MATERIAL DE ALMOFADA: SILICONE; APOIO DE TESTA:SIM; CLIPES DE ATALHO: SIM; TAMANHOS P OU M OU G.</p>			

Séq.	Un	Quantidade	Código	Especificação	Marca	Vlr. Unitário	Vlr. Total
3	UN	10,00	381926	<p>LOCAÇÃO DE CONCENTRADOR CONVENCIONAL DE OXIGÊNIO MEDICINAL (10 LITROS) QUE POSSUA:</p> <ul style="list-style-type: none"> * PROTETORES DE TUBO CONTRA CHOQUES ELETRICOS * COMPRESSOR DUPLO PARA MAIOR FLUXO DE AR * ALTA LIBERAÇÃO DE OXIGÊNIO PARA AS NECESSIDADES DOS PACIENTES * VALVULA QUE NAO PRECISE DE MANUTENÇÃO * OPÇÃO DE INDICADOR PARA OXIGENIO PURO * VOLTAGEM: 110 OU 220V * POTÊNCIA: 600W * FLUXO DE LITROS: 62+/- 4% @ 8-10 IPM 94+/-% 3-7IPM 92 +/- 4%1-2 IPM * PESO DO EQUIPAMENTO DE APROXIMAGAMENTE 24 KG * NIVEL DE RUIDO DE ATE 45DB * DIMENSOES APROXIMADAS: A - 69CM, L - 48CM, P- 33CM <p>A APLICAÇÃO DE CONCENTRADORES DE OXIGENIO NOS DOMICILIOS DOS PACIENTES RESIDENTES NO MUNICIPIO PARA USO NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, ATRAVES DA SMS. DEVERÁ CONTER OS SEGUINTE ITENS NO KIT DE APLICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> *01 CONCENTRADOR OXIGENIO C/ FLUXO DE ATE 10L/MIN *01 CILINDRO DE OXIGENIO COM CAPACIDADE DE NO MINIMO 7 M³, A SEREM MANTIDOS COMO BACKUP DE SEGURANÇA, JUNTO A CADA CONCETRADOR. *01 MANGUEIRA EXTENSORA PARA UMIDIFICADOR CONECTOR X CONECTOR DE 4,5 METROS *01 CANULA NASAL DE 7 DE TAMANHO 2,1 METROS, ANATOMICAMENTE CURVADA, MATERIAL MACIO, DESOBRUTIVO E PESO LEVE *01 COPO UMIDIFICADOR PARA OXIGENIO DE PROLIPROPILENO DE 250ML <p>*01 VISITA MENSAL A CADA PACIENTE, REALIZADA POR FISIOTERAPEUTA, AFIM DE ACOMPANHAR E INTRUIR O PACIENTE SOBRE O USO DO EQUIPAMENTO, ALEMDE REALIZAR A LEITURA DE OXIMETRIA, APRESENTANDO AO MEDICO E AO COORDENADOR DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR MENSALMENTE O RELATORIO DETALHADO E ASSINADO PELO PACIENTE OU PELO ACOMPANHANTE, CONTENDO AS INFORMAÇÕES DA LEITURA DE OXIMETRIA E AS OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL SOBRE A VISITA REALIZADA.</p>			

Séq.	Un	Quantidade	Código	Especificação	Marca	Vlr. Unitário	Vlr. Total
4	UN	30,00	381945	<p>LOCAÇÃO DE CONCENTRADOR CONVENCIONAL DE OXIGÊNIO MEDICINAL 5 LITROS, QUE POSSUA:</p> <p>*VOLTAGEM: 110 OU 220V</p> <p>*POTENCIA: 350W</p> <p>*FLUXO DE LITROS: 05 A 5 L/MIN</p> <p>*PESO DE EQUIPAMENTOS DE ATÉ 15 KG</p> <p>*NIVEL DE RUÍDO DE ATÉ 45DB</p> <p>*INDICADOR DE PERCENTAGEM DE OXIGÊNIO</p> <p>*DIMENSÕES APROXIMADAS: A - 58 CM, L - 38 CM, P - 24,1 CM</p> <p>A APLICAÇÃO DE CONCENTRADORES DE OXIGÊNIO NOS DOMICÍLIOS DOS PACIENTES RESIDENTES NO MUNICÍPIO PARA USO NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, ATRAVÉS DA SMS, DEVERÁ CONTER OS SEGUINTE ITENS NO KIT DE APLICAÇÃO:</p> <p>*01 CONCENTRADOR OXIGÊNIO C FLUXO DE ATÉ 0,5 A 5 L/MIN</p> <p>*01 CILINDRO DE OXIGENIO COM CAPACIDADE DE NO MÍNIMO 7M³, A SEREM MANTIDOS COMO BACKUP DE SEGURANÇA, JUNTO A CADA CONCENTRADOR</p> <p>*01 MANGUEIRA EXTENSORA PARA UMIDIFICADOR CONECTOR X CONECTOR DE 4,5 METROS</p> <p>*01 CANULA NASAL DE 7 DE TAMANHO 2,1 METROS, ANATOMICAMENTE CURVADA, MATERIAL MACIO, DESOBSTRUTIVO E PESO LEVE</p> <p>*01 COPO UMIDIFICADOR PARA OXIGENIO DE PROLIPROPILENO DE 250ML</p> <p>*01 VISITA MENSAL A CADA PACIENTE, REALIZADA POR FISIOTERAPEUTA, AFIM DE ACOMPANHAR E INSTRUIR O PACIENTE SOBRE O USO DO EQUIPAMENTO, ALEM DE REALIZAR A LEITURA DE OXIMETRIA, APRESENTANDO AO MEDICO E AO COORDENADOR DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR MENSALMENTE O RELATORIO DETALHADO E ASSINADO PELO PACIENTE OU PELO ACOMPANHANTE, CONTENDO AS INFORMAÇÕES DA LEITURA DE OXIMETRIAE AS OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL SOBRE A VISITA REALIZADA</p>			

Carimbo Padronizado	Validade da Proposta (no mínimo em 60 dias) ____ / ____ / ____	Total Geral R\$ _____ _____
	Prazo para Entrega ____ / ____ / ____	

Observações

Declaramos para todos os efeitos legais que, ao apresentar esta proposta, com os preços e prazos acima indicados, estamos de pleno acordo com as condições gerais e especiais estabelecidas para esta licitação, as quais nos submetemos incondicional e integralmente.

Declaramos também que até a presente data inexistem fatos impeditivos a participação desta empresa ao presente certame licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ / ____