

TERMO DE REFERÊNCIA

Locação Oxigênio.

1. INTRODUÇÃO E DEFINIÇÃO DO OBJETO

1.1. Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, foi implantado o Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar e Ventilação Assistida, para propiciar aos usuários portadores de hipoxemia crônica maior qualidade de vida, além de prevenir e diminuir internações hospitalares. O serviço contempla também a instalação de equipamento de CPAP para pacientes com Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono - Grave (SAOS), bem como a instalação de BIPAP para pacientes portadores de doenças neuromusculares de acordo com prescrição clínica e cardiopatas. A Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento vem aprimorando o fluxo de atendimento a estes usuários. A porta de entrada ao serviço dá-se através do Setor de Serviço Social do Posto de Saúde Central que encaminha a documentação para o Programa Estadual de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar vinculado a Secretaria estadual de Saúde – SES. Após a aprovação pela SES é emitida uma Guia de Autorização, que poderá ser destinada a instalação pelo município e ou via empresa contratada pela SES. Sendo a Guia de responsabilidade do município, a instalação dos equipamentos/fornecimento de oxigênio e ou ventilação domiciliar é realizada por empresa terceirizada, vencedora do processo licitatório e contratada pelo Fundo Municipal de Saúde de Balneário Camboriú, para a prestação dos serviços.

1.2. Dar continuidade ao serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar aos usuários portadores de doença pulmonar obstrutiva ou restritiva crônica, dependentes dessa terapia, usuários portadores de SAOS e de doenças neuromusculares e cardiológicas residentes no município de Balneário Camboriú.

1.3. Orientar e estabelecer o fluxo de atendimento dos usuários; Definir os critérios clínicos; Definir os critérios administrativos; Articular com as equipes da Atenção Básica o acompanhamento e monitoramento das ações; Monitorar a entrada e saída dos usuários no serviço de oxigenoterapia e ventilação domiciliar, bem como, a inserção dos mesmos no serviço da Secretaria Estadual de Saúde; Emitir relatórios mensais a Secretaria Estadual de Saúde para o repasse do recurso financeiro ao município para o custeio do tratamento; Propiciar o acolhimento e a orientação aos familiares do usuário acerca do tratamento dispensado ao mesmo; Fornecer



cilindro de oxigênio portátil (transporte) aos usuários inseridos no serviço que utilizem oxigênio por 24 horas e que tenham que realizar outros tratamentos/exames/consultas contínuas e periódicas para a sua reabilitação clínica; Fornecer oxigênio líquido (mochila) aos usuários que são crianças utilizam oxigênio por 24 horas e tenham a prescrição clínica e condições físicas para seu uso, garantindo-lhes liberdade/autonomia para seu deslocamento. Além das condições físicas do usuário, a residência deve propiciar condições ambientais condizentes para o armazenamento do tanque de oxigênio líquido; Fornecer CPAP Automático e BIPAP para os usuários que necessitam do equipamento e que possuam doença neurológica associada.

1.4. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA A INDICAÇÃO DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA.

1.4.1. A indicação de oxigenoterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da SaO₂ por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada. É necessária a gasometria arterial (com validade máxima de 1 mês) para documentação precisa do grau de hipoxemia e ela deve ser realizada enquanto a doença está estável, sem o uso de oxigênio e com o usuário em repouso. Os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

- a)** Oxigenoterapia contínua por longo tempo
- b)** Oxigênio durante o exercício
- c)** Oxigenoterapia noturna

1.5. CRITÉRIOS PARA A PRESCRIÇÃO DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

- a)** Ser portador de doença pulmonar e dependente de oxigênio;
- b)** Prescrição clínica que indique o uso da terapia;
- c)** Exame de gasometria arterial (com validade de até 1 mês);
- d)** Fluxo de oxigênio e número de horas por dia a ser usado.

1.6. CRITÉRIOS PARA O FORNECIMENTO DE CPAP

- a)** Indicação médica após realização de polissonografia basal e com titulação;
- b)** Diagnóstico de SAOS Grave (Indice de Apnéia e Hipopnéia > 30/h) realizada por polissonografia de noite inteira ou Split Night independente do grau de sonolência diurna e/ou presença de comorbidades em usuários adultos;
- c)** Titulação da melhor pressão de tratamento por polissonografia de noite inteira ou Split Night.



1.7. CRITÉRIOS PARA O USO DO BIPAP

- a) Sintomas de Hipoventilação Alveolar: fadiga, dispneia, ortopnéia, cefaleia matinal, despertares frequentes, sonolência excessiva diurna, despertar noturno frequente, com dispneia e taquicardia, dificuldade de concentração, ansiedade e/ou depressão;
- b) Gasometria arterial com $p\text{CO}_2 > 45\text{mmHg}$;
- c) $\text{SaO}_2 < 88\%$ por mais de 5 minutos durante o sono;
- d) Espirometria com Capacidade Vital $< 15 \text{ ml/kg}$ ou $< 1 \text{ litro}$ ou $< 50\%$ do valor basal.

1.8. PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR PROLONGADA

- a) Apresentação da documentação por parte do usuário e ou familiar da prescrição clínica da terapia no setor de Serviço Social do Posto de Saúde Central;
- b) Visita domiciliar realizada pelo Serviço Social, para verificação in loco se a moradia é compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção das fontes de oxigênio;
- c) Assinatura do Termo de Compromisso pelo usuário e ou responsável pelo mesmo (familiar/ cuidador);
- d) Preenchimento da Ficha de solicitação médica contendo: Identificação do usuário, especificação do diagnóstico e o Código Internacional de Doenças (CID 10), quantidade a ser utilizada diariamente (“x” litros/minuto e “x” horas/dia), data e identificação do médico/ especialista (carimbo legível com nome, especialidade, CRM e assinatura) – modelo padrão da SES/SC;
- e) Exame de gasometria arterial original coletado do usuário em repouso sem o uso de oxigênio por no mínimo 60(Sessenta) minutos;
- f) Documento de RG, CPF, Cartão Nacional do SUS e Comprovante de Residência (cópias legíveis e sem rasuras)
- g) Polissonografia Basal e com Titulação para os casos de CPAP;
- h) Exames que comprovem as doenças neurológicas para os casos de BIPAP ;
- i) Envio da documentação a Secretaria Estadual de Saúde para repasse do recurso financeiro ao município.

1.9. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA RENOVAÇÃO DO PROCESSO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR PROLONGADA

1.9.1. Anualmente, ou de acordo com a Guia de Autorização da Secretaria Estadual de Saúde, o usuário deverá fazer reavaliação médica para renovação do processo. A reavaliação é imprescindível para que o tratamento seja de acordo com a necessidade do usuário. São necessários



os seguintes documentos: • Exame de gasometria arterial recente, sem o uso de oxigênio de no mínimo 60 minutos; • Ficha de solicitação médica.

1.10. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DO USUÁRIO DO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

1.10.1. Os critérios são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivos para excluir o usuário do serviço:

- a) Condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço, tais como impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação ou falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado;
- b) Usuários que não possuem um responsável (cuidador) para dispensar os cuidados mínimos necessários;
- c) Melhora gasométrica significativa de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
- d) Manutenção do hábito tabágico;
- e) Não-uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;
- f) Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

2.1. A oxigenoterapia domiciliar melhora a qualidade de vida dos usuários e prolonga a vida dos portadores de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) com hipoxemia grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2000). Consiste num tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado. É uma terapia eficaz para os doentes com insuficiência respiratória, seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia grave.

2.2. O município de Balneário Camboriú ao aderir ao Programa Estadual de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar, em cumprimento com a atenção básica, vem adotando como estratégia a implementação de ações direcionadas a promoção, prevenção e recuperação da saúde nos locais de residência do usuário. Sendo assim, justifica-se a continuidade da oferta do serviço de oxigenoterapia e ventilação domiciliar, em parceria com a Atenção Básica, com o objetivo de prestar atendimento no domicílio do usuário portador de doenças pulmonares obstrutivas e



restritivas crônicas, principalmente DPOC, pois é um usuário dependente de oxigenoterapia prolongada. O atendimento domiciliar, possibilita a diminuição do número de internações hospitalares, a melhoria de qualidade de vida do usuário e de seus familiares, além de diminuir os custos da assistência para o SUS.

2.3. Outro fator a ser considerado é o crescente número de pessoas acima de 60 anos que residem no município. Em 2022 o Censo levantou o número de 25.595 habitantes acima dessa faixa etária. É sabido que nessa faixa etária ocorre a maioria das doenças do aparelho respiratório.

2.4. O fornecimento do CPAP, também faz-se necessário, tendo em vista que é o único tratamento de consenso na literatura capaz de prevenir de forma eficaz, as consequências cardiovasculares e cognitivas da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono - Grave (SAOS), que é um transtorno comum que afeta 2 a 4% da população adulta.

2.5. Por fim, o uso do BIPAP garante ao usuário portador de doença neuromusculares o fornecimento de Ventilação Assistida (de acordo com prescrição clínica), propiciando-lhe maior qualidade de vida e evitando internações hospitalares.

2.6. Enfatizamos que no ano de 2025 (Janeiro a Setembro) o Programa atendeu 53 (Cinquenta e Três) usuários de oxigênio domiciliar - 34 (Trinta e Quatro) pela empresa contratada pelo município e 19 (Dezenove) pela empresa contratada pela SES. Atendeu 45 (Quarenta e Cinco) usuários de Ventilação Domiciliar (CPAP, BIPAP, Ventilador Mecânico) – 08 (Oito) pela empresa contratada pelo município e 37 (Trinta e Sete) pela empresa contratada pela SES. Enfatizamos que a dispensação através da SES depende de critérios e de disponibilidade de equipamentos que fogem da nossa gerência, o que justifica a permanência da aquisição para atender a demanda do município com margem superior a que tivemos no referido ano devido ao aumento da população idosa e também de doenças neuromusculares. Outro item a ser mantido é o de concentradores com capacidade maior ao de 51 por minuto e mochila, pois a SES não dispõe desses equipamentos o que justifica a sua inclusão neste Termo.

2.7. População alvo, são os portadores de enfermidades respiratórias que residem no município de Balneário Camboriú e que, mediante avaliação médica, estão indicados para o tratamento de oxigenoterapia no domicílio. É direcionado aos portadores de diversas enfermidades respiratórias, tais como: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC: efisema pulmonar – bronquite crônica), fibrose pulmonar, doenças congênitas que provocam hipoxemia, deformidades torácicas graves, bronquiectasias, fibrose cística, sequelas de tuberculose e doenças de circulação pulmonar. O serviço é oferecido também aos usuários com Síndrome da Apnéia e Hipopnêia Obstrutiva do Sono



(SAOS) Grave e usuários portadores de doenças neuromusculares de acordo com prescrição clínica.

2.8. Resultados esperados, o serviço de oxigenoterapia domiciliar espera: Reduzir o tempo de internação hospitalar dos usuários que fazem uso desse tratamento; Evitar reinternação; Diminuir o risco de infecção hospitalar para estes pacientes; Reduzir o custo de assistência para todo o sistema de saúde; Receber o subsídio do Governo Estadual para o financiamento do respectivo tratamento; Propiciar qualidade de vida aos usuários que fazem uso dessa terapia.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

3.1. Oxigênio medicinal com locação de equipamentos conforme quadro completo de itens, quantidades e especificações técnicas (todos os itens 1 a 9 incluídos integralmente).

3.2. A contratação fundamenta-se na necessidade contínua do serviço para atendimento aos usuários elegíveis, considerando critérios clínicos estabelecidos por diretrizes nacionais e estaduais, além da obrigatoriedade municipal em garantir tratamento contínuo e seguro. A ausência do serviço comprometeria tratamentos essenciais, podendo ocasionar agravamento clínico e internações evitáveis.

3.3. Sem a locação dos aparelhos, os pacientes que necessitam usufruir dessa questão, correm risco de vida. Portanto, é de suma importância sua aquisição.

4. ESPECIFICAÇÕES / QUANTITATIVOS

4.1. Oxigênio medicinal com locação de equipamentos:

ITEM	DESCRITIVO	QUANTIDADE
1	LOCAÇÃO/MENSAL DE APARELHO CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO TRANSPORTÁVEL COM ALIMENTAÇÃO 220 VOLTS, ALARME SONORO E VISUAL, INDICADOR VISUAL DE PUREZA DE OXIGÊNIO, VARIAÇÃO DE FLUXO: VARIÁVEL DE 1 A 5 IPM ATENDIMENTO PACIENTES OXIGENOTERAPIA. INCLUSO CILINDRO DE BACK UP COM CAPACIDADE ENTRE 4 E 6 M ³ , VALVULA REGULADORA DE PRESSÃO COM FLUXOMETRO, CATETER E UMIDIFICADOR.	480 UN
2	LOCAÇÃO/MENSAL DE APARELHO CONCENTRADOR DE	24 UN



	OXIGÊNIO TRANSPORTÁVEL COM ALIMENTAÇÃO:220 VOLTS OU COM TRANSFORMADOR QUE POSSIBILITE A ALTERNÂNCIA DE VOLTAGEM 110V PARA 220V, ALARME SONORO E VISUAL,INDICADOR VISUAL DE PUREZA DE OXIGÊNIO, VARIAÇÃO DE FLUXO; VARIÁVEL ACIMA DE 5IPM ATENDIMENTO PACIENTES OXIGENOTERAPIA INCLUSO CILINDRO DE BACK UP COM CAPACIDADE ENTRE 4 E 6 M ³ , VALVULA REGULADORA DE PRESSÃO COM FLUXOMETRO, CATETER E UMIDIFICADOR.	
3	LOCAÇÃO/MENSAL DE APARELHO CPAP COM PRESSÃO OPERACIONAL ENTRE 4 – 20 CMH2O, TEMPO DE RAMPA: ENTRE 0 A 45 MINUTOS, NÍVEL DE RUÍDO: MENOR QUE 31DB, ALIMENTAÇÃO: 100/220 VOLTS – COM UMIDIFICADOR AQUECIDO ACLOPADO AO EQUIPAMENTO. INCLUSO MÁSCARA E TRAQUEIA.	96 UN
4	LOCAÇÃO DE CILINDROS/MENSAL.	240 UN
5	FORNECIMENTO/MENSAL OXIGENIO MEDICINAL,PUREZA 99,5%, COM CAPACIDADE DE 2M ³ A 10 M ³ ACONDICIONADOS EM CILINDROS.	2.000 M ³
6	FORNECIMENTO/MENSAL OXIGENIO MEDICINAL,PUREZA 99,5%, COM CAPACIDADE DE 1M ³ ACONDICIONADOS EM CILINDROS.	2.000 M ³
7	LOCAÇÃO/MENSAL DE APARELHO BIPAP VENTILATÓRIO EXPONÂNEO, ESPONT./CONTROLADO, CONTROLADO E PC ALIMENTAÇÃO: 100/220 VOLTS AUTOMÁTICO, FAIXA DE PRESSÃO 4 A 30 CMH2O O APARELHO DEVERÁ SER FORNECIDO COM: <ul style="list-style-type: none"> • MÁSCARA NASAL OU FACIAL CONFORTÁVEL COM FIXADOR DE CABEÇA E TROCA SEMESTRAL; 	24 UN



	<ul style="list-style-type: none"> • FILTRO DE POEIRA; • UMIDIFICADOR AQUECIDO INTEGRADO OU ACOPLADO; • BOLSA PARA TRANSPORTE; <p>TEMPO DE RAMPA: 0 A 45 MIN(AJUSTÁVEL EM INCREMENTOS DE 5 MIN); CONTEÚDO: CONFIGURAÇÕES DA PRESSÃO, DATA/HORA DE CADA UTILIZAÇÃO, DURAÇÃO DA PRESSÃO; CAPACIDADE DE ARMAZENAMENTO DE DADOS: TEMPO UTILIZAÇÃO, PRESSÃO; REQUISITOS ELÉTRICOS: 100 – 240 VAC, 12 VDC PARA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS:- ESPAÇO MORTO COM TROCA MENSAL OU SE MOSTRAR SUJIDADE;- VÁLVULA EXALATÓRIA COM TROCA SEMESTRAL;- TRAQUÉIA DE 1,8 A 2 METROS COM TROCA ANUAL;- FILTRO DE POEIRA;- UMIDIFICADOR AQUECIDO INTEGRADO OU ACOPLADO: DEVE SER UMIDIFICADOR DE PASSAGEM, COM NO MÍNIMO 3 NÍVEIS DE UMIDIFICAÇÃO COM TROCA DO COPO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DO FABRICANTE;- NOBREAK BIVOLT COM AUTONOMIA MÍNIMA DE 04 HORAS;- AMBU (PARA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS, COMO MEDIDA DE SEGURANÇA).- PERIODICIDADE DA TROCA DE FILTRO DE PÓLEN: SEGUIR AS RECOMENDAÇÕES DO FABRICANTE;TAMBÉM NA INSTALAÇÃO DEVERÃO SER ENTREGUES 02 UNIDADES DE ESPAÇO MORTO, 02 UNIDADES DE VALVULAS DE EXALAÇÃO DO CIRCUITO POR PARTE DO USUÁRIO.</p>	
8	<p>LOCAÇÃO/MENSAL</p> <p>SISTEMA PORTÁTIL, OXIGÊNIO LÍQUIDO (MOCHILA) DEVERÁ POSSUIR AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS: - PESO MÁXIMO DE 4KG (COM CAPACIDADE PARA 4 M³), COM TODOS OS ACESSÓRIOS INCLUSOS; - PORTABILIDADE AO</p>	12 UN



	EQUIPAMENTO, PERMITINDO TOTAL MOBILIDADE AO PACIENTE, RESPEITANDO A ERGONOMIA E FÁCIL MANUSEIO PELO USUÁRIO; - O TANQUE DE OXIGÊNIO LÍQUIDO DEVE TER CAPACIDADE MÍNIMA DE 35 LITROS, MANTENDO TEMPERATURA ACIMA DE - 297°F; - A BOLSA PORTÁTIL DEVE TER CAPACIDADE MÍNIMA DE 1 LITRO (COM CAPACIDADE DE 1 M ³), PESO MÁXIMO DE 4KG (COM CAPACIDADE PARA 4 M ³) COM FLUXO CONTÍNUO.	
9	LOCAÇÃO/MENSAL LOCAÇÃO DE APARELHO AUTO CPAP; FAIXA DE PRESSÃO OPERACIONAL: 04 A20CM H20; SISTEMA QUE AJUSTE AUTOMATICAMENTE A PRESSÃO DE ACORDO COM O ESTADO DA VIARESPIRATÓRIA DO PACIENTE. VOLTAGEM:110/220V; RAMPA: 05 A 45 MINUTOS. COM CIRCUITO E MÁSCARA NASAL OU ORO NASAL SEGUNDO PRESCRIÇÃO MÉDICA	12 UN

4.2. O objeto foi separado por lotes a fim de melhor claridade processual, sendo disposto em:

- LOTE 1: Itens 1, 2, 3, 4, 7 e 9
- LOTE 2: Itens 5 e 6
- LOTE 3: Item 8

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

5.1 As empresas participantes da licitação deverão apresentar os documentos de habilitação fiscal, social, trabalhista e econômica, sendo: Contrato social consolidado caso não esteja consolidado apresentar contrato social e última alteração arquivado na junta comercial; Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal da sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei; Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei; Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho e Certidão negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de emissão não superior a 90 (noventa) dias, quando não constar expressamente no documento o seu prazo de validade.



6. JUSTIFICATIVA NOS CASOS DE LICITAÇÕES NÃO EXCLUSIVAS

6.1. O presente processo licitatório não será destinado exclusivamente à participação de Microempresas (ME) e Empresas de Pequeno Porte (EPP), pelas razões técnicas e jurídicas a seguir expostas.

6.2. Nos termos do art. 48, inciso I, da Lei Complementar nº 123/2006, o tratamento diferenciado para participação exclusiva aplica-se às contratações cujo valor seja de até R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), salvo justificativa técnica devidamente motivada.

6.3. No caso em análise, os Lotes 1 e 2 possuem valor estimado superior ao limite legal de R\$ 80.000,00, afastando, por si só, a obrigatoriedade de destinação exclusiva às ME e EPP, conforme também disciplinado na regulamentação municipal aplicável.

6.4. Quanto ao Lote 3 (Item 8 – Sistema Portátil de Oxigênio Líquido – Mochila), embora o valor estimado individualmente possa situar-se dentro do limite previsto na LC nº 123/2006, verifica-se a singularidade técnica do objeto, que envolve fornecimento de oxigênio medicinal em estado líquido (criogênico); tecnologia específica de armazenamento e transporte; rigoroso controle sanitário; exigência de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) para gases medicinais; e estrutura operacional especializada para abastecimento domiciliar seguro.

6.5. Trata-se de item que demanda estrutura industrial, logística e sanitária altamente especializada, com mercado restrito a empresas de maior porte e capacidade técnica consolidada, sendo reduzido o número de fornecedores aptos a atender às exigências regulatórias da ANVISA e demais normas sanitárias aplicáveis.

6.6. Ademais, nos termos do art. 49, inciso III, da Lei Complementar nº 123/2006, o tratamento diferenciado poderá ser afastado quando não for vantajoso para a Administração Pública ou representar prejuízo ao conjunto do objeto a ser contratado, hipótese que se verifica no presente caso.

7. JUSTIFICATIVA PARA PERMISSÃO OU VEDAÇÃO DE CONSÓRCIOS

7.1. Por se tratar de aquisição simples, de pequeno vulto e baixa complexidade técnica, não se justifica a formação de consórcios empresariais, conforme Recomendação TCE/SC

8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1. Entregar os materiais, na quantidade, qualidade, local e prazos especificados neste Termo de Referência.

8.2. Entregar o objeto do contrato sem qualquer ônus para o CONTRATANTE, estando incluído no valor do pagamento todas e quaisquer despesas, tais como tributos, frete, seguro e descarregamento



das mercadorias.

- 8.5.** Manter em estoque um mínimo de bens necessários à execução do objeto do contrato.
- 8.6.** Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações.
- 8.7.** Indenizar todo e qualquer dano e prejuízo pessoal ou material que possa advir, direta ou indiretamente, do exercício de suas atividades ou serem causados por seus prepostos à CONTRATANTE ou terceiros;
- 8.8.** Dar ciência imediata e por escrito à CONTRATANTE sobre qualquer anormalidade que possa afetar a execução do contrato;
- 8.9.** Atender prontamente qualquer reclamação, exigência ou observação realizada pela CONTRATANTE;
- 8.10.** Instalar no domicílio do usuário os equipamentos autorizados pelo Serviço Social do Posto de Saúde Central, adotando todas as medidas de segurança pertinentes a cada tipo de fonte de oxigênio e em conformidade com o estabelecido em contrato;
- 8.11.** Instalar os equipamentos de oxigenoterapia, a partir da emissão de Autorização do Serviço Social do Posto de Saúde Central, dentro de até 48 (quarenta e oito) horas, de acordo com o estabelecido em contrato;
- 8.12.** Manter a entrega/manutenção, no domicílio do usuário, da fonte de oxigênio e dos equipamentos necessários à manutenção do serviço com qualidade;
- 8.13.** Dispor de um técnico capacitado para explicar ao usuário/familiar/cuidador, o funcionamento e o uso dos equipamentos e os cuidados/autocuidados do usuário;
- 8.14.** Dispor do serviço de FISIOTERAPIA para o acompanhamento mensal do usuário que não estão tendo boa adesão ao tratamento e trimestral ao usuário que já aderiu integralmente ao tratamento e que já possui habilidade para detectar intercorrências técnicas com o equipamento, tendo habilidade para acionar o técnico responsável pelo serviço;
- 8.15.** Supervisionar e garantir a manutenção dos equipamentos 24 (vinte e quatro) horas/dia;
- 8.16.** Atender ao chamado (intercorrências) do paciente sempre que necessário;
- 8.17.** Disponibilizar uma central de 0800 para chamadas 24 horas 7 dias por semana;
- 8.18.** Trocar mensalmente os cateteres de oxigênio dos usuários;
- 8.19.** Trocar semestralmente a máscara e a traqueia do CPAP e BIPAP dos usuários;
- 8.20.** Realizar a troca do Filtro do CPAP e BIPAP conforme a necessidade do equipamento disponibilizado ao usuário;



- 8.21.** Fornecer o Umidificador Aquecido para o CPAP adequado ao modelo do equipamento que será disponibilizado pela empresa fornecedora ao usuário;
- 8.22.** Ao instalar o BIPAP deverá ser entregue pela empresa 02 unidades de espaço morto, 02 unidades de válvulas de higienização do circuito por parte do usuário;
- 8.23.** A empresa ganhadora do certame terá o prazo de até 02 (dois) dias úteis para instalar os equipamentos na residência dos usuários do Programa;
- 8.24.** A ganhadora do certame será responsável pela recarga do gás aos cilindros instalados no domicílio dos usuários.

9. ENTREGA E CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO

- 9.1.** A entrega deverá ocorrer na residência dos usuários do Programa.
- 9.2.** A empresa deverá entregar os materiais no prazo de 48 (quarenta e oito) horas a partir da autorização emitida pelo Serviço Social do Posto de Saúde Central;
- 9.3.** O pagamento será efetuado em até 07 (sete) dias úteis, após a apresentação de nota fiscal pela CONTRATADA e atesto do Setor competente, e em conformidade com a legislação vigente.
- 9.4.** O CNPJ da documentação fiscal deverá ser o mesmo da proposta de preços apresentada pela CONTRATADA.
- 9.5.** No caso de constatação de erros ou irregularidades na nota, o prazo de pagamento será reiniciado após a apresentação de nova nota fiscal devidamente corrigida.

10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 10.1.** Atender aos critérios técnicos e administrativos constantes nas diretrizes do serviço;
- 10.2.** Responsabilizar-se pelo serviço através de Termo de Compromisso firmado com a Secretaria Estadual de Saúde;
- 10.3.** Acompanhar o tratamento do usuário por meio de visitas domiciliares da equipe da Atenção Básica para emissão de relatórios mensais a Secretaria Estadual de Saúde;
- 10.4.** Serviço Social do Posto de Saúde Central realizará visitas domiciliares para acompanhamento do serviço e também para averiguação se a empresa fornecedora está cumprindo com as condições estabelecidas no contrato de prestação de serviços;
- 10.5.** Compete ao Serviço Social do Posto de Saúde Central comunicar a inclusão e o desligamento do usuário do serviço de oxigenoterapia domiciliar a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a empresa fornecedora do serviço;
- 10.6.** O Serviço Social do Posto de Saúde Central enviará mensalmente a Secretaria Estadual de



Saúde os Relatórios de Visita Domiciliar realizado pela Atenção Básica.

11. DA FISCALIZAÇÃO

11.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste.

11.2. Para o Contrato a ser firmado em decorrência deste certame, fica designado como **FISCAL DO CONTRATO** o servidor abaixo indicado:

11.2.1. Magali Régis Franz – Assistente Social do Posto de Saúde Central, matrícula 10981, Telefone de Contato (47) 3261-6200.

11.3. A gestão do contrato será exercida pela Aline Leal – Enfermeira – Secretaria de Saúde – Matrícula: 56252, que acompanhará o cumprimento das obrigações.

11.4. A fiscalização será executada por servidor designado, responsável pelo monitoramento contínuo, registros de ocorrências e encaminhamento de irregularidades. O fiscal verificará mensalmente a conformidade das entregas, atendimentos, visitas técnicas, substituições e relatórios.

12. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1. As despesas para atender a esta contratação correrão por conta das dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú, sendo usada as despesas 540 e 563.

13. FORMA E CRITÉRIO DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

13.1. A modalidade utilizada será a de pregão, com abertura de registro de preço, com os critérios estipulados em lei.

13.2. A pesquisa foi baseada em atas, banco de preços, e orçamentos para ser construída a tabela de valores, e após, os itens foram dispostos em 3 lotes com valores acima de R\$ 80.000,00.

Aline Leal

Enfermeira

Secretaria de Saúde

Portaria 32.153/2025