**EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO Nº** 161/2023

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº** 9988/2023

**MODALIDADE:** PREGÃO ELETRÔNICO

**TIPO:** MENOR PREÇO GLOBAL

**OBJETO: REGISTRO DE PREÇO** para futura e eventual **Contratação de empresa especializada no fornecimento continuado de OXIGÊNIO MEDICINAL DOMICILIAR, equipamentos e acessórios domiciliares, a fim de atender a demanda da Subsecretaria da Atenção Básica**, conforme condições, especificações, quantidades e estimativas estabelecidas nos autos.

**ANEXO – III**

**Modelo de proposta DE PREÇO**

**(uso obrigatório por todas as licitantes)**

**(papel timbrado da licitante)**

A empresa ..............................., estabelecida na (endereço completo, telefone, fax e endereço eletrônico, se houver), inscrita no CNPJ sob nº ......................., neste ato representada por ............................., cargo, RG.................., CPF.................., (endereço), vem por meio desta, apresentar Proposta de Preços ao Edital de Pregão Eletrônico nº 161/2023em epígrafe, que tem por objeto o REGISTRO DE PREÇOpara futura e eventual **Contratação de empresa especializada no fornecimento continuado de OXIGÊNIO MEDICINAL DOMICILIAR, equipamentos e acessórios domiciliares, a fim de atender a demanda da Subsecretaria da Atenção Básica**, conforme segue:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO DO SERVIÇO** | **MARCA** | | **U/C** | | **QUANT.** | | **UNITÁRIO** | **TOTAL** |
|  | **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NO FORNECIMENTO CONTINUADO DE OXIGÊNIO MEDICINAL ENVASADO EM CILINDRO/ EQUIPAMENTOS E DEMAIS ACESSÓRIOS, PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.** |  | | MÊS | | 12 | |  |  |
| **1** | GÁS COMPRIMIDO, NOME: OXIGÊNIO, ASPECTO FÍSICO: GASOSO, FÓRMULA QUÍMICA: O2, MASSA MOLECULAR: 31,99 G,MOL, GRAU DE PUREZA: PUREZA MÍNIMA DE 99,5%, CARACTERÍSTICA ADICIONAL: MEDICINAL, NÚMERO DE REFERÊNCIA QUÍMICA: CAS 10024-97-2 ENVASADO EM COD 376959 CILINDRO GÁS, MATERIAL: AÇO CARBONO SEM COSTURA, TIPO GÁS: OXIGÊNIO, VOLUME: 8 M3 À 10 M3 ENVASADO, EQUIPAMENTO: MANÔMETRO, PRESSÃO MÁXIMA SAÍDA: 3,5 KGF,CM2 FIXA, PRESSÃO MÁXIMA ENTRADA: 0 A 300 KGF,CM2, MATERIAL CORPO: LATÃO CROMADO, APLICAÇÃO: CILINDRO DE OXIGÊNIO MEDICINAL, VAZÃO: 60 L,MIN |  | | M³/ANO | | 110.000 | |  |  |
| **2** | GÁS COMPRIMIDO, NOME: OXIGÊNIO, ASPECTO FÍSICO: GASOSO, FÓRMULA QUÍMICA: O2, MASSA MOLECULAR: 31,99 G,MOL, GRAU DE PUREZA: PUREZA MÍNIMA DE 99,5%, CARACTERÍSTICA ADICIONAL: MEDICINAL, NÚMERO DE REFERÊNCIA QUÍMICA: CAS 10024-97-2 ENVASADO 900ML À 1M3.COM MOCHILA OU CARRINHO TRANSPORTE | |  | | M³/ANO | | 6.000 |  |  |
| **3** | GÁS COMPRIMIDO, NOME: OXIGÊNIO, ASPECTO FÍSICO: GASOSO, FÓRMULA QUÍMICA: O2, MASSA MOLECULAR: 31,99 G,MOL, GRAU DE PUREZA: PUREZA MÍNIMA DE 99,5%, ENVASADO 3,5 M3 À 4M3 COM CARRINHO DE TRANSPORTE | |  | | M³/ANO | | 6.000 |  |  |
| **4** | LOCAÇÃO CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO PORTÁTIL, TIPO:  ELÉTRICO, TIPO GABINETE: GABINETE PLÁSTICO RESISTENTE,  CONCENTRAÇÃO: CONCENTRAÇÃO MÍNIMA 93%,  COMPONENTES: ALARME SONORO, SISTEMA DE SEGURANÇA, ACESSÓRIOS: UMIDIFICADOR, FILTROS, CÂNULA OU MÁSCARA, FREQUÊNCIA: 60 HZ, ALIMENTAÇÃO: 220 V OU BIVOLT, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: SILENCIOSO, USO DOMÉSTICO, CAPACIDADE: 0,5 A 5 L, MIN PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DEOXIGENIOTERAPIA MEDICINAL | |  | | UNIDADE/  ANO | | 360 |  |  |
| **5** | LOCAÇÃO -DESCRIÇÃO: CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO, TIPO:  ELÉTRICO, TIPO GABINETE: GABINETE PLÁSTICO RESISTENTE,  CONCENTRAÇÃO: CONCENTRAÇÃO MÍNIMA 90%,  COMPONENTES: ALARME SONORO, SISTEMA DE SEGURANÇA, ACESSÓRIOS: UMIDIFICADOR, FILTROS, CÂNULA OU MÁSCARA, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: SILENCIOSO, USO DOMÉSTICO, CAPACIDADE: ATÉ 10 L, MIN | |  | | UNIDADE/  ANO | | 300 |  |  |
| **6** | LOCAÇÃO - DESCRIÇÃO: MATERIAL GASOTERAPIA, MODELO:  UMIDIFICADOR, SAÍDA: P, OXIGÊNIO, TIPO FRASCO: FRASCO  PLÁSTICO GRADUADO, C, TAMPA, VOLUME: CERCA DE 250 ML, CARACTERÍSTICA ADICIONAL: CONECTOR METAL C, ROSCA, ESTERILIDADE: ESTERILIZÁVEL | |  | | UNIDADE/  ANO | | 4200 |  |  |
| **7** | LOCAÇÃO- DESCRIÇÃO: VENTILADOR ARTIFICIAL ELETRÔNICO,  MODELO: PEDIÁTRICO, ADULTO, MODOS VENTILAÇÃO: VCV,  SIMV, CPAP, A,C, VNI, MODOS VENTILAÇÃO 01: MISTURADOR DE GASES, PARÂMETROS VENTILATÓRIOS: PARÂMETROS VC, FR, FIO2, PEEP, PARÂMETROS VENTILATÓRIOS 02: RELAÇÃO I:E,  COMPONENTES: VÁLVULAS REGULADORAS DE PRESSÃO,  CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS 01: BATERIA INTERNA, ALARMES:  ALARMES AUDIOVISUAIS, CIRCUITOS: CIRCUITOS COMPLETOS  SIMILAR AO MODELO: VENTILADOR MECÂNICO 110/220V  (BIVOLT) MODOS: CPAP FIXO, BIPAP ESPONTÊNEO, ESPONTÂNEO COM TEMPO MARCADO, PRESSÃO CONTROLADA, COM INTERVALO DE PRESSÃO : IPAP DE 4 A 30 CM H2O EPAP DE 4 A 25 CM H2O CPAP DE 4 A 20 CM H2O.COM VENTILAÇÃO HÍBRIDA- AVAPS, VOLUME CORRENTE ALVO: 200 A 1500 ML. AJUSTE DE FR: 0 A 30 RPM AJUSTE DE TEMPO INSPIRATÓRIO: 0,5 A 3 SEGUNDOS  TEMP0 DE ELEVAÇÃO: 1 (100 MS) A 3 (300 MS) AJUSTE DE  SENSIBILIDADE COM ALÍVIO DE PRESSÃO, BI-FLEX, COM NÍVEIS DE COMFORTO: 1 LEVE A ALTO, AJUSTE DE ALARME DE DESCONEXÃO APNEIA, BAIXO VOLUME MINUTO, BAIXO VOLUME CORRENTE, MONITORIZAÇÃO: PRESSÃO, VOLUME CORRENTE, VOLUME MINUTO, VAZAMENTO, FR, RAMPA COM TEMPO DE 0 A 45 MIN (INCREMENTOS DE 5 MIN) PRESSÃO DE INÍCIO DE RAMPA: 4 OU AJUSTÁVEL AO PACIENTE. DETECÇÃO DE CICLOS RESPIRATÓRIOS, DETECÇÃO AVANÇADA DE EVENTOS: VOLTAGEM 100 - 240 VCA, 50 /60 HZ + KIT MÁSCARA (NASAL, OROFACIAL, FACIAL TOTAL) E CIRCUITO COMPATÍVEL ADULTO E INFANTIL OU SIMILAR, COM FILTROS. | |  | | UNIDADE/  ANO | | 24 |  |  |
| **8** | LOCAÇÃO - DESCRIÇÃO: VENTILADOR NÃO INVASIVO, TIPO : CPAP, COM UMIDIFICADOR, APLICAÇÃO: ADULTO E PEDIÁTRICO, MODOS VENTILAÇÃO: AUTO CPAP, FAIXA DE PRESSÃO: CERCA DE 0 A 20 CM H20, DADOS PROCESSADOS: CARTÃO DADOS, ADICIONAL: FILTROS, ADICIONAL 1: TRAQUEIA REQUISITOS ELÉTRICOS: 100-240VAC, 50/60HZ, 2.0- 1.0A COM COD: 454275 DESCRIÇÃO: MATERIAL P, VNI - CPAP , BIPAP, TIPO 1: MÁSCARA FACIAL, TIPO BORDA: COXIM SILICONE INFLÁVEL, TAMANHO : ADULTO M, VÁLVULA: C, VÁLVULA PEEP, TIPO FIXAÇÃO: FIXADOR AJUSTÁVEL C, APOIO FACIAL, CIRCUITO COMPATÍVEL ADULTO E INFANTIL, COM FILTROS | |  | | UNIDADE/  ANO | | 720 |  |  |
| **9** | LOCAÇÃO - VENTILADOR NÃO INVASIVO, TIPO: BIPAP COM  UMIDIFICADOR APLICAÇÃO: ADULTO E PEDIÁTRICO, MODOS  VENTILAÇÃO: SENSÍVEL A PRESSÃO, FLUXO C, VOLUME  ASSEGURADO, FAIXA DE PRESSÃO: CERCA DE 4 A 30 CM H20,  COMPONENTE 1: RAMPA, COMPONENTE 2:COMPENSAÇÃO DEVAZAMENTO, COMPONENTE 4: ALARME, DADOS PROCESSADOS: CARTÃO DADOS E LEITOR, ADICIONAL: MÁSCARA FACIAL, TIPO BORDA: COXIM SILICONE INFLÁVEL, TAMANHO : ADULTO M, VÁLVULA: C, VÁLVULA PEEP, TIPO FIXAÇÃO: FIXADOR AJUSTÁVEL C, APOIO FACIAL, APRESENTAÇÃO: CONJUNTO COMPLETO. | |  | | UNIDADE/  ANO | | 360 |  |  |
| **10** | CATETER OXIGENOTERAPIA, MATERIAL TUBO: PLÁSTICO  ATÓXICO, TIPO: SILICONIZADO, TIPO USO: DESCARTÁVEL,  ESTERILIDADE: ESTÉRIL, TAMANHO: No 14, CARACTERÍSTICAS  ADICIONAIS: EMBALAGEM INDIVIDUAL | |  | | UNIDADE/  ANO | | 4200 |  |  |
| **11** | CATETER OXIGENOTERAPIA, MATERIAL TUBO: PLÁSTICO  ATÓXICO, TIPO: SILICONIZADO, TIPO USO: DESCARTÁVEL,  ESTERILIDADE: ESTÉRIL, TAMANHO: No 10, CARACTERÍSTICAS  ADICIONAIS: EMBALAGEM INDIVIDUAL | |  | | UNIDADE/  ANO | | 360 |  |  |
| **12** | EXTENSOR EM SILICONE 7 MTS, PARA CATETER DE OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS | |  | | UNIDADE/  ANO | | 4200 |  |  |
| **13** | DESCRIÇÃO: MATERIAL GASOTERAPIA, MODELO:  MACRONEBULIZADOR, SAÍDA: P, OXIGÊNIO,COM MÁSCARA:  MÁSCARA EM SILICONE, C, AJUSTE, TAMANHO: ADULTO, TIPO FRASCO: FRASCO ACRÍLICO GRADUADO, C, TAMPA, VOLUME: CERCA DE 500 ML, TIPO EXTENSÃO: TRAQUEIA CORRUGADA EM PVC C, CONECTORES, COMPRIMENTO EXTENSÃO: CERCA DE 2,0 M, CARACTERÍSTICA ADICIONAL: CONECTOR METAL C, ROSCA, ESTERILIDADE: ESTERILIZÁVEL | |  | | UNIDADE/  ANO | | 120 |  |  |

**Informar Valor total R$...**

**Dados bancários:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |

A validade desta proposta é de **90 (noventa) dias corridos**, contados da data da abertura da sessão pública de **PREGÃO ELETRÔNICO.**

**A apresentação da proposta implicará na plena aceitação das condições estabelecidas neste edital e seus anexos.**

.............................................................................., ........, ................................... de 2023.

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Empresa

(Nome Legível/Cargo)