



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

Contratação Empresa para LOCAÇÃO DE CONCENTRADORES DE OXIGÊNIO PORTÁTEIS para atendimento de 35 (trinta e cinco) pacientes, onde se encontrar o paciente no território do Estado do Rio Grande do Sul, com entrega, instalação e recolhimento, visitas, com manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo reposição de peças, acessórios e descartáveis, podendo ser acrescidos ou diminuídos nos limites determinados pela Lei Federal 14.133/21, conforme previsto neste descritivo.

2. JUSTIFICATIVA:

A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas patologias respiratórias. Os pacientes que vivem com hipoxemia apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com significativa deterioração da qualidade de vida. Além disso, apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares e consequente aumento do risco de infecções e aumento do custo econômico para o sistema de saúde. A administração de oxigênio domiciliar comprovadamente melhora a qualidade e prolonga a expectativa de vida dos pacientes portadores de hipoxemia crônica. O uso domiciliar de equipamentos de suporte ventilatório através, quando indicado, prolonga a vida e melhora a qualidade de vida destes pacientes. Em atendimento as demandas judiciais.

Pelo princípio da economicidade com a contratação deste quantitativo o valor dos serviços serão reduzidos, e evitam-se os custos com abertura de pregões eletrônicos emergenciais e anuais para cada demanda judicial.

A presente contratação tem por finalidade substituir o Contrato 043/2019, atualmente vigente, que terá seu encerramento em 22/03/2024, não mais sendo possível a sua renovação por Termo Aditivo de Prazo.

Somente o custo para aquisição dos equipamentos sem as manutenções preventivas e corretivas, bem como sem logística de distribuição, recolhidas, armazenamento, higienização e assistência técnica, visitas aos pacientes trimestralmente para cada equipamento monta em média R\$ 21.000,00. A locação anual, com atendimento de todas exigências elencadas, tem um custo anual em torno de R\$ 16.810,00 com todas as exigências inclusas do edital, conforme contrato vigente atualmente, sendo que a estimativa para o presente pleito pode ser um valor abaixo do atual, conforme ocorreu com os novos pregões para atendimento à Pacientes da Oxigenoterapia em tratamento com outros equipamentos.

3. LOCAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Entrega, instalação, recolha do equipamento e visitas, bem como as prestações de serviços de manutenção corretiva e preventiva serão efetuadas nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul em que se encontrar o domicílio do paciente, conforme requisitado e definido pelo Programa de Oxigenoterapia.

4. HORÁRIOS DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço prestado em dias corridos, 24 horas por dia na residência dos pacientes.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:

5.1 CONCENTRADOR PORTÁTIL

Locação de Kits para atendimento de até 35 (trinta e cinco) pacientes, de aparelho Concentrador de Oxigênio Portátil, com manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo reposição de peças, acessórios e descartáveis, podendo ser acrescida ou diminuída nos limites determinados pela Lei Federal nº 14.133/21.

5.2 - ESPECIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO

- Modo de ventilação – O concentrador separa o oxigênio do ar ambiente e o fornece por meio de uma única cânula nasal;
- Modo de Pulso: Detecta cada inspiração e fornece o volume necessário de oxigênio;
- Modo de Sono: Modo de pulso com uma sensibilidade do acionador otimizada para a utilização durante o sono (caso atenda fluxo contínuo e pulso);
- Fluxo Contínuo (Fornecimento contínuo de oxigênio de 0,5 a 2 L p/min) ou Pulsado (de 01 até 1.000 ml/min);

O equipamento deverá vir acompanhado dos seguintes acessórios e descartáveis, dentre outros que se fizerem necessários:

- 01 Concentrador de Oxigênio Portátil ;
- 01 Bolsa transporte e/ou 01 Carrinho móvel para transporte;
- 01 Bateria Recarregável íons de lítio ;
- 01 Fonte de Alimentação para CC;
- 01 Fonte de alimentação para CA;
- 01 Bolsa de acessórios;
- 01 Manual do usuário;
- Devem ser disponibilizadas unidades para rede 110v/127v e 60HZ ou 220v/240v e 60HZ

6. DA MANUTENÇÃO

a - A empresa ficará responsável pela manutenção preventiva dos equipamentos locados, de acordo com as recomendações de seus fabricantes, sendo que a manutenção corretiva dar-se-á sempre que necessária, incluindo peças e mão de obra, e em tempo hábil, de forma a não trazer nenhum prejuízo à saúde do paciente, no prazo máximo de 24 horas.

b - Os equipamentos que apresentarem defeito ou se mostrarem em estado irregular



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

Divisão de Unidades Próprias

de conservação deverão ser substituídos imediatamente pela contratada, a seu exclusivo encargo, sob pena de multa contratual e sem ônus para o Estado;

c - A visita periódica para manutenção preventiva deverá ser realizada trimestralmente por profissionais capacitados, com a finalidade de verificar os equipamentos e realizar os consertos e substituições necessárias. Os dados serão anotados em Relatórios de Visita (Anexo C ou similar), que devem conter a data de cada visita, bem como a assinatura do paciente / responsável legal e do técnico da empresa. Estes relatórios deverão, obrigatoriamente, acompanhar a solicitação de pagamento no terceiro mês relativo aos três meses correspondentes ao trimestre;

d - A empresa ficará encarregada da substituição dos materiais descartáveis: extensor, pelo menos a cada semestre ou a qualquer tempo se solicitado pelo paciente em caso de necessidade para o bom funcionamento do aparelho.

e - Atender em, no máximo, 24h (vinte e quatro) os chamados técnicos efetuados pela contratante e/ou familiares dos pacientes, sem limitar número de visitas por mês em qualquer município do Estado;

f - A empresa deverá manter plantão 24 horas/dia, sete dias por semana, através de um telefone 0800, para atendimento das dúvidas ou necessidades dos pacientes em uso de seus equipamentos

7 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1 - - A contratada ficará responsável pela avaliação das condições técnicas para a instalação do equipamento para apoio de tosse mecânica assistida na residência do paciente, no momento da solicitação;

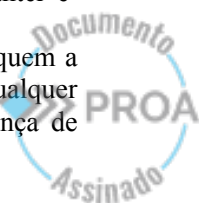
7.2 A instalação do equipamento deve, obrigatoriamente, ser realizada por profissional fisioterapeuta devidamente registrado no respectivo Conselho de Classe (CREFITO), habilitado a fazer uma avaliação clínica sumária, além de avaliar as condições de adaptação e o correto funcionamento do equipamento.

7.3 - A contratada deverá, no momento da instalação, instruir o paciente e/ou responsável para utilização adequada dos equipamentos e seus acessórios, fornecer material instrucional impresso, bem como coletar a assinatura do paciente / responsável no termo de compromisso / cessão do equipamento (Anexo A). Após concretizada a instalação do equipamento, a empresa fica responsável pelo envio da primeira via do Relatório de Instalação (Anexo B) para a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar;

7.4 - A Empresa deverá efetuar, no decorrer do primeiro mês de instalação do equipamento, no mínimo mais uma visita domiciliar a fim de sanar possíveis dúvidas do paciente/responsável quanto à utilização do equipamento e seus acessórios;

7.5 - Os contatos entre a empresa contratada e a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar serão realizados por e-mail, ficando registradas todas as transações referentes ao fornecimento dos equipamentos. Casos eventuais, em que a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar ou a contratada fiquem sem contato por e-mail, poderão ser resolvidos via telefone. Fica a empresa contratada responsável por manter e-mail e telefone disponíveis 24h/dia, 07 (sete) dias por semana;

7.6 -Dar ciência à Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar ou a quem a Secretaria Estadual de Saúde designar, imediatamente e por escrito, qualquer anormalidade que se verificar na execução dos serviços, bem como mudança de endereço/telefone do paciente e óbitos verificados;





23200001274412



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

Divisão de Unidades Próprias

7.7 - Submeter-se à fiscalização da Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria Estadual de Saúde ou a quem esta determinar. A Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar ou da Coordenadoria de Saúde realizará visitas periódicas aos pacientes, sem prévio aviso, no intuito de verificar a correta e efetiva utilização dos aparelhos por parte dos pacientes;

7.8 - Os equipamentos locados deverão ser retirados no domicílio dos pacientes ou em local determinado pela Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

8. PRAZO DE LOCAÇÃO DO EQUIPAMENTO, POR PACIENTE

O período de locação do equipamento por paciente fica compreendido entre o dia da instalação e o dia do recolhimento do equipamento;

9. CENTRO DE CUSTO: 90644 - Oxigenoterapia

ANEXO A

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO DE EQUIPAMENTOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR OU SUPORTE VENTILATÓRIO / ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

1. Eu, _____





23200001274412



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

, nacionalidade (a), _____ CPF _____, (estado civil) _____,
residente e domiciliado na _____ n./complemento _____, cidade de _____
_____ FONE _____

DECLARO, neste ato, que recebi o equipamento _____, para uso pessoal, intransferível e prolongado de
Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

1.1- DECLARO, estar ciente de que para receber e permanecer com o equipamento não poderei fazer uso de CIGARROS OU ASSEMBLADOS.

1.2 - DECLARO, ainda, estar ciente de que a cedência dos (s) equipamento (s) perdurará (ão) enquanto durar (em) as condições da doença, sendo que, havendo melhora clínica, mediante avaliação técnica da equipe de oxigenoterapia da SES/RS ou óbito do paciente, o aparelho deverá ser devolvido.

1.3- No caso de óbito, o familiar ficará responsável por comunicar à Secretaria Municipal de Saúde/ SMS e a empresa contratada. Estas comunicarão a Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS. A empresa terá o prazo máximo de 72h (setenta e duas) para o recolhimento dos equipamentos.

1.4 Qualquer alteração de endereço, deverá ser informado à SMS e à empresa. No caso de mudança de domicílio para fora do Estado do RS, o equipamento deverá ser devolvido à empresa contratada e comunicado a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS.

1.5 - Durante o uso do equipamento, o usuário/responsável, deve se responsabilizar por manter o equipamento devidamente higienizado e conservado.

1.6. O paciente / responsável, poderá responder civilmente por danos e/ou prejuízos (furto, desaparecimento ou destruição) causados ao equipamento sob sua responsabilidade;

2. Durante o uso do equipamento acima descrito, receberei em minha residência uma vez a cada 30 (trinta) dias, a visita de um representante da empresa, devidamente identificado, ou de um dos servidores da CRS (Coordenadoria Regional de Saúde) local, para fins de verificação acerca do uso efetivo do aparelho, bem como também das condições em que se encontra.

No caso de cancelamento da visita pelo paciente, sem justificativa formal, ou mesmo na negativa de receber os profissionais da empresa, o aparelho poderá ser recolhido pela Secretaria de Estado da Saúde/SES.

3. DECLARO estar ciente que familiares não podem fumar ou acender fogo dentro de casa. A única exceção possível é o cozimento dos alimentos em lugar adequado (fogão). Com qualquer tipo de aparelho fornecedor de oxigênio, tanto concentrador quanto Cilindro de Oxigênio, existe risco de incêndio e explosão.

4. DECLARO estar ciente que, em hipótese alguma, a equipe de Oxigenoterapia Domiciliar enviará médicos à casa do paciente para avaliação ou atendimento.

5. DECLARO, por fim, que as informações por mim prestadas através do presente TERMO DE RESPONSABILIDADE são verdadeiras e que me responsabilizo por todas aquelas aqui afirmadas.

_____, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Responsável Técnico da Empresa

Assinatura do Usuário ou seu Representante Legal

Nome: _____

CPF _____

Telefone _____

ANEXO B

RELATÓRIO DE ENTREGA E RECIBO DE INSTALAÇÃO DOS
EQUIPAMENTOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR





23200001274412



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

Divisão de Unidades Próprias

Declaro que os equipamentos foram regularmente entregues na Rua
N.º _____
Complemento _____, na cidade _____ de
CEP _____
_____, e instalados em conformidade com a orientação constante
na Autorização de Instalação emitida pela SES destinado (à)
Sr(a) _____
—.

É necessário:

- Foi entregue o material instrucional ao paciente (ou responsável): ☐ Sim ☐ Não
- Especificar as condições de rede elétrica da residência de forma a garantir a qualidade do serviço prestado:
☐ adequada ☐ inadequada ☐ não se aplica

- Especificar os equipamentos e quantidades entregues ao paciente:

_____ Cânula Nasal _____ Umidificador _____ Extensão _____ Regulador de cilindro
_____ Cilindros _____ Base de apoio _____ Concentrador de oxigênio _____ Manual de Uso
e manuseio _____ Treinamento e uso _____ Termo de Responsabilidade.

- Informar ao paciente número de telefone para contato com a empresa, visando esclarecer dúvidas.

De acordo:

Assinatura do paciente / responsável

Nome: _____

C.P.F.: _____

Assinatura e carimbo do técnico da empresa

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO C

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL PARA MANUTENÇÃO PREVENTIVA /CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

DATA DA VISITA ____ / ____ / ____

FONE





23200001274412



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

(XX) _____

1. DADOS DO USUÁRIO:

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

_____ Grau de
parentesco: _____

Endereço: _____

_____ Bairro: _____

Cidade: _____

CEP: _____

2. CONDIÇÕES DE REDE ELÉTRICA DA RESIDÊNCIA

() adequada () inadequada () não se aplica

3. CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO (cuidados de uso):

() bom () ruim () não se aplica

4. REGISTRO DO HORÍMETRO _____

5. FUNCIONAMENTO DOS ALARMES:

() sim () não () não se aplica

6. RELACIONAR MATERIAIS SUBSTITUÍDOS: (acessórios e descartáveis, tais como filtros internos e externos, cateteres nasais, óculos nasais e/ou cateter transtraqueal, mangueiras, umidificador, máscara, cabos, etc.)

() ÓCULOS NASAL () UMIDIFICADOR () TUBING () ADAPTADOR DE TRÁQUEO

Lote: _____ Lote _____ Lote _____ Lote _____

7. Nível de oxigênio do cilindro, estado da válvula reguladora e do manômetro, bem como reposição do gás:

() bom () ruim () não se aplica

PACIENTE / RESPONSÁVEL:

Nome: _____ CPF.: _____

Assinatura: _____

Assinatura e carimbo do técnico da empresa : _____ Data ____/____/____





23200001274412

Nome do documento: Termo de Referencia anexo I alterado 22 11 2023.docx

Documento assinado por	Órgão/Grupo/Matrícula	Data
Adalberto Antônio Pernambuco Nogueira Jr	SES / DUP-OXI / 14284782	23/11/2023 18:07:12

