



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

TERMO DE REFERÊNCIA

Contratação de Empresa para atender 2.600 pacientes com locação de Concentradores de Oxigênio Domiciliares até 05 l/min; 130 Pacientes Concentradores de Oxigênio Domiciliar até 10 l/min; Cilindros de O₂ com capacidade de 3,5m³ a 10 m³ (50 Pacientes até 10.000m³ mensais) e Cilindros de O₂ para transporte com capacidade de até 02m³ (50 Pacientes até 270m³ mensais), incluindo manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de acordo com as recomendações do fabricante, incluindo reposição de peças, acessórios e descartáveis, visitas trimestrais efetuadas por fisioterapeutas nos diversos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

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.

Pelo princípio da economicidade com a contratação destes quantitativos o valor dos serviços será reduzido, e evita-se o custo com abertura de pregões eletrônicos emergenciais e anuais para cada demanda.

A presente contratação tem por finalidade substituir os Contratos 2019/021106, não mais sendo possível a sua renovação por Termo Aditivo de Prazo e 2020/020742 sendo possível a prorrogação legal por mais 12 meses, ambos atualmente estão vigentes e terão seus encerramentos em 01/10/2024 e 17/07/2024 respectivamente,

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 para Concentradores de até 5 l/min e até 10 l/min unitários R\$ 5.180,00, já a locação anual, com atendimento de todas as exigências elencadas, tem um custo anual em torno de R\$ 2.444,16. Em referência aos Cilindros de O₂ de 3,5 a 10m³ estes sem os periféricos (máscara, cânulas, válvulas, etc.) e sem carga monta R\$1.763,00 e os Cilindros de até 02m³, também sem os periféricos monta R\$746,10, estes cilindros não tem custos no caso de locação, pois são fornecidos em comodato sendo devido somente as recargas futuras, que atualmente tem um custo de R\$ 32,94 por m³. A locação anual, com atendimento de todas as exigências elencadas, sendo 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, recolhimento dos equipamentos 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 ou local em que o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar requerer.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

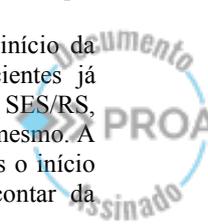
5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:

Locação de Kits locação de Concentradores de Oxigênio Domiciliares 2.600 unidades até 05 l/min; Concentradores de Oxigênio Domiciliar 130 unidades até 10 l/min; Cilindros de O2 com capacidade de 3,5m³ a 10 m³ (50 Pacientes até 10.000m³ mensais) e Cilindros de O2 para transporte com capacidade de até 02m³ (50 Pacientes até 270m³), incluindo manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de acordo com as recomendações dos fabricantes, com visitas trimestrais efetuadas por fisioterapeutas incluindo reposição de peças, acessórios e descartáveis, nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

EQUIPAMENTO	QUANTITATIVO
Concentradores de Oxigênio até 05 l/min	2.600 unidades
Concentradores de Oxigênio até 10 l/min	130 unidades
Cilindros de 3,5 a 10m ³ Oxigênio Gasoso Medicinal	50 Pacientes até 10.000 m ³ mensal
Cilindros de até 02m ³ Oxigênio Gasoso Medicinal	50 Pacientes até 270 m ³ mensal

5.1 – 2.600 unidades de Concentradores de Oxigênio Até 05 l/min

- 1)** Fluxo: 0,5 à 05 litros por minuto
- 2)** Concentração mínima de oxigênio à máxima vazão: 87%;
- 3)** Móvel montado sobre rodízios;
- 4)** Dispositivo para controle de fluxo em incrementos iguais ou menores que 0,5 litros por minuto;
- 5)** Nível máximo de ruído produzido pelo compressor de 55 decibéis;
- 6)** Filtros para remoção de poeiras, bactérias e outras partículas;
- 7)** Sistema de adaptação para umidificador;
- 8)** Sistema de alarmes visual e sonoro, para indicação de defeitos e intercorrências, como: queda, falha elétrica e concentração de O² fora dos parâmetros;
- 9)** Alimentação elétrica: devem ser disponibilizadas unidades para rede de 110/127 volts/60Hz ou 220-230 volts/60Hz conforme a necessidade de cada caso a ser atendido;
- 10)** Consumo mensal de energia máximo de 400 Watts;
- 11)** Tubo de conexão umidificador/concentrador;
- 12)** Manual de instrução em português;
- 13)** Incluir cilindros auxiliares (backup) de reserva de oxigênio gasoso medicinal, com capacidade individual entre 3,5m³ e 10m³, em regime de comodato, para serem mantidos como reserva de segurança junto a cada concentrador;
- 14)** Válvulas reguladoras de pressão com manômetro, fluxômetro, copo umidificador, cateter nasal ou óculos nasal ou cateter transtraqueal e mangueiras, dotados de adaptador de saída;
- 15)** Por ocasião do fornecimento do concentrador, o cilindro reserva, com capacidade individual de 3,5m³ até 10 m³, deverá estar abastecido e poderá ser reabastecido até o limite de 10m³ ao mês, sem necessidade de autorização prévia. A reposição acima deste volume deverá ser autorizada pela Equipe de Oxigenoterapia domiciliar – SES/RS.
- 16)** A empresa terá prazo de até 300 (trezentos dias) dias, a contar do início da vigência do contrato, para instalação de todos os equipamentos aos pacientes já cadastrados e em atendimento pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS, mediante cronograma a ser estabelecido em conjunto com a coordenação do mesmo. A instalação de equipamentos para pacientes novos incluídos no Programa, após o início da vigência do contrato, deverá ser efetuado em até 05 (cinco) dias a contar da





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

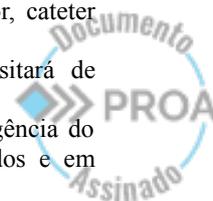
autorização de instalação individual, a ser encaminhada pela equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar- SES/RS;

5.2 – 130 unidades de Concentradores de oxigênio: Até 10 l/min:

- 01) Fluxo: 01 á 10 litros por minuto;
- 02) Concentração mínima de oxigênio à máxima vazão: 87%;
- 03) Móvel montado sobre rodízios;
- 04) Dispositivo para controle de fluxo em incrementos iguais ou menores que 0,5 litros por minuto;
- 05) Nível máximo de ruído produzido pelo compressor de 55 decibéis;
- 06) Filtros para remoção de poeiras, bactérias e outras partículas;
- 07) Sistema de adaptação para umidificador;
- 08) Sistema de alarmes visual e sonoro, para indicação de defeitos e intercorrências, como: queda, falha elétrica e concentração de O² fora dos parâmetros;
- 09) Alimentação elétrica: devem ser disponibilizadas unidades para rede de 110/127volts/60Hz, com fornecimento de transformador para utilização do equipamento nas residências que apresentarem voltagem 220volts/60Hz ou 220-230volts/60Hz conforme a necessidade de cada caso a ser atendido.
- 10) Consumo mensal de energia máximo de 600 Watts;
- 11) Tubo de conexão umidificador/concentrador;
- 12) Manual de instrução em português;
- 13) Incluir cilindros auxiliares (backup) de reserva de oxigênio gasoso medicinal, com capacidade individual entre 3,5m³ e 10m³, em regime de comodato, para serem mantidos como reserva de segurança junto a cada concentrador;
- 14) Válvulas reguladoras de pressão com manômetro, fluxômetro, copo umidificador, cateter nasal ou óculos nasal ou cateter transtraqueal e manguueiras, dotados de adaptador de saída;
- 15) Por ocasião do fornecimento do concentrador, o cilindro reserva, com capacidade individual de 3,5m³ até 10 m³, deverá estar abastecido e poderá ser reabastecido até o limite de 10m³ ao mês, sem necessidade de autorização prévia. A reposição acima deste volume deverá ser autorizada pela Equipe de Oxigenoterapia domiciliar – SES/RS;
- 16) A empresa terá prazo de até 300 (trezentos dias) dias, a contar do início da vigência do contrato, para instalação de todos os equipamentos aos pacientes já cadastrados e em atendimento pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS, mediante cronograma a ser estabelecido em conjunto com a coordenação do mesmo. A instalação de equipamentos para pacientes novos incluídos no Programa, após o início da vigência do contrato, deverá ser efetuado em até 05 (cinco) dias a contar da autorização de instalação individual, a ser encaminhada pela equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar- SES/RS;

5.3 – OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL CILINDROS DE 3,5 a 10 m³ PARA ATENDER 50 PACIENTES

- 1) Locação de Kits para atendimento de até 50 (cinquenta) pacientes, de Oxigênio Gasoso Medicinal, acondicionado em cilindros, com manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo reposição de peças, acessórios e descartáveis.
- 2) Cada kit será composto por cilindro com capacidade de 3,5 à 10 m³, acompanhado de válvulas reguladoras de pressão com manômetro, fluxômetro, copo umidificador, cateter nasal ou óculos nasal, manguueiras, dotados de adaptador de saída;
- 3) Previsão mensal de 10.000 m³. A reposição acima deste volume necessitará de autorização prévia da Coordenação do Programa.
- 4) A empresa terá prazo de até 90 (noventa dias) dias, a contar do início da vigência do contrato, para instalação de todos os equipamentos aos pacientes já cadastrados e em





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

Divisão de Unidades Próprias

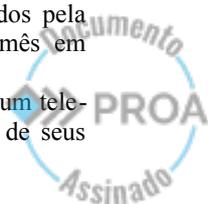
atendimento pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS, mediante cronograma a ser estabelecido em conjunto com a coordenação do mesmo. A instalação de equipamentos para pacientes novos incluídos no Programa, após o início da vigência do contrato, deverá ser efetuado em até 05 (cinco) dias a contar da autorização de instalação individual, a ser encaminhada pela equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar- SES/RS;

5.4 - OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL CILINDROS DE ATÉ 02 m³ PARA ATENDER 50 PACIENTES

- 1) Locação de Kits de Cilindros de oxigênio gasoso medicinal com capacidade de até 2m³ para possibilitar somente o transporte do paciente, para atender 50 pacientes, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos incluindo reposição de peças, acessórios e descartáveis.
- 2) Cada kit será composto por cilindro com capacidade de até 2m³, acompanhado carrinho/bolsa para transporte, válvulas reguladoras de pressão com manômetro, fluxômetro, copo umidificador, cateter nasal ou óculos nasal, mangueiras, dotados de adaptador de saída;
- 3) Previsão mensal de 270 m³. A reposição acima deste volume necessitará de autorização prévia da Coordenação do Programa.
- 4) A empresa terá prazo de até 90 (noventa dias) dias, a contar do início da vigência do contrato, para instalação de todos os equipamentos aos pacientes já cadastrados e em atendimento pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS, mediante cronograma a ser estabelecido em conjunto com a coordenação do mesmo. A instalação de equipamentos para pacientes novos incluídos no Programa, após o início da vigência do contrato, deverá ser efetuado em até 05 (cinco) dias a contar da autorização de instalação individual, a ser encaminhada pela equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar- SES/RS;

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 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 possíveis 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





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

7 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1 - A contratada ficará responsável pela avaliação das condições técnicas para a instalação dos equipamentos Concentradores de O₂ e Cilindros de O₂ 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;

7.7 - Submeter-se à fiscalização da Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria Estadual de Saúde ou a quem está 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

Porto Alegre, 26 de setembro de 2024





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

ANEXO A

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

1. Eu, _____
_____, 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 ASSEMELHADOS.

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 90 (noventa) 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 _____





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
ANEXO B

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

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: ____ / ____ / ____





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias

ANEXO C

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

DATA DA VISITA ____/____/____ FONE (____) _____

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 ____/____/____





24200000454382

Nome do documento: Termo de Referencia anexo VI ajustado 4.odt

Documento assinado por	Órgão/Grupo/Matrícula	Data
Adalberto Antônio Pernambuco Nogueira Jr	SES / DUP-OXI / 14284782	26/09/2024 16:48:15

