



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
 Divisão de Unidades Próprias
 Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO IV - TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Contratação de Serviços de locação de equipamentos BILEVEL Automático, para uso domiciliar para a para a Divisão de Unidades Próprias, Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, em atendimento das demandas judiciais, destinada a atender em todo território do estado do Rio Grande do Sul..

2. JUSTIFICATIVA

Trata o presente pleito a finalidade de atendimento de Ações Judiciais, com necessidade de atendimento por tempo indeterminado, evitando-se sequestro de valores e tratar-se de equipamento de suporte à vida. O contrato atual (2021/0200185) do expediente 19/2000-0071505-7 tem sua vigência até 15/03/2026. Os pacientes atendidos no Contrato atual migrarão para o novo contrato a ser firmado e será encerrado.

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. O uso do equipamento BILEVEL Automático domiciliar comprovadamente é responsável pela manutenção da vida e melhora a qualidade prolongando a expectativa de vida dos pacientes portadores de DPOC.

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, que também geram custos ao Estado.

A presente contratação tem por finalidade substituir os Contratos 2021/020185, não mais sendo possível a sua renovação pôr Termo Aditivo de Prazo.

3. LOCAIS DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

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

3.1 – Estimativa de atendimento com os equipamentos Bilevel Automático de 50 (cinquenta) Pacientes com o equipamento e serviços, sendo 19 (dezenove) já estão instalados atualmente e 30 (trinta) previstos para futuras instalações, conforme previsão estatísticas de solicitações efetuadas nos últimos cinco anos. Não serão alugados os 50 equipamentos imediatamente, sendo que a empresa se compromete a fornecer até 50 equipamentos. O contrato será pago pela efetiva locação.

3.2 – Equipamentos instalados atualmente por Município:

Município	Quantitativo	Município	Quantitativo
-----------	--------------	-----------	--------------



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

Caxias do Sul	02		Boa Vista do Buricá	01
Chapada	01		Porto Xavier	01
Ijuí	01		Cachoeirinha	02
Farroupilha	01		Gramado	01
Teotonia	01		Sete de Setembro	01
Pelotas	01		Veranópolis	01
Parobé	01		Passo Fundo	01
Bento Gonçalves	01		Nova Araçá	01
Salto do Jacuí	01		TOTAL	19

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.

5. QUANTITATIVOS EQUIPAMENTOS PREVISTOS

EQUIPAMENTO	QUANTITATIVO
BILEVEL AUTOMÁTICO	50 unidades

6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:

Locação de 50 (cinquenta) unidades equipamento Bilevel Automático, incluindo em 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.

1. Dois níveis de pressão (uma pressão inspiratória maior e outra pressão expiratória menor), que se alternam nas vias aéreas durante o ciclo respiratório.
2. Variação de Pressão: IPAP entre 04 a 25 ou mais cmH₂O, EPAP entre 04 e 25 cm H₂O, CPAP entre 04 e 20 cm H₂O;
3. Tempo de rampa: ajustável entre 0-40 min. ou mais com incrementos de 5 minutos
4. Alimentação elétrica: devem ser disponibilizadas para rede de 110V – 240V (BiVolt) 60 hz;
5. Armazenamento de Dados Completo no Cartão;
6. Monitoramento à distância adequado a infraestrutura na residência do paciente;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

7. O equipamento deverá vir acompanhado dos seguintes acessórios e descartáveis, dentre outros que se fizerem necessários
- Umidificador aquecido;
 - Sistema de controle e monitorização de parâmetro com alarme de escape aéreo;
 - Registro de dados de pressão, volume, horas de uso e dias de utilização;
 - Traquéia descartável (de 1,8 a 2 metros);
 - Máscara nasal ou facial ou pillow confortável com fixador de cabeça, interface adequada e adaptada ao paciente e/ou prescrição médica, no tamanho adulto e pediátrico, conforme o paciente;
 - Filtro de poeira;
 - fixador para máscara;
 - Bolsa para transporte;
 - Demais acessórios e descartáveis que se fizerem necessários, de acordo com cada equipamento, conforme indicado pelo fabricante.
 - Nobreak com autonomia mínima de 4 (quatro) horas, em caso de queda de energia;
 - Ressuscitador manual para ventilação tamanho adulto ou infantil, onde o modelo infantil deve possuir capacidade de até 500 (quinhentos) ml, e o adulto de até 1.600 (mil e seiscentos) ml, acompanhado de máscara facial de acordo com o modelo (infantil ou adulto), conforme prescrição médica, se solicitado.
 - Cabo de Força
 - Filtro
1. Oxímetro de Pulso e/ou mesa (Conforme necessidade do Paciente, definida através de prescrição médica);
2. Kit de circuitos de reserva;
3. Leitura e fornecimento de relatórios de dados completos do equipamento, quando solicitado.
4. A empresa terá prazo de até 60 (sessenta 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 efetuada em até 05 (cinco) dias a contar da autorização de instalação individual, a ser encaminhada pela equipe do Programa de Oxigenoterapia



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

Domiciliar- SES/RS

7. 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

8 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1 - A contratada ficará responsável pela avaliação das condições técnicas para a instalação dos equipamentos Respiradores Artificiais e Aparelho Para Apoio de Tosse Mecânica Assistida na residência do paciente, no momento da solicitação;

8.2 - 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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

8.3 - 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;

8.4 - 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;

8.5 - 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;

8.6 - 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;

8.7 - 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;

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

8.9 - A leitura de dados do Respirador Artificial deverá ser efetuada no mínimo a cada três meses ou quando solicitada pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e deve ser encaminhada por e-mail ou compartilhada por via de pastas específicas junto ao Programa.

9. 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. Por tratar de equipamento de suporte a vida a contratação terá seu início 60 (sessenta) dias antes da conclusão do contrato atual (nº 2021/020185) cuja vigência encerra-se em 15/03/2026. Este prazo deve-se devido aos equipamentos terem de ser substituído e o pagamento será efetuado somente pelo período em que estiver instalado para ambos os contratos;

10. CENTRO DE CUSTO: 90644 – Oxigenoterapia

Porto Alegre, 30 de junho de 2025



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar**

ANEXO A

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

1. Eu, _____, nacionalidade _____,
CPF _____, (estado civil) _____ residente e domiciliado na
_____ complemento _____ cidade de
_____ Estado _____, 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

Nome: _____

CPF _____

Assinatura do Usuário ou seu Representante Legal

Nome: _____

CPF _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO B

**RELATÓRIO DE ENTREGA E RECIBO DE INSTALAÇÃO DOS
EQUIPAMENTOS DE SUPORTE VENTILATÓRIO DOMICILIAR/**

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

É necessário:

- Entregar o material instrucional ao paciente (ou responsável);
- 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:

- 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
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO C

(Modelo I)

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. FUNCIONAMENTO DOS ALARMES:

() sim () não () não se aplica

5. 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.)

6. Parâmetros: IPAP _____ EPAP _____ FR _____

MODO _____ () Não se aplica

PACIENTE / RESPONSÁVEL:

Nome: _____

CPF.: _____

Assinatura: _____

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



25200000632766



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO C
(Modelo II)

Relatório de Atendimento Técnico Domiciliar

Dados Paciente

Paciente: _____ Telefone Contato: _____
Email: _____
Contratante: _____
Endereço: _____

Dados da Visita

Visita: _____

Formulário da Visita

Equipamento:	Horímetro:
Diagnóstico:	Fluxo O ₂ :
Modelo Ventilatório:	Pressão Ajustada:
Frequência Respiratória:	Pressão Expiratória:
Tempo Inspiratório:	Data da próxima Revisão:
Volume Ajustado:	Frequência de Uso:
Certificado de Calibração:	Frequência Cardíaca:
Saturação O ₂ sem uso de O ₂ (%):	Saturação O ₂ com uso de O ₂ (%):
Internação nos últimos 3 meses:	Motivo Internação:
Fumante ou Ex-fumante: false	Quantidade de Cigarros por dia:
Quantidade de Cigarros por dia:	Anos de Tabagismo:
Aspecto Geral do Equipamento:	Aspecto Geral do filtro do Equipamento:
Paciente Traqueostomizado:	Adesão ao programa:
Código de barras(SN):	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Observação:

Assinatura do Responsável:

Documento: _____

