ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE RIO DAS ANTAS

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA

Órgão: **SECRETARIA DE SAÚDE**

Setor requisitante (Unidade/Setor/Departamento): COMPRAS

Responsável pela Demanda**: ISRAEL** Matrícula:

E-mail: planeja@riodasantas.sc.gov.br Telefone: (49)3564-0114

1. Objeto: Ventilador Eletrônico Portátil Microprocessado.

2. Justificativa da necessidade da contratação:

A presente contratação decorre da necessidade de ampliar e qualificar a capacidade de atendimento da rede municipal de saúde, especialmente nos casos de pacientes que apresentem insuficiência respiratória, necessidade de suporte ventilatório ou situações clínicas que demandem ventilação mecânica até a estabilização e/ou transferência para unidade de maior complexidade.

O ventilador pulmonar eletrônico portátil microprocessado constitui equipamento médico-hospitalar destinado ao suporte ventilatório de pacientes que necessitem de assistência respiratória, permitindo a aplicação de diferentes modalidades de ventilação, conforme a condição clínica e a indicação da equipe de saúde.

A aquisição do equipamento mostra-se necessária para proporcionar maior segurança e agilidade no atendimento de situações de urgência e emergência, especialmente durante o manejo inicial de pacientes com comprometimento respiratório, bem como durante eventual transporte intra ou inter-hospitalar, quando tecnicamente indicado.

A disponibilidade de equipamento próprio também reduz a dependência de empréstimos, cessões ou disponibilização eventual por terceiros, contribuindo para a continuidade e a qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS

3. Descrições e quantidades

E ITEM	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	UNID. MEDIDA	QUANTIDADE
01	Ventilador eletrônico portátil microprocessado, com tela gráfica Touch Screen de no mínimo de 5 polegadas, volumétrico e pressométrico para emergência e transporte; aplicação: Transporte Intra/Extra hospitalar e atendimento de emergência; pacientes: Adultos, Pediátricos e neonatais; modalidades mínimas: Volume Controlado, Pressão Controlada, Pressão de Suporte, Pressão Regulada Volume Controlado, CPAP, SIMV em Pressão e Volume, Ventilação de Backup em caso de apneia e CPAP nasal. Oxigenação de alto fluxo por cânula nasal de pelo menos 60 l/min. Visualização do nível de carga da bateria, barra gráfica de pressão, Seleção personalizável de até 5 gráficos simultâneos. Parâmetros monitorados: Pressão de Pico, Pressão de Platô, Pressão Média, PEEP, Pico de Fluxo, Volume Corrente Expiratório, Volume Minuto, FiO2, Frequência Respiratória, I:E, Tempo Inspiratório, Tempo Expiratório, Gráficos de Tendências, Histórico de Alarmes. Mecânica Ventilatórias: Resistência Inspiratória, Complacência Dinâmica e Estática. Parâmetros Programáveis: FiO2 40% a 100%, Rise time, Tempo Inspiratório, Frequência Respiratória, Volume Corrente (Tidal), Sensibilidade Expiratória, Pressão Controlada, Pressão Suporte, PEEP, Sensibilidade por Pressão e Fluxo, Tempo de Apnéia, Pausa Inspiratória, Suspiro. Auxiliar Oxigênio 100%, Disparo Inspiratório Manual, Congelar Gráficos. Alarme de Frequência Respiratória Máx, Volume Min. Expirado Máx e Mín. Volume Corrente Expirado Máx e Mín. Pressão Máxima e Mínima, Apneia e PEEP. Bateria interna recarregável com duração mínima de 360 mim. Sistema de fixação específico para uso em Ambulâncias e Unidades Móveis de Resgate, inclusive aéreo com compensação da altitude; Equipamento com peso inferior a 7 kg (sem acessórios). Acessórios: Circuito paciente esterilizável, válvula de exalação, cabo de	Unid.	01

	alimentação, 01 base móvel com rodízios e freios; 01 braço articulado, e 01 conjunto de mangueiras. Deve possuir registro na ANVISA e Certificado de Boas Práticas de Fabricação, e treinamento técnico após a entrega do equipamento no prazo máximo de 60 dias após recebimento.		

(*) Materiais; serviços; obras; serviços de engenharia. (**) Consumo; permanente; continuado; não continuado.

4. Grau de prioridade da compra: alto

5. Estimativa de valor: R$ 44.733,33

6. Prazo de entrega/ execução: imediato

7. Local e horário da entrega/execução: Unidade de Saúde

8. Vinculado ou dependente da contratação de outro Documento de Formalização de Demanda: ( )sim (X)não

9. Indicação do fiscal do contrato: Israel Monteiro

10. Foi realizada a consulta ao catálogo eletrônico de padronização do PNCP: **( )sim** (X)não

Rio das Antas/SC, 21 de agosto de 2026.

Documento assinado digitalmente
gov.br
ISRAEL MONTEIRO
Data: 21/08/2026 15:39:07-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Israel Monteiro

OBSERVAÇÕES: