



## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO

Prestação de serviço de manutenção preventiva e corretiva nas instalações, recebimento e acompanhamento de gases medicinais, no período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nos termos legais de acordo com a demanda da rede de urgência e emergência do HMST.

### 2. JUSTIFICATIVA:

O uso de gases medicinais em atendimento de urgência/emergência visa restabelecer condições respiratórias aos pacientes acometidos subitamente por transtornos que impossibilitam resposta rápida do organismo, sendo necessário reposição imediata, além de uma manutenção preventiva e corretiva, sob ameaça de risco de morte, assim, diariamente, é imprescindível que um serviço de saúde esteja abastecido de gases medicinais em condições que garantam a assistência aos pacientes. Sendo assim, justifica-se a solicitação para contratação por 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nos termos legais, para a prestação de serviço contínuo de manutenção preventiva e corretiva nas instalações de gases medicinais a ser realizado no Hospital Maternidade Santa Theresinha.

### 3 . OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

A Contratada obriga-se a:

Oferecer a prestação de serviços especializados na manutenção preventiva e corretiva da rede de gases medicinais do HMST, sobre responsabilidade da contratada, com verificação dos seguintes itens:

VERIFICAR VAZAMENTOS - PLUMBING
VERIFICAR SET PRESSÃO VÁLVULAS SEGURANÇA-PLUMBING
VERIFICAR CONSERVAÇÃO DISCOS DE RUPTURA - PLUMBING
VERIFICAR IDENTIFICAÇÃO VÁLVULAS COM FLUXOGRAMA
VERIFICAR CONDIÇÃO DOS VOLANTES DAS VÁLVULAS - PLUMBING
REAPERTAR CASTELOS VÁLVULAS FECHAMENTO - PLUMBING
VERIFICAR CONEXÃO DO BOCAL DE ENCHIMENTO - PLUMBING
VERIFICAR CONDIÇÕES DA PSVDO BOCAL ENCHIMENTO - PLUMBING
VERIFICAR EXISTÊNCIA DE PSV ENTRE DUAS VÁLVULAS - PLUMBING
VERIFICAR EXISTÊNCIA DA TAMPA BOCAL ENCHIMENTO - PLUMBING
LIMPAR VISOR DO INDICADOR NÍVEL E MANÔMETRO - PLUMBING
VERIFICAR DATA CALIBRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E PSV'S
VERIFICAR SUPORTAÇÃO DO VAPORIZADOR AUMENTO DE PRESSÃO
VERIFICAR A CONDIÇÃO DE TODOS OS ADESIVOS - TANQUE
VERIFICAR A PLACA DO FABRICANTE - TANQUE
VERIFICAR EXISTÊNCIA CORROSÃO/MANCHA - TANQUE
VERIFICAR ATERRAMENTO CONFORME PROJETO PADRÃO - CENTRAL
VERIFICAR FIXAÇÃO DO TANQUE CONFORME PROJETO PADRÃO
VERIFICAR SUPERFÍCIE REGULAR - BASE





VERIFICAR SE A BASE ESTÁ NIVELADA E DEMARCADA
VERIFICAR EXISTÊNCIA DA CERCA METÁLICA
VERIFICAR IDENTIFICAÇÃO/SINALIZAÇÃO NA CERCA DE PROTEÇÃO
VERIFICAR O FUNCIONAMENTO DO SAP- PLUMBING
VERIFICAR O FUNCIONAMENTO DO ECONOMIZADOR- PLUMBING
VERIFICAR FUNCIONAMENTO DA ILUMINAÇÃO
VERIFICAR FIXAÇÃO DA TOMADA ELÉTRICA
VERIFICAR CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA TOMADA ELÉTRICA
VERIFICAR SUPORTAÇÃO E ISOLAMENTO DOS CABOS DA TOMADA
VERIFICAR FIXAÇÃO DA CERCA METÁLICA
VERIFICAR PONTOS DE CORROSÃO NA CERCA METÁLICA
VERIFICAR DISTÂNCIAS DE SEGURANÇA
VERIFICAR PONTO DE ÁGUA
VERIFICAR SUPORTE PARA MANGUEIRA
VERIFICAR VAZAMENTO NO VAPORIZADOR
VERIFICAR VAZAMENTOS NO PAINEL DE PRIMEIRA REDUÇÃO
VERIFICAR FIXAÇÃO DO PAINEL DE PRIMEIRA REDUÇÃO
VERIFICAR FIXAÇÃO DO VAPORIZADOR
VERIFICAR CONDIÇÕES DOS SUPORTES DA TUBULAÇÃO - CENTRAL
VERIFICAR VAZAMENTOS NA TUBULAÇÃO DA CENTRAL
VERIFICAR IDENTIFICAÇÃO DA TUBULAÇÃO DA CENTRAL
VERIFICAR REPARO DA REGULADORA DO SAP
VERIFICAR REPARO DA VÁLVULA DA ECONOMIZADORA
VERIFICAR REPARO DA VÁLVULA DE ENCHIMENTO
VERIFICAR A NECESSIDADE DE LAVAGEM DO TANQUE
VERIFICAR A NECESSIDADE DE LAVAR A CERCA DE PROTEÇÃO
VERIFICAR A NECESSIDADE DE LAVAR A BASE
VERIFICAR A NECESSIDADE DE LAVAR OS VAPORIZADORES
REALIZAR INSPEÇÃO NO TANQUE CONFORME NR13
VERIFICAR NECESSIDADE DE PINTURA DO TANQUE
VERIFICAR NECESSIDADE DE SUBSTITUIR ADESIVOS DO TANQUE
VERIFICAR NECESSIDADE DE PINTURA DA CERCA DE PROTEÇÃO
VERIFICAR A NECESSIDADE DE PINTURA DO PAINEL DE 1A. REDUÇÃO
VERIFICAR NECESSIDADE DE PINTURA DA LINHA GASOSA
VERIFICAR NECESSIDADE DE PINTURA DOS SUPORTES-CENTRAL
CALIBRAR INSTRUMENTOS DO TANQUE
CALIBRAR VÁLVULAS DE SEGURANÇA DO TANQUE MANter todos os cilindros fixados nas paredes- parte interna - hospital
RECEBER E ACOMPANHAR O REABASTECIMENTO DOS TANQUES E CILINDROS DE ACORDO COM A LOGÍSTICA - EMPRESA FORNECEDORA
CONTROLAR E MONITORAR O FORNECIMENTO DE CILINDROS DE O2 – PACIENTES EXTERNOS

#### **4 – DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:**

Apresentar atestado de capacidade técnica ou atestado de treinamento por empresa de gases medicinais.

#### **5 - EXECUÇÃO DO SERVIÇO:**

Por se tratar de serviços de urgência/emergência, fica a contratada responsável:





Atender aos chamados do HMST em caráter de urgência, sempre que necessário, no prazo de até 01(uma) hora, finais de semanas e feriados, a qualquer horário;

- Não terceirizar o serviço em hipótese nenhuma, conforme previsto no Contrato, sem interrupção, sendo de exclusiva responsabilidade do prestador de serviços as despesas com locomoção, entre outros.
- Obriga-se a adotar todas as preocupações e cuidados tendentes a evitar danos materiais e pessoais, pelos quais será integralmente responsável.
- Zelar pelas boas práticas sanitárias e demais normas instituídas por órgãos regulatórios.
- Responsabilizar-se pelo cumprimento das normas internas do HMST, conduzindo os trabalhos em harmonia com as atividades do CONTRATANTE, de modo a não causar transtornos ao andamento normal de seus serviços.

A inadimplência do prestador de serviços quanto aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere responsabilidade do contratante;

Comunicar imediatamente ao contratante toda e qualquer irregularidade ou dificuldade que impossibilite a execução dos serviços contratados.

Atender a qualquer solicitação de fiscalização interna e/ou externa cabíveis.

## **6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 6.1. Permitir o acesso da CONTRATADA, respeitadas as normas que disciplinam a segurança do patrimônio e das pessoas;
- 6.2. Comunicar oficialmente à CONTRATADAS quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave.
- 6.3. Acompanhar, fiscalizar e avaliar o cumprimento do objeto desta Contratação;
- 6.4 Efetuar o pagamento na forma ajustada neste Instrumento.

## **7 . DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**7.1** Contempla os serviços efetuados para manter os equipamentos funcionando em condições normais, tendo como objetivo diminuir a possibilidades de paralizações, compreendendo:

I – Manutenção do bom estado de conservação, substituição de componentes que comprometam o bom funcionamento, modificações com objetivo de atualização dos aparelhos, limpeza, regulagem, inspeção, calibração de teste, entre outras ações que garantam a operacionalização dos equipamentos.





II – Na manutenção, deve ser realizada uma verificação das condições gerais das redes de gases medicinais, a fim de verificar se está tudo perfeito funcionamento e, também, se existe algum desgaste que seja que seja passível de tornar-se um problema:

- a) Verificar toda a tubulação para a rede de gases;
- b) Verificar, os pontos de distribuição de oxigênio e ar comprimido;
- c) Verificar os pontos da central de rede;
- d) Verificar as condições dos cilindros na central;
- e) Verificar o funcionamento do painel de alarme;
- f) Verificar se há vazamento de gases;
- g) Fixar todos os cilindros no interior e exterior conforme Leis vigentes;

## **8. DA VISITA TÉCNICA QUE É FACULTATIVA:**

8.1 A empresa deverá realizar previamente visita técnica no local, a fim de mensurar quantitativo de material a ser empregado na manutenção da rede;

8.2 A visita deverá ser previamente agendada com a Direção através de: e-mail [hospitalsjvrp@gamil.com](mailto:hospitalsjvrp@gamil.com) e ou por telefone (024) 2224-73-73.

6.3 Deverá ser emitida declaração de vista técnica.

## **9. CONTROLE DE EXECUÇÃO**

9.1.A fiscalização da contratação será exercida por um representante do Setor de abastecimento do Hospital Maternidade Santa Theresinha e Secretaria Municipal de Saúde, que será indicado no momento da execução do contrato, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução do contrato, e de tudo dará ciência à Administração.

9.2.A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da CONTRATANTE ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 140 da Lei nº 14.133, de 2021.

9.3. O fiscal do contrato anotar em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

9.4 Permitir o acesso da CONTRATADA, respeitadas as normas que disciplinam a segurança do patrimônio e das pessoas; 5.2. Prestar informações e os esclarecimentos atinentes ao serviço que venham a ser solicitados pelos empregados da CONTRATADA;





**Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Prefeitura Municipal de São José do Vale do Rio Preto  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Maternidade Santa Therezinha**



- 9.5. Comunicar oficialmente à CONTRATADA quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave.
- 9.6. Acompanhar, fiscalizar e avaliar o cumprimento do objeto desta Contratação;
- 9.7. Efetuar o pagamento na forma ajustada neste Instrumento.

**São José do Vale do Rio Preto 16 de Julho de 2025.**

**RODRIGO DA COSTA FRIAS  
Administrador Geral do Hospital  
Matrícula: 6456**





**MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO**

RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO

SJVRP/RJ - CEP: 25780-000

FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO

DE8065DEFBFD4E039A8D3AF1C8F4E2F2

**VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS**

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/DE8065DEFBFD4E039A8D3AF1C8F4E2F2>