

# Anexo I

## TERMO DE REFERENCIA

**OBJETO: AQUISIÇÃO DE MÁSCARA DESCARTÁVEL N95 OU PFF2 PARA ATENDER AO SETOR DA FARMÁCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA.**

| Itens                   | Discriminação dos produtos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Unid. | Quant.    | Valor Unit. | Valor Total |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-------------|-------------|
| 1                       | MÁSCARA PROTETOR RESPIRATÓRIO<br>DESCARTÁVEL N95 OU PFF2- COM AS<br>SEGUINTE CARACTERÍSTICAS:<br>- MATERIAL PARA USO HOSPITALAR;<br>- CONFECCIONADA EM MATERIAL<br>HIPOALERGÊNICO, ISENÇÃO DA<br>SUBSTÂNCIA DE FIBRA DE VIDRO, INODORO,<br>ATÓXICO, COM RESISTÊNCIA ADEQUADA A<br>SUA FINALIDADE;<br>- FORMATO NÃO CÔNICO, COM DESIGN<br>ANATÔMICO PARA ADAPTAÇÃO AO ROSTO,<br>DE MODO A EVITAR TOTAL ENTRADA E<br>SAÍDA DE AR PELAS BORDAS;<br>- USADA COMO PROTETOR PARA<br>TUBERCULOSE;<br>- CONSTITUÍDA POR 4 CAMADAS DE FIBRA<br>SINTÉTICA REPELENTE A LÍQUIDOS QUE<br>BARRA A ENTRADA DE FLUIDOS<br>CORPÓREOS PROVENIENTES DE<br>RESPINGOS;<br>- DENSIDADE E POROSIDADE DE CAPAZES<br>DE ATUAR COMO BARREIRA A<br>MICROORGANISMOS;<br>- FILTRO BACTERIOLÓGICO DE CAPACIDADE<br>FILTRANTE ACIMA DE 95% PARA<br>PARTÍCULAS DE 0,3 MICRONS;<br>- DUPLO SISTEMA DE TIRAS ELÁSTICAS<br>PARA PRESSÃO ANATÔMICA;<br>- DOTADA DE CLIP NASAL, REVESTIDO,<br>PRODUZIDO EM ALUMÍNIO FLEXÍVEL;<br>- DEVERÁ CONTER C.A ( CERTIFICAÇÃO DE<br>APROVAÇÃO DO M.T.E) VÁLIDO E<br>IMPRESSO NO CORPO DA MÁSCARA;<br>- EMBALADO INDIVIDUALMENTE, CONTENDO<br>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DE ACORDO COM<br>A LEGISLAÇÃO VIGENTE, COM DESCRIÇÕES<br>LEGÍVEIS E INDELÉVEIS;<br>- OBS: CADA PROTETOR EQUIVALE A UMA<br>PEÇA;<br>- NA COR BRANCA, COR INTERNA E<br>EXTERNA BRANCA.<br>APRESENTAR AMOSTRA. | UN    | 10.000,00 | 1,15        | 11.500,00   |
| <b>Total da Coleta:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |           |             | 11.500,00   |

**Valor Total estimado da aquisição: 11.500,00 (onze mil quinhentos reais).**

**Justificativa : AQUISIÇÃO DE MÁSCARA DESCARTÁVEL N95 OU PFF2 PARA ATENDER AO SETOR DA FARMÁCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA.**

**Prazo de entrega: 5 DIAS**

**Condições de Pagamento: A PRAZO**

**Local de entrega: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA**

**Anexo I**  
**TERMO DE REFERENCIA**

**Unidade Fiscalizadora: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA**

**Nova Andradina(MS), 10 de Janeiro de 2022**