

PROPOSTA CM-L 0179/2024

AO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIATUBA – GOIÁS
CNPJ° 01.814.099/0001-28

ITEM	QNTD.	PRODUTO/DESCRIÇÃO	V. UNIT.	V. TOTAL
01	01	VENTILADOR PULMONAR DE TRANSPORTE - VENTILADOR DE EMERGÊNCIA PARA TRANSPORTE, COM TAMANHO REDUZIDO E LEVE, MICROPROCESSADO, PORTÁTIL, DESTINADO AO TRANSPORTE DE PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS E NEONATAIS, PARA USO EM AMBULÂNCIA E TRANSPORTE INTRA HOSPITALAR COM ALÇA PARA UTILIZAÇÃO. PESO INFERIOR A 5,8 KG. POSSIBILITAR A OPERAÇÃO UTILIZANDO APENAS A O2 (OXIGÊNIO) SEM EXIGIR UTILIZAÇÃO DE AR COMPRIMIDO MEDICINAL. PERMITIR VENTILAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA COM COMPENSAÇÃO DE FUGAS. MODOS VENTILATÓRIOS DISPONÍVEIS NO MÍNIMO: VENTILAÇÃO VOLUMÉTRICA CONTROLADA; VENTILAÇÃO VOLUMÉTRICA ASSISTO-CONTROLADA; VENTILAÇÃO MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA COM E SEM PRESSÃO DE SUPORTE; VENTILAÇÃO A PRESSÃO CONTROLADA; VENTILAÇÃO COM PRESSÃO DE SUPORTE; VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (NIV). RECURSO INCORPORADO DE RCP (RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR) EM PACIENTES ADULTO E PEDIÁTRICO. RECURSO PARA TERAPIA DE ALTO FLUXO DE O2. MONITORAÇÃO ATRAVÉS DE TELA DIGITAL SENSÍVEL AO TOQUE COM POSSIBILIDADE DE AJUSTES POR BOTÃO ROTATIVO PARA FACILITAR O USO DURANTE ATENDIMENTO. TER PELO MENOS OS SEGUINTE PARÂMETROS VENTILATÓRIOS: PRESSÃO DE VIAS AÉREAS; VOLUME MINUTO EXPIRATÓRIO; FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA; PEEP. AJUSTES E CONTROLE DE PELO MENOS OS SEGUINTE PARÂMETROS: VOLUME CORRENTE: DE 50 A 2000 ML, NO MÍNIMO; TEMPO INSPIRATÓRIO DE 0,2 A 5 SEGUNDOS, NO MÍNIMO; FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA DE 2 A 60 RPM, NO MÍNIMO; SENSIBILIDADE AJUSTÁVEL A FLUXO E/OU A PRESSÃO; PORCENTAGEM DE OXIGÊNIO AJUSTÁVEL DE 40 A 100%, NO MÍNIMO; PEEP/ CPAP INTERNO AJUSTÁVEL ELETRONICAMENTE DE 0 A 20 CM H2O; PAUSA INSPIRATÓRIA AJUSTÁVEL DE PELO MENOS 5 SEGUNDOS; PRESSÃO DE SUPORTE: DE 5 A 15 CMH20 NO MÍNIMO; PRESSÃO CONTROLADA/ASSISTIDA: DE 5 A 60 CMH20 NO MÍNIMO; VENTILAÇÃO DE APNEIA (BACKUP) PARA TODOS OS MODOS VENTILATÓRIOS ESPONTÂNEOS, INCLUINDO CPAP; POSSUIR TECLAS DE ACESSO RÁPIDO E BOTÃO ROTATIVO	R\$ 51.900,00	R\$ 51.900,00

☎ 62 99250-6153 ☎ 61 99208-9800

contato@hospdanhospitalar.com.br | suporte.at@hospdanhospitalar.com.br

Av. Perimetral, nº 2160 Qd. 09 Lt. 116 St. Coimbra - Goiânia - GO. 74.533-020

		PARA AJUSTES DE PARÂMETROS. PERMITIR UTILIZAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL, PRONG NASAL, TUBO ENDOTRAQUEAL OU TRAQUEOSTOMIA. COMPENSAÇÃO DE PRESSÃO BAROMÉTRICA AUTOMÁTICA. FLUXÔMETRO DE OXIGÊNIO DIRETAMENTE DO VENTILADOR DE 0 A 15L. ALARMES AUDIOVISUAIS: PRESSÃO MÁXIMA E MÍNIMA DE VIAS AÉREAS; APNEIA; CARGA DE BATERIA BAIXA; BAIXA PRESSÃO DE OXIGÊNIO. TECLA DE SILENCIAMENTO DE ALARME POR 120 SEGUNDOS. RECURSOS: BATERIA INTERNA, RECARREGÁVEL, COM AUTONOMIA DE NO MÍNIMO 5,5 HORAS; ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA BIVOLT COM COMUTAÇÃO AUTOMÁTICA; POSSIBILIDADE FUTURA DE INCORPORAR MONITORAÇÃO DE CAPNOGRAFIA E/OU OXIMETRIA; IDIOMAS: PORTUGUÊS, INGLÊS E ESPANHOL. ACESSÓRIOS: 02 CIRCUITOS PARA CADA TIPO DE PACIENTE, AUTOCLAVÁVEIS, DE FÁCIL MONTAGEM, LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO; 02 VÁLVULAS EXPIRATÓRIAS COMPLETAS COM O DIAFRAGMA; 01 MANGUEIRA PARA CONEXÃO DA REDE DE OXIGÊNIO; SISTEMA DE FIXAÇÃO PARA SUPORTE EM MACAS E DEMAIS ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS PARA O PERFEITO FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE 12 (DOZE) MESES. FORNECER TREINAMENTO PARA MANUSEIO DO EQUIPAMENTO. POSSUIR ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA DE PELO MENOS 300 KM DO LOCAL DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO. APRESENTAR DECLARAÇÃO COM AUTORIZAÇÃO DA FABRICANTE PARA COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO. APRESENTAR CATÁLOGO/FOLDER, CERTIFICADO DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA. MARCA: MAGNAMED		
02	01	INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONATAL - EQUIPAMENTO POSSUI CÚPULA CONSTRUÍDA EM ACRÍLICO TRANSPARENTE, COM PAREDES DUPLAS EM TODA SUA SUPERFÍCIE PARA PROTEÇÃO DO PACIENTE CONTRA PERDA DE CALOR. BASE EM MATERIAL PLÁSTICO, POSSUIR ALÇAS PARA TRANSPORTE E DOIS SUPORTES PARA CILINDROS DE GASES MEDICINAIS. PORTA DE ACESSO FRONTAL E OUTRA PORTA DE ACESSO LATERAL, AMBAS COM PAREDES DUPLAS; POSSUIR PORTINHAS COM MANGA PUNHO E GUARNIÇÕES AUTOCLAVÁVEIS EM SILICONE ATÓXICO; 1 PORTINHA TIPO ÍRIS PARA PASSAGEM DE TUBOS E DRENOS. PARA-CHOQUE QUE PROTEGE TODO O PERÍMETRO DA INCUBADORA. DEVE POSSUIR LEITO REMOVÍVEL EM MATERIAL PLÁSTICO ANTIALÉRGICO COM DIMENSÕES QUE PERMITAM ADEQUADA ERGONOMIA PARA CINTOS DE SEGURANÇA EM MATERIAL MACIO E RESISTENTE, DE FÁCIL AJUSTE. DEVE POSSUIR COLCHÃO REMOVÍVEL, IMPERMEÁVEL E DE MATERIAL ATÓXICO E AUTO-EXTINGUÍVEL COM ESPUMA COM DENSIDADE	R\$ 55.300,00	R\$ 55.300,00

		ADEQUADA, SEM COSTURA, PENSADA E CAPA REMOVÍVEL. ENTRADA DE OXIGÊNIO SEM DESPEJO DE GÁS PARA A ATMOSFERA, PERMITINDO ALTA EFICIÊNCIA, ECONOMIA E PROTEÇÃO, ACOPLADA A SUPORTE COM ALTURA AJUSTÁVEL, COM RODÍZIOS E FREIOS. UMIDIFICAÇÃO ATRAVÉS DE ESPUMA SOB O LEITO. ILUMINAÇÃO AUXILIAR COM HASTE FLEXÍVEL PARA AJUSTE DO FOCO. DEVE POSSUIR FILTRO DE RETENÇÃO BACTERIOLÓGICO. PAINEL DE CONTROLE DEVE PROPORCIONAR A MONITORIZAÇÃO TÉRMICA DO AMBIENTE DO PACIENTE, POSSUIR CONTROLE MICROPROCESSADO DE TEMPERATURA DE AR DO AMBIENTE INTERNO DA INCUBADORA E CONTROLE DE TEMPERATURA DO NEONATO MEDIANTE UM SENSOR DE TEMPERATURA DE PELE. DEVE POSSUIR ALARMES AUDIOVISUAIS PARA FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA E FALTA DE ENERGIA DA BATERIA, BATERIA EM CARREGAMENTO, FALTA DE CIRCULAÇÃO DE AR, ALTA/BAIXA TEMPERATURA DO AR, SENSOR DO RN DESCONECTADO, HIPOTERMIA/HIPERTERMIA, INDICAÇÃO DO MODO DE ALIMENTAÇÃO, INDICAÇÃO DAS TEMPERATURAS DO AR. DEVE POSSUIR INDICAÇÃO VISUAL DO STATUS LIGADO/DESLIGADO DO APARELHO; DEVE POSSUIR BATERIA RECARREGÁVEL COM AUTONOMIA DE PELO MENOS 4 HORAS; CARREGADOR AUTOMÁTICO DO TIPO FLUTUANTE INCORPORADO. ACOMPANHAR O EQUIPAMENTO, NO MÍNIMO: CARRO DE TRANSPORTE TIPO MACA, COM ALTURA AJUSTÁVEL, RESISTENTE À CHOQUES MECÂNICOS, ACOPLÁVEL À AMBULÂNCIA, 2 CILINDROS EM ALUMÍNIO TIPO D OU E PARA OXIGÊNIO OU AR COMPRIMIDO COM VÁLVULA REDUTORA E MANÔMETRO, SUPORTE DE SORO COM ALTURA AJUSTÁVEL, PRATELEIRA PARA COLOCAÇÃO DE PERIFÉRICOS; CABOS DE LIGAÇÃO, TUBO DE OXIGÊNIO COM REGULADOR E FLUXÔMETRO, COLCHONETE CONFECCIONADO EM MATERIAL ATÓXICO E DEMAIS COMPONENTES NECESSÁRIOS A INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO. ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA A SER DEFINIDA PELA ENTIDADE SOLICITANTE. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE 12 (DOZE) MESES. FORNECER TREINAMENTO PARA MANUSEIO DO EQUIPAMENTO. POSSUIR ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA DE PELO MENOS 300 KM DO LOCAL DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO. APRESENTAR DECLARAÇÃO COM AUTORIZAÇÃO DA FABRICANTE PARA COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO. APRESENTAR CATÁLOGO/FOLDER, CERTIFICADO DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA. MARCA: OLIDEF		
03	02	APARELHO DE FOTOTERAPIA - EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA DE ALTA INTENSIDADE, QUE PERMITE O TRATAMENTO DA ICTERÍCIA EM PACIENTES NEONATAIS ALOJADOS EM BERÇOS	R\$ 9.900,00	R\$ 19.800,00

		AQUECIDOS, INCUBADORAS NEONATAIS E BERÇOS COMUNS SEM AQUECIMENTO. POSSUI 15 LEDS AZUIS DE ALTA POTÊNCIA, SEM EMISSÃO DE RADIAÇÃO INFRAVERMELHA E ULTRAVIOLETA, COM VIDA ÚTIL ESTIMADA DE NO MÍNIMO 50.000 HORAS. ILUMINAÇÃO AUXILIAR ATRAVÉS DE 4 LEDS BRANCOS. CARENAGEM EM PLÁSTICO DE ALTA RESISTÊNCIA. ALÇAS PARA POSICIONAMENTO DO FOCO. PAINEL DE CONTROLE MICROPROCESSADO, DOTADO DE DISPLAY LCD ALFANUMÉRICO. PERMITE AJUSTE DE INTENSIDADE DOS LEDS AZUIS DE 10 A 100% E DE TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE. BASE COM 3 OU 4 RODÍZIOS, SENDO PELO MENOS 2 COM TRAVA, PARA GARANTIR A ESTABILIDADE MECÂNICA DO APARELHO. COLUNA COM MECANISMO QUE PERMITA AJUSTE DE ALTURA, ROTAÇÃO E INCLINAÇÃO DO FOCO DE LUZ. ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: 127 / 220VAC (SELEÇÃO AUTOMÁTICA) – 50/60HZ. INTENSIDADE MÉDIA DE IRRADIÂNCIA A 50 CM DO FOCO: 45 MICROWATTS/CM².NM. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE 12 (DOZE) MESES. FORNECER TREINAMENTO PARA MANUSEIO DO EQUIPAMENTO. POSSUIR ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA DE PELO MENOS 300 KM DO LOCAL DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO. APRESENTAR DECLARAÇÃO COM AUTORIZAÇÃO DA FABRICANTE PARA COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO. APRESENTAR CATÁLOGO/FOLDER, CERTIFICADO DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA. MARCA: OLIDEF		
04	01	MONITOR CARDIOTOCOGRAFO - MONITOR CARDIOTOCOGRAFO PARÂMETROS: AVALIAÇÃO DO ESTADO FETAL, TAQUICARDIA, BRADICARDIA, CONTRAÇÕES UTERINAS, ATIVIDADE UTERINA, FM, NIBP. TAMANHO DE TELA: 12.1” TFT COLORIDA TOUCHSCREEN, COM RESOLUÇÃO DE 800x600 PIXELS, AJUSTAVÉL EM VÁRIAS POSIÇÕES. AVALIAÇÃO DE GEMELAR. PERMITE VISUALIZAÇÃO DE 4 CURVAS SIMULTÂNEAS COM POSSIBILIDADE PARA ALTERAR AS CORES DOS PARÂMETROS, TELA DE MONITORIZAÇÃO FETAL, MONITORIZAÇÃO MATERNA/FETO, MONITORIZAÇÃO MATERNA, LISTA, TENDÊNCIA, OXYCRG PERMITE AJUSTE MANUAL E AUTOMÁTICO DOS LIMITES DE ALARME INFERIOR E SUPERIOR DE ACORDO COM OS SINAIS VITAIS ATUAIS DO PACIENTE. DADOS: O MONITOR PODE GUARDAR 150 HORAS DE DADOS DE TENDÊNCIA, 2000 GRUPOS DE DADOS NIBP E 300 EVENTOS DE ALARME DE PARÂMETROS, 120 MINUTOS DE FORMA DE ONDA DE PARÂMETRO, 60 HORAS DE FORMA DE ONDA ESTÁTICA FETAL E 240 SEGUNDOS DE FORMA DE ONDA ESTÁTICA MATERNAL PARA ANÁLISE. PERMITIR A CRIAÇÃO DE PERFIS PERSONALIZADOS. PESO: DE 2.72kg / ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: BIVOLT AUTOMÁTICO 100-240V~ , 50/60Hz, COM BATERIA INTERNA	R\$ 11.900,00	R\$ 11.900,00

		AUTONOMIA DE APROXIMADAMENTE 2 HORAS CONTÍNUAS. NÍVEL DE PROTEÇÃO: IPX1 / INTEGRAÇÃO: COMUNICAÇÃO BIDIRECIONAL COM CENTRAL DE MONITORAMENTO, ATRAVÉS DE PROTOCOLO HL7 /CONEXÃO: POSSUI CONECTOR USB, RJ45 E PARA VIDEO EXTERNO / ECG: PERMITE MONITORAÇÃO DE 7 DERIVAÇÕES SIMULTÂNEAS. POSSUI ANÁLISE DE 26 TIPOS DE ARRITMIA POR MAIS DE UMA DERIVAÇÃO AO MESMO TEMPO E SEGMENTO ST. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE 12 (DOZE) MESES. FORNECER TREINAMENTO PARA MANUSEIO DO EQUIPAMENTO. POSSUIR ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA DE PELO MENOS 300 KM DO LOCAL DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO. APRESENTAR DECLARAÇÃO COM AUTORIZAÇÃO DA FABRICANTE PARA COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO. APRESENTAR CATÁLOGO/FOLDER, CERTIFICADO DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA. MARCA: MEDPEJ		
05	01	FOCO CIRÚRGICO TETO DUPLO - DEVERÁ SER COMPOSTO POR 2 CÚPULAS COM SISTEMA DE ILUMINAÇÃO NA TECNOLOGIA LED. A ESTRUTURA DOS BRAÇOS, BASE, EIXOS, GARFO(S) E ANTEBRAÇO DEVERÃO SER EM AÇO, COM PINTURA EPÓXI. PARA A SUSTENTAÇÃO DAS CÚPULAS NÃO DEVERÃO SER EMPREGADOS SISTEMAS DE CONTRAPESOS E NEM TRAVAS MECÂNICAS, MAS SIM, SISTEMA DE MOLAS COM FREIO PERMITINDO QUE A CÚPULA FIQUE ESTÁVEL NA POSIÇÃO EM QUE FOI COLOCADA. O DIÂMETRO DAS CÚPULAS DEVERÃO SER DE NO MÁXIMO 450MM, COM O SISTEMA DE SUSPENSÃO LEVE, FACILITANDO O MOVIMENTO E FORNECENDO RÁPIDA ESTABILIDADE; AS CÚPULAS DEVERÃO SER EM ALUMÍNIO OU OUTRO POLÍMERO RESISTENTE QUE COMPROVADAMENTE AJUDE NA DISSIPAÇÃO DE CALOR. O EQUIPAMENTO DEVE SER DOTADO DE SISTEMA DE ILUMINAÇÃO POR LUZ BRANCA FRIA LED, FORNECENDO LUZ CORRIDA DE COR PRÓXIMO AO BRANCO NATURAL; AS CÚPULAS DEVERÃO SER EQUIPADAS COM NO MÍNIMO 15 LEDS CADA. COM FILTRAGEM EFICIENTE DE RAIOS INFRAVERMELHOS E REDUÇÃO DE RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA. O ÍNDICE DE REPRODUÇÃO DE CORES RA DEVE SER DE 90 OU MAIOR R9 DE 95 OU MAIOR. A TEMPERATURA DE COR DEVE SER FIXA EM 4.500 K OU MAIOR, GARANTINDO MAIOR ESTABILIDADE CROMÁTICA; A INTENSIDADE LUMINOSA MÁXIMA DAS CÚPULAS DEVERÁ SER IGUAL OU MAIOR DO QUE 100.000 LUX (200.000 LUX TOTAL), MEDIDOS A 1 (UM) METRO DE DISTÂNCIA. O PAINEL DE COMANDO DEVE POSSUIR SISTEMA ELETRÔNICO DE CONTROLE DA INTENSIDADE LUMINOSA COM VISOR EM LCD COM A UTILIZAÇÃO DE TECLADO TIPO MEMBRANA DE FÁCIL HIGIENIZAÇÃO; PROTEÇÃO DO SISTEMA ELETRÔNICO COM FUSÍVEL SUBSTITUÍVEL:	R\$ 51.900,00	R\$ 51.900,00

	MANOPLA AUTOCLAVÁVEL FACILMENTE RETIRÁVEL SEM A UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS; DIÂMETRO DE CAMPO MÍNIMO DE 150MM E MÁXIMO DE 300MM COM A PROFUNDIDADE DE CAMPO DE PELO MENOS 1300MM; GRAU IP44. VIDA ÚTIL DO SISTEMA DE ILUMINAÇÃO LED DE 100.000 HORAS OU SUPERIOR. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR SISTEMA DE EMERGÊNCIA, O QUAL DEVERÁ POSSUIR AÇÃO IMEDIATA NA FALHA DE ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA DO FOCO CIRÚRGICO. O SISTEMA DE EMERGÊNCIA, COM BATERIAS SELADAS, DEVERÁ POSSUIR AUTONOMIA DE PELO MENOS 180 MINUTOS. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: EQUIPAMENTO ENQUADRADO ÀS NORMAS TÉCNICAS NBR IEC 60.601-1/1994 + EMENDA 01/1997 E NBR IEC 60.601-1-2. EMPRESA CERTIFICADA DE ACORDO COM A NBR. O EQUIPAMENTO DEVERÁ POSSUIR GARANTIA DE 12 (DOZE) MESES. A INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO EQUIPAMENTO.ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA A SER DEFINIDA PELA ENTIDADE SOLICITANTE. FORNECER TREINAMENTO PARA MANUSEIO DO EQUIPAMENTO. POSSUIR ASSISTÊNCIA TÉCNICA AUTORIZADA DE PELO MENOS 300 KM DO LOCAL DE INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO. APRESENTAR DECLARAÇÃO COM AUTORIZAÇÃO DA FABRICANTE PARA COMERCIALIZAÇÃO DO PRODUTO. APRESENTAR CATÁLOGO/FOLDER, CERTIFICADO DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA. MARCA: MEDLIGHT	
--	---	--

VALOR TOTAL DA PROPOSTA R\$ 190.800,00 (CENTO E NOVENTA MIL E OITOCENTOS REAIS).

DECLARAMOS que os valores apresentados, por item, nesta proposta são fixos e irrevogáveis, já inclusos todos os custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, serviços, encargos sociais, trabalhistas, seguros, fretes, treinamentos, lucros, dividendos e demais despesas necessárias ao cumprimento integral do objeto.

DECLARAMOS que será feito a instalação, montagem e o treinamento operacional dos técnicos que utilizarão o equipamento conforme orientação e disponibilidade da contratante.

DADOS BANCÁRIOS:

Banco Itaú – 341

Agência: 4308

Conta Corrente: 20998-2

CONDIÇÕES:

Pagamento: 30 dias

Prazo para entrega: 30 dias

Frete: CIF

Validade da proposta: 30 dias

Garantia de 12 meses contra defeitos de fabricação

Consultor: Jefferson Andrade – Tel.: (62) 3088-1060/9152-1892

E-mail: licitação.vendas@hospdanhospitalar.com.br

Goiânia, 10 de outubro de 2024.

HOSPDAN COMÉRCIO E SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA.**CNPJº 13.943.408/0001-49**

☎ 62 99250-6153 ☎ 61 99208-9800

contato@hospdanhospitalar.com.br | suporte.at@hospdanhospitalar.com.br

Av. Perimetral, nº 2160 Qd. 09 Lt. 116 St. Coimbra - Goiânia - GO. 74.533-020