

## COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº CP 004/2023

A Casa de Saúde Santa Marcelina, inscrita no CNPJ sob nº 60.742.616/0002-40, com sede na Rodovia BR 364, KM 17, Zona Rural – Sentindo Cuiabá - Porto Velho – RO, CEP 76.801-974, em virtude do **TERMO DE FOMENTO Nº 352/PGE-2022**, que tem por objeto Aquisição de Equipamentos Permanentes para o Hospital Santa Marcelina, a fim desenvolver um serviço de qualidade disponibilizando aos nossos pacientes um ambiente agradável e limpo, vem solicitar **COTAÇÃO DE PREÇOS** para aquisição de equipamentos, de acordo com as especificações técnicas do Anexo I e condições a seguir:

### Das condições para apresentação da Cotação Prévia de Preços

1. A proposta deverá ser digitada, em papel timbrado da empresa interessada, contendo:
  - Razão Social;
  - Número do CNPJ/MF e Inscrição Estadual;
  - Endereço completo (Telefone, Fax e endereço eletrônico);
  - Prazo de validade da proposta (mínimo de 30 e máximo de 60 dias);
  - Estar Datada;
  - Nome completo do Responsável Legal ou Dirigente Legal da empresa com CPF e assinatura/carimbo e dados para contato;

Número da Cotação Prévia de Preços: **CP 007/2022**
2. Número do **TERMO DE FOMENTO Nº 352/PGE-2022**
3. A proposta deverá conter o PREÇO UNITÁRIO proposto para cada item, expresso em reais, para pagamento à vista, válido para ser praticado desde a data da apresentação da proposta, até o efetivo pagamento.
4. GARANTIA DO(S) ITEM(S) ADQUIRIDO(S), que deve(m) ser de no mínimo 12 (doze) meses;
5. O(s) preço(s) ofertado(s) deve(m) ser cotado(s) em moeda corrente nacional, conter até duas casas decimais.
6. No(s) preço(s) cotado(s) devem estar inclusas todas as despesas que influam nos custos, tais como: despesas com custo de transporte, seguro e frete, tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e parafiscais), obrigações sociais, trabalhistas, fiscais, encargos comerciais ou de qualquer natureza e todos os ônus diretos.
7. Apresentar a seguintes documentações:
  - Contrato Social;
  - Cartão CNPJ;
  - Certidão Negativa de Dívida Ativa para com a União, expedida pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;
  - Certidão que prove a regularidade relativa à Seguridade Social (INSS), expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
  - Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei n.º 12.440/11.

(Os referidos documentos poderão ser substituídos pelo Certificado de Registro Cadastral no SICAF, dentro do prazo de validade, juntamente com o extrato da Consulta da Situação do Fornecedor).

7. Também deverão apresentar o Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle ou sua Isenção junto à ANVISA; e Certificado de Registro do(s) Equipamentos(s) no Ministério da Saúde, ou comprovante de isenção.

### **Da assistência técnica**

1. A empresa vencedora deverá possuir assistência técnica autorizada na cidade de Porto Velho - RO ou que atenda ao chamado de manutenção sem a cobrança de taxa de deslocamento do técnico ou indicar o representante exclusivo mais próximo da Casa de Saúde Santa Marcelina;
2. A empresa fornecedora deverá garantir o fornecimento de peças de reposição por pelo menos 5 (cinco) anos após o término de fabricação do equipamento;
3. A empresa vencedora deverá oferecer, sem ônus, manual técnico de operação (CD ou impresso), catálogo técnico para peças e acessórios de reposição do equipamento, treinamento básico de manutenção para os técnicos da Engenharia Clínica da CSSM;

### **Critério para escolha das propostas de COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇO:**

Será(ão) escolhida(s) a(s) melhor(es) proposta(s) que apresentar(em) e conter(em) os requisitos quantitativos por item com as especificações e/ou descrições detalhadas do Anexo I, dos aparelhos/equipamentos a serem fornecidos, apresentando o menor preço por item, podendo a proposta ser apresentada e aceita com um, dois, três ou mais itens; As propostas deverão ser enviadas à Casa de Saúde Santa Marcelina, do dia **21/05/2023 até o dia 06/07/2023**, até as 17h00min por via postal ou correio eletrônico: [ger.adm.pvh@santamarcelina.org](mailto:ger.adm.pvh@santamarcelina.org);

1. A Casa de Saúde Santa Marcelina deverá desclassificar a empresa que não atender aos requisitos formais de documentação e técnicos exigidos;

### **Das Obrigações do Vencedor**

Compete ao vencedor:

1. Arcar com o pagamento de todas as despesas decorrentes da execução do objeto.
2. A empresa vencedora prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pela CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA, cujas reclamações obrigam-se a atender prontamente.
3. Todos os equipamentos especificados no Termo de Referência deverão ser fornecidos pela empresa vencedora nos quantitativos previstos e com qualidade.
4. Caso o VENCEDOR se recuse a cumprir as solicitações, de imediato, esta assumirá todas as responsabilidades advindas da omissão.

### **Do procedimento de recebimento, instalação, aceitação e treinamento do(s) equipamento(s).**

1. A instalação, quando necessária, deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias corridos após a entrega dos bens.
2. A empresa vencedora deverá desembalar, montar e instalar o equipamento na presença de um técnico da Casa de Saúde Santa Marcelina de maneira a conferir a conformidade do equipamento com a especificação técnica;
3. Ao término da instalação a empresa vencedora deverá realizar testes de desempenho mínimo, com emissão de relatório, que atestem que ele seja considerado apto ao uso, quando for o caso;
4. A empresa vencedora deverá fornecer, sem ônus, o treinamento de operação por no mínimo uma semana, aos usuários e treinamento básico de manutenção para técnicos da Engenharia Clínica da Casa de Saúde Santa Marcelina.

### **Das condições para entrega e pagamento**

1. As entregas dos produtos deverão ser no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias, a contar da emissão do pedido;
2. Os produtos deverão ser entregue à Rodovia BR 364, KM 17, Zona Rural - Sentido Cuiabá, Porto Velho – RO, CEP 76801-974.
3. O pagamento será efetuado através de crédito bancário em qualquer entidade bancária indicada na proposta, devendo para isto ficar explicitado o nome do Banco, Agência, Localidade e Número da Conta Corrente em que deverá ser efetivado o crédito, o qual ocorrerá até o 10º (décimo) dia útil, após a aceitação e atesto da Nota Fiscal/Fatura contendo os seguintes dados:
  - Número do Convênio;
  - Número da Cotação Eletrônica de Preços;
  - Descrição dos itens cotados conforme descrição do Anexo I do edital;
  - Dados Bancários da empresa.

Qualquer solicitação de informações ou esclarecimentos em relação a esta Cotação e seu anexo deverá ser formulada por escrito e enviada no Email [ger.adm.pvh@santamarcelina.org](mailto:ger.adm.pvh@santamarcelina.org) e para esclarecimentos os fones (069) 3218-2258, (69) 3218-2213 e (69) 98150-0039, no horário das 7h às 16h de segunda a quinta 7h às 16h (horário local), e na sexta-feira 7h às 15h.

No aguardo do recebimento das propostas de COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇO e da participação máxima das empresas fornecedoras, apresentando os requisitos especificados acima, agradecemos a atenção.

Porto Velho, 21 de junho de 2023.



**Lina Maria Ambiel**  
**Diretoria**

**Casa de Saúde Santa Marcelina**

**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**CNPJ:** 60.742.616/0002-40

**CONVENIENTE:** CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA **UF:** RO

**TIPO ENTIDADE:** FILANTRÓPICA **ESFERA ADMINISTRATIVA:**  
ENTIDADE PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS

**ENDEREÇO:** BR 364, KM 17, ZONA RURAL, SENTIDO CUIABÁ

**MUNICÍPIO:** PORTO VELHO **UF:** RO **CEP:** 76801-974

**DDD FONE:** 69 3218-2232

**RESPONSÁVEL:** LINA MARIA AMBIEL

**E-MAIL:** ger.adm.pvh@santamarcelina.org

**TERMO DE FOMENTO N° 352/PGE-2022**

**N° PROCESSO:** nº 0005.071670/2022-84

- **OBJETO:** Aquisição de Insumos, Equipamentos para o Hospital Santa Marcelina.

- **META:** Aquisição de Insumos, Equipamentos para Unidade de Atenção Especializada em Saúde – Hospital Santa Marcelina. Garantir tecnologia de ponta e segurança à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS.

**MUNICÍPIO:** PORTO VELHO  
2807092

**CNES:**

UNIDADE ASSISTIDA: CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA – BR 364, KM 17, SENTIDO CUIABÁ – ZONA RURAL, S/N – CEP: 76801-97

ITEM	Insumo	desc.	unid	menor do Valor Unitário	Valor Total do Convênio
1	Luva Nitrilica Procedimento Sem Pó- Tamanho M	cx	8	R\$ 30,00	R\$ 240,00

2	<b>Oxímetro de Pulso Portátil</b> (para utilização a beira leito)	UNIDADES	3	<b>R\$</b> <b>3.500,00</b>	<b>R\$</b> <b>10.500,00</b>
3	<b>Bombas de Infusão Dieta Enteral:</b> Peristáltico circular Indicação de uso: Adulto e pediátrico peso: 2,7 kg altura: 224mm largura:160 mm profundidade 195mm Limite de volume: Adulto 1 a 9,99o ml Taxa de infusão ml/h : adulto 1 a 999ml/h Limite de tempo: mínimo 00 h 00m <b>01s</b> máximo: 99h 59m 59s Limite de Pressão máxima de infusão: 825mmhg Cabo Com sensor de gotas. (equipo universal)	UNIDADES	16	<b>R\$</b> <b>7.000,00</b>	<b>R\$</b> <b>112.000,00</b>
<b>TOTAIS:</b>					<b>R\$</b> <b>122.740,00</b>




---

**Lina Maria Ambiel**  
**Diretora**  
**Casa de Saúde Santa Marcelina**