



## COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS Nº CP 024/2018

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 1657184-2018, que tem por objeto Aquisição de equipamentos para o setor de manutenção do 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 024/2018**
  - Número do Termo de Fomento: **1657184/2018**
2. 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.
3. GARANTIA DO(S) ITEM(S) ADQUIRIDO(S), que deve(m) ser de no mínimo 12 (doze) meses;
4. O(s) preço(s) ofertado(s) deve(m) ser cotado(s) em moeda corrente nacional, conter até duas casas decimais.
5. 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.
6. 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.



#### CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA

BR 364, KM 17, ZONA RURAL, SENTIDO CUIABÁ- CEP: 76801-974 – PORTO VELHO - RO  
FONE: (69)3218-2232/3218-2213 [diretoria.pvh@santamarcelina.org](mailto:diretoria.pvh@santamarcelina.org) / [ger.adm.pvh@santamarcelina.org](mailto:ger.adm.pvh@santamarcelina.org)

(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) Equipamento(s) no Ministério da Saúde, ou comprovante de isenção.

#### Da assistência técnica

1. A empresa vencedora deverá possuir assistência técnica competente no Brasil 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), treinamento básico de manutenção para os técnicos da Engenharia Clínica da CSSM;

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

1. 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;
2. As propostas deverão ser enviadas à Casa de Saúde Santa Marcelina até as 11:00 horas (horário Brasília) do dia 25/09/2018, por via postal ou correio eletrônico indicados adiante;
3. 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 o mesmo 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 ao e-mail [compras.pvh@santamarcelina.org](mailto:compras.pvh@santamarcelina.org) ou para os fones (069) 3218-2258 e 98114-9387, no horário das 7h às 17h (horário local), de segunda a sexta-feira.

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, 06 de Setembro de 2018.

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



**CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA**

BR 364, KM 17, ZONA RURAL, SENTIDO CUIABÁ- CEP: 76801-974 – PORTO VELHO - RO  
FONE: (69)3218-2232/3218-2213 [diretoria.pvh@santamarcelina.org](mailto:diretoria.pvh@santamarcelina.org) / [ger.adm.pvh@santamarcelina.org](mailto:ger.adm.pvh@santamarcelina.org)

## ANEXO I

### TERMO DE REFERÊNCIA

**CNPJ:** 60.742.616/0002-40

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

---

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

**ESFERA ADMINISTRATIVA:** ENTIDADE

**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:** [irlina.pvh@santamarcelina.org](mailto:irlina.pvh@santamarcelina.org)

---

**Nº TERMO DE FOMENTO:** 1657184/2018

**Nº PROCESSO:** 0025.105937/2018-20

- **OBJETO:** Adquirir equipamentos para o setor de manutenção do Hospital Santa Marcelina.

- **META:** 1. Adquirir equipamentos para o setor de manutenção do Hospital Santa Marcelina, afim de garantir a efetivação de um serviço de excelência na área de jardinagem e paisagismo

---

**MUNICÍPIO:** PORTO VELHO

**CNES:** 2807092

UNIDADE ASSISTIDA: CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA – BR 364, KM 17, SENTIDO CUIABÁ – ZONA RURAL – CEP: 76801-974

EQUIPAMENTOS	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Item 1: Pulverizador SR 420 - STIHL	1	R\$ 1.588,50	R\$ 1.588,50
Item 2: Soprador BR 600 Costal – STIHL	2	R\$ 2.255,57	R\$ 4.511,33
Item 3: Roçadeira FS 220 Trimcut 41-2 – STIHL	4	R\$ 2.477,00	R\$ 9.908,00
Item 4: Moto-Poda HT 70 k, 30cm/12”, 63 PM - STIHL	1	R\$ 1.560,17	R\$ 1.560,17



**CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA**

BR 364, KM 17, ZONA RURAL, SENTIDO CUIABÁ- CEP: 76801-974 – PORTO VELHO - RO  
FONE: (69)3218-2232/3218-2213 [diretoria.pvh@santamarcelina.org](mailto:diretoria.pvh@santamarcelina.org) / [ger.adm.pvh@santamarcelina.org](mailto:ger.adm.pvh@santamarcelina.org)

Item 5: Podador HS 82 R, 600mm/24" - STIHL	1	R\$ 2.323,84	R\$ 2.323,84
<b>TOTAL DE EQUIPAMENTOS:</b>	<b>9</b>		<b>R\$ 19.891,84</b>

LINA MARIA AMBIEL

DIRETORA