



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 / ger.adm.pvh@santamarcelina.org

COTAÇÃO PRÉVIA DE PREÇOS N° 011/2019

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 075/PGE - 2018, que tem por objeto Aquisição de equipamentos e materiais 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: **011/2019**
 - Número Termo de Fomento: **075/PGE - 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 para fiscais), 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 / 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) Equipamentos(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 **09:00 horas (horário de Brasília) do dia 22/04/2019**, 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).



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 / ger.adm.pvh@santamarcelina.org

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 Termo de Fomento;
 - Número da Cotação Previa 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 Previa de Preços e seu anexo deverá ser formulada por escrito e enviada ao e-mail compras.pvh@santamarcelina.org ou entrar em contato através dos telefones (069) 3218-2258 e 98114-9387, no horário das 7:30h às 16:30h (horário local), de segunda a quinta-feira e das 7:30 às 15:30 na sexta-feira.

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

Porto Velho, 03 de Abril de 2019.

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 / ger.adm.pvh@santamarcelina.org

ANEXO I**TERMO DE REFERÊNCIA****CNPJ:** 60.742.616/0002-40**CONVENENTE:** 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**Nº Termo de Fomento:** 075/PGE/2018**Nº PROCESSO:** 0036.111684/2018-02

- **OBJETO:** Adquirir equipamentos e materiais permanentes para o Hospital Santa Marcelina.

- **META:** 1. Adquirir equipamentos e materiais permanentes para o Hospital Santa Marcelina, com objetivo de melhor atender os usuários do Sistema Único de Saúde.

MUNICÍPIO: PORTO VELHO**CNES:** 2807092

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

Item	EQUIPAMENTOS	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
03	Carro para transporte de materiais: container em fiberglass com tampa, capacidade; 345 litros. Rodízios: diâmetro 04 Dimensões Internas: Profundidade 630 mm x Comprimento 830mm x Altura: 660 mm. Dimensões Externas: Profundidade 690 mm x Altura do piso a extremidade da tampa: 840 mm.	03	R\$ 3.691,00	R\$ 11.073,00
08	Central de ar 54.000 BT' US inverter	01	R\$ 12.640,00	R\$ 12.640,00
09	Ventilador de teto- 4 pás/ tETO	10	R\$ 256,67	R\$ 2.566,67
10	Bebedouro industrial de 50 Lts	02	R\$ 2.480,60	R\$ 4.961,20



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 / ger.adm.pvh@santamarcelina.org

QUANTIDADE DE ITENS:	04
QUANTIDADE TOTAL DE ITENS:	16
VALOR GLOBAL:	R\$ 31.240,87

A handwritten signature in blue ink, which reads "Lina Maria Ambiel". The signature is written in a cursive, flowing style.

Lina Maria Ambiel
Diretoria
Casa de Saúde Santa Marcelina